



**ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ**

**ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»  
ΔΙΕΥΘ. ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών,  
για ψυχαγωγικούς σκοπούς, ως νέα προσέγγιση στην  
πολιτική για τα ναρκωτικά-  
Το παράδειγμα της κάνναβης.**

**Κωνσταντίνα Γ. Στεργιάτου**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Δουζένης Αθανάσιος,**

Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ

«Αττικόν», Υπεύθυνος του Π.Μ.Σ. στη «Ψυχοιατροδικαστική»

**ΑΘΗΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, για ψυχαγωγικούς σκοπούς, ως νέα προσέγγιση στην πολιτική για τα ναρκωτικά-Το παράδειγμα της κάνναβης.**

**Κωνσταντίνα Γ. Στεργιάτου**

**A.M. 20160367**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Δουζένης Αθανάσιος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», Υπεύθυνος του Π.Μ.Σ. στη «Ψυχιατροδικαστική»

**ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**Δουζένης Αθανάσιος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», Υπεύθυνος του Π.Μ.Σ. στη «Ψυχιατροδικαστική»

**Ρίζος Εμμανουήλ**, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν»

**Σπηλιοπούλου Χαρά**, Καθηγήτρια Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας, ΕΚΠΑ

**ΑΘΗΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019**

## Περίληψη

Η εμφάνιση των ψυχοδραστικών ουσιών, ταυτίζεται με την απαρχή οργάνωσης της κοινωνίας, όπου χρησιμοποιούνται από τον άνθρωπο για να επηρεάσουν την διάθεση του, τη σχέση του με τον εαυτό του και τη σχέση με τον κόσμο. Γύρω από αυτή την αυξανόμενη ζήτηση των ναρκωτικών, συντηρείται μία καλά οργανωμένη παράνομη αγορά η οποία ορίζεται από τα οργανωμένα εγκληματικά δίκτυα. Ένα αιώνα μετά από την πρώτη νομική ρύθμιση του εμπορίου των ναρκωτικών, στεκόμαστε στο σημείο που η προσέγγιση του περιοριστικού μοντέλου αμφισβητείται ενώ νέα μοντέλα πολιτικής εκτεινόμενα από την αποποινικοποίηση μέχρι την ελεύθερη αγορά ναρκωτικών εμφανίζονται.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να απαντήσει στο ερώτημα εάν η νομιμοποίηση της χρήσης για ψυχαγωγικούς λόγους είναι το επόμενο βήμα για την πολιτική των Ναρκωτικών και κυρίως για την Ελλάδα.

Απομακρυνόμενοι από την κύρια φιλονικία για τον εάν τα ναρκωτικά συνδέονται με βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες και βλάβες στην υγεία, στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να γίνει αξιολόγηση των διαφορετικών προσεγγίσεων, που έχουν υιοθετηθεί για την κάνναβη, βάσει πέντε βασικών στρατηγικών στόχων, που οφείλει μία πολιτική για τα ναρκωτικά να υπηρετεί και ειδικότερα της α) Προστασίας και βελτίωσης της δημόσιας υγείας, β) Προστασία της δημόσιας ασφάλειας του Κράτους, γ) Βελτίωσης της ανάπτυξης της κοινωνίας, δ) Προστασίας της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και (ε) Του κόστους και της ωφέλειας των παρεχόμενων Υπηρεσιών.

Από την παράθεση των διαθέσιμων μετρήσιμων στοιχείων που συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν τεκμηριωμένα πλέον αναφέρεται ότι μέχρι σήμερα καμία προσέγγιση δεν υπερτερεί. Σε όλες τις προσεγγίσεις καταγράφεται σταθερή ή αυξανόμενη χρήση κάνναβης, ανοδική τάση της επικίνδυνης χρήσης, ενώ όλο και περισσότερα άτομα αναζητούν θεραπεία για προβληματική χρήση κάνναβης. Η παραβατική συμπεριφορά που συνδέεται με τα ναρκωτικά παραμένει σταθερή με τις σοβαρότερες μορφές αυτής όμως να σημειώνουν αύξηση.

Κάθε προσέγγιση έχει δυνατά, αδύνατα σημεία καθώς και ευκαιρίες και απειλές και κυρίως παρατηρούμε το δίπολο δημόσια υγεία και οικονομικά κέρδη (κρατικά και ιδιωτικά) να έχουν διαφορετική δυναμική σε κάθε μοντέλο.

Ως προς την νομιμοποίηση της χρήσης για ψυχαγωγική λόγους τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα δεν είναι αρκετά για να υποστηρίξουμε ότι αυτή η προσέγγιση είναι το επόμενο βήμα στην πολιτική των ναρκωτικών.

Αναφορικά με την Ελλάδα η κατάσταση των Ναρκωτικών δεν διαφοροποιείται πολύ από αυτή άλλων προσεγγίσεων. Μία αλλαγή της προσέγγισης απαιτεί πολιτική αντίληψη και κατάλληλη προετοιμασία των φορέων και της κοινωνίας.

### **Λέξεις κλειδιά:**

**Ναρκωτικά, Πολιτική, Κάνναβη, Αποποινικοποίηση, Νομιμοποίηση**

## **Abstract**

The appearance of psychoactive substances is identified with the very beginning of the organization of society and is used by man to influence his mood, his relationship with himself and his relationship with the world. Around this constant growing demand of drugs, there is a well-organized illegal supply maintained by organized criminal networks. A century after the first regulation of drug trafficking, we stand in the spot where the restrictive model approach is challenged while new policy models ranging from decriminalization to the free drug market emerge.

The purpose of this paper is to answer the question of whether legalizing recreational use of drugs is the next step for drug policy and, in particular, for Greece.

Moving away from the main battle over whether drugs are associated with biological and psychological consequences and health damage, the present work chose to evaluate the different approaches adopted for cannabis based on five key strategic objectives that a policy for drugs has to serve in particular: (a) Protection and improvement of public health; (b) Protection of the State's public and internal security; (c) Improving the development of society; (d) Improving the wellbeing of individual, new and vulnerable social groups and (e) the costs and benefits of the services provided.

From the research of the available measurable evidence-based data collected and studied may now be stated that till today no approach is outweighed. All approaches record steady or increasing use of cannabis, a rising tendency for dangerous cannabis use, furthermore more and more people are seeking treatment for problematic cannabis use. The abusive behavior associated with the drugs remains consistent with the more severe forms of it increasing.

Each approach has its strengths, weaknesses as well as opportunities and threats, and we mainly observe the bipolar public health and economic benefits (public and private) of having different dynamics in each model.

Regarding legalization for recreational use, the results to date have not been sufficient to argue that this approach is the next step in drug policy.

Regarding Greece, the drug situation is not much different from other approaches. A change in approach requires political understanding and proper preparation of all actors, stakeholders and society awareness.

### **Key words:**

**Drugs, Policy, Cannabis, Decriminalization, Legalization**

## Ευχαριστίες

Η διαδρομή για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας ήταν ενδιαφέρουσα δίνοντας μου τη δυνατότητα αρκετές φορές να αμφισβητήσω τις ήδη σχηματισμένες απόψεις μου πάνω στο θέμα των ναρκωτικών, ωθώντας με να ψάξω για πιο τεκμηριωμένα δεδομένα που θα μπορούσαν να με οδηγήσουν σε συμπεράσματα αντικειμενικά απαλλαγμένα από προκαταλήψεις και στερεότυπα. Η αντικειμενικότητα της διαδικασίας επαγωγής συμπερασμάτων μου εμφυσήθηκε από τη φοίτηση μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών της Ψυχιατροδικαστικής, όπου έμαθα να αναζητώ επιστημονικά δεδομένα που μπορούσαν να εξηγήσουν την πολυποαραγοντική ανθρώπινη συμπεριφορά.

Για αυτό το λόγο θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τον επιβλέπων της εργασίας μου και τον υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Ψυχιατροδικαστική κ.Αθανάσιο Δουζένη, Καθηγητή Ψυχιατρικής, Διευθυντή Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», για το κίνητρο που μας έδωσε μέσω του προγράμματος σπουδών, να εκπονήσουμε μια ερευνητική εργασία.

Ομοίως, θα ήθελα να ευχαριστήσω και την, Κα Δόμνα Τσακλακίδου, Ψυχίατρο-Msc, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Εξαρτήσεων, Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν», καθηγήτρια αλλά και συνεργάτη, για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια της από την πρώτη στιγμή της απόφασής μου για την ενασχόληση μου με τα θέματα της Ψυχιατροδικαστικής.

Όμως το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένεια μου και κυρίως στον σύζυγό μου, που είναι δίπλα μου και με υποστηρίζουν.

## Περιεχόμενα

|  |    |
|--|----|
| <b>A. Μέρος Πρώτο-Εισαγωγή</b> .....   | 15 |
| A.1. Η περιγραφή της προβληματικής για την πολιτική των Ναρκωτικών σήμερα .....                | 15 |
| A.1.1. Ψυχοδραστικές Ουσίες και η ιστορία της απαγόρευσης.....                                 | 16 |
| A.1.2. Συνθήκες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τα ναρκωτικά ..                        | 16 |
| A.1.3. Ναρκωτικά και Ποινική Αντιμετώπιση.....   | 17 |
| A.1.4. Ναρκωτικά και Δημόσια Υγεία .....   | 18 |
| A.1.5. Το παράδειγμα της Κάνναβης και οι διαφορετικές προσεγγίσεις .....                       | 19 |
| A.2. Εμπειρικό μέρος-Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα εργασίας.....                             | 20 |
| A.3. Σχεδιασμός, Μεθοδολογία και περιορισμοί .....   | 21 |
| A.4. Ανάλυση Βασικών Εννοιών .....   | 25 |
| A.4.1. Χρήση και εξάρτηση. ....  | 25 |
| A.4.2. Ιατρική και Ψυχαγωγική Χρήση .....  | 25 |
| A.4.3. Αποποινικοποίηση, νομιμοποίηση και ρυθμιζόμενη αγοράς ναρκωτικών                        | 26 |
| A.4.4. Παράνομη Παραγωγή και Εναλλακτική Ανάπτυξη .....  | 27 |
| A.5. Νομικό πλαίσιο ρύθμισης των προσεγγίσεων για τα ναρκωτικά. ....                           | 28 |
| A.5.1. Η χρήση και η κατοχή παράνομη βάσει των Συμβάσεων.....                                  | 28 |
| A.5.2. Δέσμευση κρατών για τον έλεγχο της κάνναβης – και σε ποιο βαθμό .....                   | 29 |
| A.5.2.1. Τι είδους κάνναβη ελέγχεται από τις αρμόδιες αρχές.....                               | 30 |
| A.5.2.2. Η χρήση κάνναβης ως αδίκημα.....  | 30 |
| A.5.2.4. Ιατρική χρήση του φυτού της κάνναβης.....   | 31 |
| <b>B. Μέρος Δεύτερο-Ανάλυση</b> .....  | 32 |
| B.1. Ανάλυση Μοντέλου Ι- Αποποινικοποίηση-Περιγραφή και Προσεγγίσεις Πολιτικής.....            | 33 |
| B.1.2. Πορτογαλία-Αποποινικοποίηση της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση. .... | 34 |
| B.1.3. Πορτογαλία-Αξιολόγηση βάσει στοχεύσεων και επιμέρους δεικτών .....                      | 35 |
| B.1.3.1. Στόχος Α: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας: .....                           | 35 |
| Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση.....   | 35 |

|  |    |
|--|----|
| Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας) .....              | 37 |
| Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.....   | 39 |
| B.1.3.2. Στόχος Β: Προστασία της δημόσιας ασφάλειας.....   | 41 |
| Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά .....   | 41 |
| Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.....  | 45 |
| Δείκτης 4: Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία.....  | 45 |
| B.1.3.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας.....   | 46 |
| Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα .....   | 46 |
| Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά .....                                     | 47 |
| Δείκτης 3: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών.....                        | 48 |
| B.1.3.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων .....                   | 49 |
| Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό.....  | 49 |
| Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι.....   | 50 |
| B.1.3.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών .....   | 52 |
| B.1.4. Συμπεράσματα-Μοντέλο I .....  | 52 |
| B.2. Διαφοροποιημένα Μοντέλο: .....  | 55 |
| Αποποινικοποίηση της χρήσης και της παραγωγής για ψυχαγωγική χρήση.....  | 55 |
| B.3. Ανάλυση Μοντέλου II- Ρυθμιζόμενη αγορά ναρκωτικών-.....   | 56 |
| Περιγραφή και Προσεγγίσεις Πολιτικής.....  | 56 |
| B.3.1.Κολοράντο- Νομιμοποίηση της χρήσης και της παραγωγής για ψυχαγωγική χρήση.....                                 | 56 |
| B.3.2. Κολοράντο-Αξιολόγηση βάσει στοχεύσεων και επιμέρους δεικτών.....  | 57 |
| B.3.2.1.Στόχος Α: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας.....  | 57 |
| Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση σε σχέση με την κάνναβη..... | 57 |
| Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας).....               | 59 |

|   |    |
|---|----|
| Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.....  | 60 |
| B.3.2.2.Στόχος Β: Προστασία της δημόσιας ασφάλειας.....   | 62 |
| Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά .....  | 62 |
| Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος.....   | 63 |
| Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.....   | 65 |
| Δείκτης 4: Σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά βία. ....   | 66 |
| B.3.2.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας .....   | 68 |
| Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα. ....  | 68 |
| Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά. ....  | 69 |
| Δείκτης 4: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών. ....  | 70 |
| B.3.2.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων .....  | 72 |
| Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό. ....  | 72 |
| Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι.....  | 74 |
| B.3.2.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και την ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών ....   | 75 |
| B.3.3.Συμπεράσματα, Μοντέλο II.....   | 77 |
| <b>Γ. Μέρος Τρίτο-</b> .....  | 81 |
| Λοιπές συνέπειες της πολιτικής για τα ναρκωτικά .....   | 81 |
| Γ.1. Ακούσιες συνέπειες των περιοριστικών μοντέλων πολιτικής.....   | 81 |
| Γ.2. Ακούσιες συνέπειες των νέων μοντέλων πολιτικής .....   | 85 |
| Γ.3. Ανάλυση SWOT-Δυνατά (Strengths) και Αδύνατα σημεία (Weaknesses) καθώς Ευκαιρίες (Opportunities) και Απειλές (Threats) κάθε προσέγγισης/μοντέλου..... | 87 |
| Γ.3.1.Μοντέλο Απαγόρευση παραγωγής, προμήθειας και κατοχής. ....  | 88 |
| Γ.3.2. Μοντέλο απαγόρευσης παραγωγής και προμήθειας, παράλληλα με τη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για ιατρική χρήση. ....                                | 89 |
| Γ.2.3. Μοντέλο απαγόρευσης παραγωγής και προμήθειας -με αποποινικοποίηση της κατοχής για προσωπική χρήση. ....  | 90 |



|   |     |
|---|-----|
| Γ.2.4. Μοντέλο απαγόρευση της παραγωγής και της προσφοράς - με αποποινικοποίηση της κατοχής για προσωπική χρήση και μερικών λιανικών πωλήσεων. ....   | 91  |
| Γ.2.5. Μοντέλο απαγόρευσης της παραγωγής και της προσφοράς - με αποποινικοποίηση της μικρής έκτασης καλλιέργειας για προσωπική χρήση και ύπαρξη κοινωνικών συλλόγων «social clubs» κάνναβης. .... | 92  |
| Γ.2.6. Μοντέλο ρυθμιζόμενης νόμιμης παραγωγής και προμήθειας - εξ ολοκλήρου υπό το κρατικό μονοπώλιο .....  | 93  |
| Γ.2.7. Ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση - με ένα συνδυασμό εμπορικών και κυβερνητικών μονοπωλιακών στοιχείων .....  | 94  |
| Γ.2.8. Ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση - αδειοδοτημένοι παραγωγοί ή / και αδειοδοτημένοι πωλητές .....   | 95  |
| Γ.2.9. Μοντέλο ελεύθερης αγοράς .....   | 95  |
| <b>Δ. Μέρος Τέταρτο</b> .....   | 97  |
| Δ.1. Το παραδοσιακό μοντέλο- Ελλάδα-Ο νόμος στην Ελλάδα .....   | 97  |
| Δ.2. Η κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα .....   | 99  |
| Δ.2.1. Στόχος Α: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας: .....  | 99  |
| Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση. ....   | 99  |
| Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας) .....   | 99  |
| Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. ....   | 102 |
| Δ.2.2. Στόχος Β: Για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας.....  | 104 |
| Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά .....  | 104 |
| Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος.....   | 106 |
| Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες. ....  | 108 |
| Δείκτης 4: Σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά βία .....   | 109 |
| Δ.2.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας .....   | 110 |
| Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα σε άτομα με εξάρτηση. ....   | 110 |
| Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά .....  | 112 |

|   |            |
|---|------------|
| Δείκτης 3: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών.....   | 113        |
| Δ.2.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....   | 115        |
| Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό.....   | 115        |
| Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι.....  | 119        |
| Δ.2.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών, .....   | 122        |
| Δ.3. Συμπεράσματα-Ελλάδα.....   | 122        |
| <b>Ε. Μέρος Πέμπτο-Συζήτηση.....</b>  | <b>127</b> |
| Ε.1. Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας.....  | 128        |
| Ε.2. Προστασία της δημόσιας ασφάλειας του Κράτους.....  | 130        |
| Ε.3. Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας.....  | 132        |
| Ανάπτυξη της κοινωνίας.....   | 133        |
| Ε.4. Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....   | 134        |
| Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών.....   | 135        |
| Ε.5. Κόστος και ωφέλεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών καθώς και λοιποί οικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν και τα οικονομικά κόστη υιοθέτησης και εφαρμογής μίας νέας πολιτικής..... | 136        |
| <b>ΣΤ. Μέρος Έκτο-Προτάσεις.....</b>  | <b>137</b> |
| Βιβλιογραφικές αναφορές.....  | 144        |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

|  |    |
|--|----|
| Πίνακας 1: Στοιχεία κατάχρησης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό στη Πορτογαλία.....                         | 36 |
| Πίνακας 2: Στοιχεία θεραπείας από Ναρκωτικά σε εξωνοσοκομειακές μονάδες στην Πορτογαλία (2007-2017)..... | 38 |
| Πίνακας 3: Ποσοστά θεραπευμένων ανά πρόγραμμα και ουσία, Πορτογαλία 2017.....                            | 38 |
| Πίνακας 4 : Θάνατοι ανά φύλο και ηλικιακό εύρος στην Πορτογαλία το 2016 ....                             | 40 |
| Πίνακας 5: Συλλήψεις για παραβάσεις κάνναβης, Πορτογαλία 2012-2017 .....                                 | 41 |
| Πίνακας 6: Κατασχεμένες Ναρκωτικές Ουσίες, Πορτογαλία 2008-2016.....                                     | 44 |

|   |     |
|---|-----|
| Πίνακας 7:Επιπολασμός χρήσης κάνναβης και άλλων Ναρκωτικών Ουσιών, Πορτογαλία 2017 .....  | 49  |
| Πίνακας 8:Στοιχεία χρήσης κάνναβης στον πληθυσμό που αιτήθηκε θεραπεία στο Κολοράντο (2008,2012,2017) .....   | 58  |
| Πίνακας 9:Συλλήψεις για παραβάσεις κάνναβης, Κολοράντο 2012-2017 .....  | 62  |
| Πίνακας 10: Αριθμός βεβαιωθέντων αδικημάτων Κάνναβης , Κολοράντο 2012-2016 .....  | 63  |
| Πίνακας 11:Υποθέσεις-Κατηγορίες για Οργανωμένες εγκληματικές ομάδες που δραστηριοποιούνται στην παράνομη διακίνηση/παραγωγή κάνναβης, Κολοράντο, 2008-20017 ..... | 63  |
| Πίνακας 12: Κατασχέσεις Κάνναβης, Κολοράντο 2012-2017 .....   | 65  |
| Πίνακας 13: Κατασχεμένα φυτά κάνναβης σε δημόσιες εκτάσεις, Κολοράντο 2009-2017 .....   | 65  |
| Πίνακας 14: Αυτοκτονίες με παρουσία Κάνναβης και Αλκοόλ, Κολοράντο 2006-2016 .....  | 66  |
| Πίνακας 15:Βεβαιωμένα αδικήματα κατά της περιουσίας και Βίας, Κολοράντο 2008-2017 .....   | 68  |
| Πίνακας 16: Αριθμός δικαστικών υποθέσεων κάνναβης ανά είδος και τύπο, Κολοράντο 2008-2017 .....   | 71  |
| Πίνακας 17: Ετήσιο και μηνιαίως μέσος όρος φόρων και λοιπών εσόδων από την Κάνναβη, Κολοράντο 2014-Ιούνιος 2018.....  | 76  |
| Πίνακας 18: Ποσοστά εισόδων σε θεραπεία ανά αναφερόμενη ουσία κατάχρησης (Πρώτη θεραπεία και Με Προηγούμενο Ιστορικό), Ελλάδα 2014-2017. ....                     | 101 |
| Πίνακας 19: Αριθμός θανάτων ανά ουσία, ηλικιακή ομάδα, φύλο και λοιπά δημογραφικά στοιχεία .....  | 102 |
| Πίνακας 20: Αδικήματα της Περί Ναρκωτικών Νομοθεσίας, Ελλάδα 2014-2016 .....  | 106 |
| Πίνακας 21: Αριθμός εξιχνιασθεισών Εγκληματικών Οργανώσεων Ναρκωτικών, Ελλάδα 2014-2017.....  | 107 |
| Πίνακας 22: Κατασχέσεις Κάνναβης, Ελλάδα 2013-2017.....   | 108 |
| Πίνακας 23: Κατασχεμένες Ναρκωτικές Ουσίες, Ελλάδα 2009-2016 .....  | 108 |
| Πίνακας 24: Επιπολασμός χρήσης κάνναβης, Ελλάδα 2015 .....  | 116 |
| Πίνακας 25: Συγκριτικός πίνακας αποτελεσμάτων δημόσιας υγείας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κοροράντο .....  | 129 |

|  |     |
|--|-----|
| Πίνακας 26: Συγκριτικός πίνακας αποτελεσμάτων δημόσιας ασφάλειας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο..... | 131 |
| Πίνακας 27: Συγκριτικά αποτελέσματα ανάπτυξης κοινωνίας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο. ....         | 133 |
| Πίνακας 28: Συγκριτικά αποτελέσματα ατομικής ευημερίας για Πορτογαλία, Ελλάδας και Κολοράντο.....          | 135 |

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΩΝ**

|  |    |
|--|----|
| Σχέδιο 1: Αριθμός εισαγωγών σε θεραπεία με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, Πορτογαλία 2010-2017 .....  | 39 |
| Σχέδιο 2:Θάνατοι συνδεδόμενοι με χρήση Ναρκωτικών, Πορτογαλία 2002-2016  | 40 |
| Σχέδιο 3:Μέσος όρος θανάτων από ναρκωτικά στην Ευρώπη.....   | 40 |
| Σχέδιο 4: Αδικήματα της περί ναρκωτικών νομοθεσίας, Πορτογαλία 2008-2016   | 42 |
| Σχέδιο 5: Βεβαιωμένα αδικήματα για διακίνηση ανά ουσία, Πορτογαλία 2008-2016 .....   | 42 |
| Σχέδιο 6: Βεβαιωμένα αδικήματα διακίνησης και μικροδιακίνησης, Πορτογαλία 2008-2016.....   | 43 |
| Σχέδιο 7: Αριθμός Φυλακισθέντων για παραβάσεις Ναρκωτικών, Πορτογαλία 31/12/2016.....  | 48 |
| Σχέδιο 8: Αριθμός φυλακισθέντων για Ναρκωτικά, Πορτογαλία 2007-2016.....   | 48 |
| Σχέδιο 9: Αριθμός διοικητικών παραβάσεων για Ναρκωτικά, Πορτογαλία 2007-2016.....  | 43 |
| Σχέδιο 10: Ποσοστά επικράτησης χρήσης ουσιών 15-64 ετών, Πορτογαλία 2001,2007,2012,2016-17.....  | 49 |
| Σχέδιο 11 :Επικράτηση χρήσης κάνναβης, Πορτογαλία 2001,2007,2012,2016-17 και ΕΕ 2017. ....   | 50 |
| Σχέδιο 12: Χρήση Ουσιών μεταξύ μαθητών 15-16 ετών, Πορτογαλία 2015.....  | 51 |
| Σχέδιο 13: Αποτελέσματα έρευνα Esrad, Πορτογαλία 1999-2015.....  | 51 |
| Σχέδιο 14: Αποτυπωθείσα κλινική εικόνα για τη σοβαρότητα της χρήσης Κάνναβης, Κολοράντο 2008-2017.....   | 58 |
| Σχέδιο 15: Ποσοστό εισόδου σε θεραπεία (ανά 100.000 κατοίκους) με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ανά ηλικιακή ομάδα, Κολοράντο 2010-2017..... | 59 |

|   |     |
|---|-----|
| Σχέδιο 16: Αριθμός εισαγωγών σε θεραπεία με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ανά ηλικιακή ομάδα, Κολοράντο 2008-2017.....    | 60  |
| Σχέδιο 17:Θάνατοι από οξεία δηλητηρίαση, Κολοράντο 2001-2016.....   | 60  |
| Σχέδιο 18:Χρήση συστήματος Υγείας σε περιστατικά χρήσης κάνναβης, Κολοράντο 2011-2015 .....   | 61  |
| Σχέδιο 19: Υποθέσεις Κάνναβης Οργανωμένης Εγκληματικότητας, Κολοράντο 2008-2017 .....   | 64  |
| Σχέδιο 20: Οδήγηση υπό την επήρεια ουσιών στο Κολοράντο, 2014-2016 .....  | 67  |
| Σχέδιο 21: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, όπου ένας οδηγός βρέθηκε θετικός σε κάνναβη, Κολοράντο 2006-2016.....                              | 67  |
| Σχέδιο 22:Αριθμός κατόχων κάρτας ιατρικής κάνναβης, Κολοράντο 2001-2016   | 69  |
| Σχέδιο 23: Αριθμός ποινικών διώξεων που σχετίζονται με την κάνναβη, Κολοράντο 2008-2017 .....   | 71  |
| Σχέδιο 24:Επιπολασμός χρήσης κάνναβης, Κολοράντο 2016 .....   | 73  |
| Σχέδιο 25: Χρήση κάνναβης τελευταίου μήνα, Κολοράντο 2009-2012, 2013-2016 .....   | 73  |
| Σχέδιο 26: Τάσεις σε χρήση αλκοόλ, καπνό και κάνναβη τελευταίου χρόνου σε σχολικό πληθυσμό γυμνασίου, Κολοράντο 2015.....                   | 75  |
| Σχέδιο 27: Αριθμός θεραπευομένων για κάθε τύπο παρέμβασης, Ελλάδα 2016 .....  | 100 |
| Σχέδιο 28: Αριθμός ατόμων που εισήλθαν σε θεραπεία, Πρώτες Αιτήσεις και Με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία, Ελλάδα 2003-2017..... | 100 |
| Σχέδιο 29: Αναφερθέντες και Επιβεβαιωθένες Θάνατοι από Ναρκωτικά στην Ελλάδα.....   | 103 |
| Σχέδιο 30: Θάνατοι από Ναρκωτικά, ανά ηλικιακή ομάδα, 2012-2017 στην Ελλάδα .....   | 103 |
| Σχέδιο 31: Αριθμός κατηγορηθέντων ατόμων και υποθέσεις για Ναρκωτικά, Ελλάδα 2000-2016.....   | 104 |
| Σχέδιο 32: Αδικήματα της περί ναρκωτικών νομοθεσίας, Ελλάδα 2014-2016..   | 105 |
| Σχέδιο 33: Βεβαιωμένα αδικήματα διακίνησης και μικροδιακίνησης, Ελλάδα 2008-2016 .....  | 105 |
| Σχέδιο 34: Βεβαιωμένα αδικήματα για διακίνηση ανά ουσία, Ελλάδα 2014-2016 .....   | 105 |

|  |     |
|--|-----|
| Σχέδιο 35: Κατανομή συνολικών οδικών ατυχημάτων και τροχαίων όπου ανιχνεύτηκαν ναρκωτικές ουσίες, Ελλάδα 2007-2016 ..... | 109 |
| Σχέδιο 36: Τάση Δυναμικότητας και αριθμός των θεραπευομένων στις ΜΟΘΕ, Ελλάδα (2002-2017) .....                          | 111 |
| Σχέδιο 37: Αριθμός φυλακισθέντων για Ναρκωτικά, Ελλάδα 2004-2017 .....   | 114 |
| Σχέδιο 38: Επιπολασμός χρήση κάνναβης στην Ελλάδα 2004 και 2015 σε ηλικίες, 35-49 ετών .....                             | 117 |
| Σχέδιο 39: Μέσος όρος χρήσης ουσιών (mg/1000 άτομα/ημέρα), Ελλάδα 2013-2015 .....  | 119 |
| Σχέδιο 40: Χρήση Ουσιών μεταξύ μαθητών 15-16 ετών, Ελλάδα 2015 .....   | 119 |
| Σχέδιο 41: Αποτελέσματα έρευνας Espad 1999-2015 .....  | 120 |
| Σχέδιο 42: Συχνότητα χρήσης κάνναβης στους 15χρονους ανά χρονική περίοδο χρήσης HBSC/WHO Ελλάδα 2014 .....               | 121 |

## **A. Μέρος Πρώτο-Εισαγωγή**

### **A.1. Η περιγραφή της προβληματικής για την πολιτική των Ναρκωτικών σήμερα**

Σημειώνεται ότι στην παρούσα εργασία με τον όρο "πολιτική για τα ναρκωτικά" περιλαμβάνονται όλες οι κυβερνητικές πολιτικές για την πρόληψη, την επιβολή του νόμου, τη θεραπεία, τη μείωση της βλάβης και την κοινωνική επανένταξη. Για πολλά χρόνια, οι συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών που ορίζουν την πολιτική για τα ναρκωτικά, ερμηνευτήκαν από πολλά κράτη ως οδηγός, όπου η μείωση μεγέθους της αγοράς των ναρκωτικών θα οδηγούσε στην ανθρώπινη υγεία και ευημερία (δλδ όσο πιο μικρή η αγορά, τόσο λιγότερες οι ζημιογόνες συνέπειες). Ιστορικά, το διεθνές σύστημα ελέγχου των ναρκωτικών επικεντρώθηκε σε στρατηγικές μείωσης της προσφοράς που βασίζονται στην εξάλειψη των καλλιεργειών, στην κατάσχεση των παρανόμων παραγόμενων ναρκωτικών και στην τιμωρία των παραβατών μέσω νομοθετικών απαγορεύσεων.

Παρόλο όμως που σπουδαία επιτεύγματα σημειώθηκαν κατά τον πρώτο αιώνα διεθνούς ελέγχου των ναρκωτικών, δεν έχει καταγραφεί ουσιαστική μείωση του επιπέδου της παγκόσμιας χρήσης ενώ η διακίνηση ναρκωτικών παραμένει η πιο διαδεδομένη και κερδοφόρα μορφή σοβαρής οργανωμένης εγκληματικότητας.

Παράλληλα, σε πολλές χώρες στον κόσμο η χρήση ουσιών αποτελεί στιγματιστικό παράγοντα, περιορίζοντας ακόμα και την πρόσβαση στους χρήστες στην δημόσια υγεία, ενώ παρατηρείται και ανισότητα στην πρόσβαση σε διεθνώς ελεγχόμενες ουσίες για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς, γεγονός που καταδεικνύει ότι πολλοί άνθρωποι υποφέρουν αναίτια από πόνο, σωματικές ή ψυχικές ασθένειες εξαιτίας της ανεπαρκούς διαθεσιμότητας, ενώ σε άλλες χώρες πολλά άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την υπερκατανάλωση διεθνώς ελεγχόμενων φαρμάκων.

Από το 2009, καταγράφεται στροφή της πολιτικής των ναρκωτικών στη δημόσια υγεία δίνοντας βάρος σε παρεμβάσεις στην πρόληψη, στην φαρμακοιατρική υποστήριξη, στην ενημέρωση, στη συμβουλευτική καθώς και στην επανένταξη, ενώ στα αντίστοιχα φόρα, γεννάται ένας διεθνής διάλογος κατά πόσο η προσέγγιση του απαγορευτικού μοντέλου είναι αποτελεσματική. Τα μέλη του ΟΗΕ, παρά τη δέσμευσή τους από τις απαγορευτικές διατάξεις των συμβάσεων του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά, διαθέτουν ένα ορισμένο περιθώριο ευελιξίας στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Στο πλαίσιο αυτό, τα τελευταία χρόνια ορισμένες χώρες, ξεκινώντας με την κάνναβη, προβαίνουν στην υιοθέτηση νέων πολιτικών προσεγγίσεων εκτεινόμενων από τη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για ιατρική χρήση, την αποποινικοποίηση της κατοχής για προσωπική χρήση έως και στη ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση - με ένα συνδυασμό εμπορικών και κυβερνητικών μονοπωλιακών στοιχείων εξ ολοκλήρου υπό κρατικό μονοπώλιο. Οι περισσότερες έχουν μια σταθερή νομική βάση, έτερες χρησιμοποιούν μια ορισμένη ερμηνευτική δημιουργικότητα που δεν αναγνωρίζεται πάντα νομικά από το INCB.

Στην πρόσφατη ειδική σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ για την αξιολόγηση της πολιτικής για τα ναρκωτικά «UN – General Assembly Special Session on Drugs in 2016 (UNGASS)», οι συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Παγκόσμιας Επιτροπής για τα Ναρκωτικά (CND) αλλά και πλήθος παρεμβάσεων της κοινωνίας των πολιτών καταδεικνύουν την ανάγκη διαλόγου για την επανεξέταση της παγκόσμιας στρατηγικής αντιμετώπισης των ναρκωτικών, δίχως ωστόσο να γίνεται σαφής αναφορά στην ανάγκη η μη ουσιαστικής αλλαγής του μοντέλου απαγόρευσης.

### **A.1.1. Ψυχοδραστικές Ουσίες και η ιστορία της απαγόρευσης**

Οι ψυχοδραστικές ουσίες, πρωτοεμφανίζονται με την απαρχή οργάνωσης των ανθρώπων σε κοινωνία, χρησιμοποιούνται από τον άνθρωπο για να επηρεάσουν τη διάθεση του, τη σχέση με τον εαυτό του και την σχέση με τον κόσμο. Αρχικά, χρησιμοποιούνται για τις «μαγικές ιδιότητες του» σε θείες τελετουργίες, μυστήρια και στην ιατρική. Γρήγορα η χρήση τους περνά στην καθημερινότητα του απλού πολίτη και η κατανάλωση ουσιών συνδέεται με κοινωνικούς παράγοντες όπως η φτώχεια, πολιτισμικούς όπως εθιμικές πρακτικές αλλά και λειτουργικούς-ιατρικούς σε περιοχές όπου η πρόσβαση στα φάρμακα είναι περιορισμένη.

Η ανακάλυψη των νέων κόσμων και η ανταλλαγή πληθυσμών, ηθών και εθίμων καθώς και οι αλλαγές της μορφής των κοινωνιών, ξεκινούν μία ραγδαία εξάπλωση των ουσιών αυτών σε όλο τον κόσμο, που στις ημέρες μας, με την ανάπτυξη των επικοινωνιών και τις τεχνολογίας, φτάνει στο απόγειο της.

Στο τέλος του 19<sup>ου</sup>, το μη ελεγχόμενο εμπόριο ναρκωτικών και τα υψηλά επίπεδα χρήσης και εξάρτησης αναγνωρίζονται από τις κυβερνήσεις και την κοινωνία των πολιτών, ως κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Το 1912 υπογράφεται η πρώτη Διεθνή Συνθήκη της Χάγης όπου αναγνωρίζεται ότι η διεθνής συνεργασία και η αρχή της συνυπευθυνότητας είναι αναγκαίες για τον έλεγχο των ναρκωτικών. Η σύμβαση αυτή ενώ αναφέρεται στη σπουδαιότητα της διαθεσιμότητας των ναρκωτικών για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς, δίνει προτεραιότητα στην προστασία των ατόμων και κοινωνιών από τη χρήση ναρκωτικών με γνώμονα την εξάρτηση καθώς και την απώλεια της ελευθερίας που απορρέει από αυτή.

### **A.1.2. Συνθήκες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τα ναρκωτικά**

Έπειτα από την πρώτη διεθνή σύμβαση της Χάγης, ακολουθούν τρεις διεθνείς συμφωνημένες συνθήκες οι οποίες περιλαμβάνουν στα ψηφίσματά τους μέτρα για τον έλεγχο της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης ψυχοδραστικών ουσιών μέσω ενός συστήματος διεθνής ταξινόμησης. Πρόκειται για τις εξής: η «*ενιαία σύμβαση του 1961 για τα ναρκωτικά*», η «*σύμβαση του 1971 για τις ψυχοτρόπες ουσίες*» και η «*σύμβαση του 1988 των Ηνωμένων Εθνών κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών ουσιών*».

#### **➤ Διεθνής Ταξινόμηση**



Οι τρεις Συνθήκες βασίζονται στο διεθνές σύστημα ταξινόμησης και ελέγχου των ναρκωτικών που προβλέπει συγκεκριμένα μέτρα κυκλοφορίας και ελέγχου για έναν αριθμό ουσιών που ταξινομούνται σε τέσσερις «πίνακες». Στόχος είναι ο έλεγχος και ο περιορισμός της ουσίας ανάλογα με το επίπεδο ζημιών και της ιατρικής χρησιμότητας αυτής. Όσο πιο επικίνδυνη είναι η ουσία, τόσο πιο αυστηρά είναι τα μέτρα ελέγχου. Το μεγαλύτερο σύνολο των ουσιών που μέχρι πρότινος χρησιμοποιούνταν για μη ιατρικούς σκοπούς κατατάσσεται σε πλήρως απαγορευτικά μέτρα, ενώ για τις ναρκωτικές ουσίες που προορίζονταν για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς προβλέπονται αυστηρά μέτρα κυκλοφορίας προς αποφυγή εκτροπών στην παράνομη αγορά. Οι πίνακες Ναρκωτικών δύναται να τροποποιηθούν. Ο ΠΟΥ συστήνει επιστημονικούς και ιατρικούς λόγους, ενώ η Επιτροπή Ναρκωτικών του ΟΗΕ (CND) λαμβάνει υπόψη κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες για να αποφανθεί για τη ταξινόμηση ή μη των ουσιών.

Το διεθνές σύστημα ελέγχου των ναρκωτικών έχει εξελιχθεί έκτοτε και σήμερα περιλαμβάνει περισσότερες από 240 ψυχοδραστικές ουσίες (οι περισσότερες από τις οποίες έχουν αναγνωρισμένη ιατρική χρήση).

Τα νομικά συστήματα των κρατών, ενώ περιλαμβάνουν τα εθνικά συστήματα ταξινόμησης ουσιών, ωστόσο δεσμεύονται από τη διεθνή κατάταξη των ουσιών. Οι εθνικές νομοθεσίες των κρατών δύναται να εισάγουν για μία ουσία αυστηρότερη εσωτερική νομοθεσία από εκείνη που απαιτούν οι συμβάσεις, αλλά δεν πρέπει να εισάγουν πιο επιεική νομοθεσία (*Cindy S.J. Fazey, 2003*). Οι υπογράφοντες χώρες υποχρεούνται να προβλέπουν στις εθνικές νομοθεσίες τους, ποινικά μέτρα για τη μη εξουσιοδοτημένη παραγωγή, πώληση, μεταφορά και τη διανομή ναρκωτικών για μη ιατρικούς σκοπούς.

### **A.1.3. Ναρκωτικά και Ποινική Αντιμετώπιση**

Σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, αναπτυγμένες είτε αναπτυσσόμενες, τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση και τη διακίνηση των ναρκωτικών έχουν γίνει σχεδόν ενδημικά και μέρος ενός φαύλου κύκλου, που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών προβλημάτων, όπως η βία, το οργανωμένο έγκλημα, η διαφθορά, η ανεργία, η κακή υγεία και εκπαίδευση.

Ως αποτέλεσμα, οι κυβερνήσεις αναπτύσσουν στρατηγικές για τη μείωση της προσφοράς (παραγωγής, διακίνησης, χρήσης), εισάγοντας νομοθεσίες με ποινικές κυρώσεις στους παραβάτες της περί ναρκωτικών νομοθεσίας, που κυμαίνονται ανά τον κόσμο, από τη φυλάκιση μέχρι τη θανατική ποινή.

Ο έλεγχος των παραβατών της περί ναρκωτικών νομοθεσίας επικεντρώνεται στην επιβολή κυρώσεων, με την ελπίδα ότι αυτές θα λειτουργήσουν αποτρεπτικά στους ανθρώπους ώστε να μην εισέλθουν στο εμπόριο και τη χρήση ναρκωτικών. Τα μέτρα που λαμβάνονται για τον έλεγχο των ναρκωτικών οφείλεται να είναι αναλογικά και να εναρμονίζονται με τα κεκτημένα ανθρώπινα δικαιώματα. Ωστόσο, ακόμα και στα πιο αυστηρά συστήματα σήμερα, η θεραπεία είναι η κυρία παρέμβαση για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, όπως η εξάρτηση, ενώ η διασφάλιση καλής πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες θεραπείας αποτελεί βασικό στρατηγικό στόχο.

Σε αρκετές χώρες εφαρμόζονται προγράμματα εκτροπής των παραβατών της νομοθεσίας περί ναρκωτικών σε προγράμματα θεραπείας αντί να παραπέμπονται στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Η παραπομπή γίνεται είτε με απευθείας διαταγή δικαστηρίου ώστε ο παραβάτης να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα ή με την επιβολή μεν καταδικαστικής απόφασης με αναστολή υπό τον όρο της θεραπείας. Η οικειοθελής παραπομπή παραμένει ο συνηθέστερος τρόπος έναρξης θεραπείας. Η συγκεκριμένη μορφή παραπομπής, η οποία περιλαμβάνει επίσης την παραπομπή από συγγενείς ή φίλους, αντιπροσώπευε περίπου το ήμισυ των εισαγωγών σε εξειδικευμένη θεραπεία στην Ευρώπη το 2015. Από τους χρήστες, 25 % παραπέμφθηκαν από υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ 15 % από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

Στόχευση της προσέγγισης αυτής είναι η προστασία της δημόσιας και ατομικής υγείας και ασφάλειας της κοινωνία και του πολίτη με την υιοθέτηση μέτρων καταστολής, διαβαθμίζοντας αναλογά με τη βαρύτητα τις ποινικές κυρώσεις των παραβατών και τέλος στοχεύοντας στην απεξάρτηση των τοξικοεξαρτώμενων.

Δυστυχώς ακόμα και σήμερα όμως κάκιστα παραδείγματα καταγράφονται σε πολλές χώρες, μέλη του ΟΗΕ, όπου επιβάλλεται η θανατική ποινή σε παραβάτες ναρκωτικών είτε με δικαστικές διαδικασίες είτε εξωδικαστικές.

#### **A.1.4. Ναρκωτικά και Δημόσια Υγεία**

Παρόλο που η εξάρτηση και οι διαταραχές χρήσης ουσιών συμπεριλαμβάνονται και στα δυο ταξινομητικά συστήματα ψυχιατρικών διαταραχών, DSM και ICD, ακόμα και σήμερα η κοινωνία αμφιταλαντεύεται για το εάν ο ουσιοεξαρτώμενος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως παραβάτης ή ασθενής.

Το Έγγραφο αποτελέσματος της Ειδικής Συνόδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά (UNGASS 2016), που εγκρίθηκε ομόφωνα από 193 κράτη μέλη, αναγνωρίζει την ουσιοεξάρτηση ως πολύπλοκη πολυπαραγοντική διαταραχή της υγείας χαρακτηριζόμενη από χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση, και όχι το αποτέλεσμα μίας ηθικής αποτυχίας ή εγκληματικής συμπεριφοράς

Επίσης η εισήγηση ενός διεθνούς επιστημονικού δικτύου του Π.Ο.Υ, στο πλαίσιο της αναθεώρησης της πολιτικής UNGASS 2016 αναφέρει ότι οι διαταραχές της χρήσης ουσιών θεωρούνται διαταραχές του εγκεφάλου (Volkow ND, Koob GF, McLellan AT., 2016) και μπορούν να θεραπευθούν. Έτσι οι άνθρωποι με ακόμη και τις πιο σοβαρές μορφές μπορούν να ανακάμψουν με πρόσβαση σε τεκμηριωμένη θεραπεία (Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND., 2009). Στην ίδια εισήγηση αναφέρεται ότι οι ποινικές κυρώσεις κρίνονται αναποτελεσματικές στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση των διαταραχών του εγκεφάλου.

Η πολιτική για τα ναρκωτικά με βάση τις αρχές της δημόσιας υγείας, βασίζεται κυρίως στην κοινωνική προστασία και την υγειονομική περίθαλψη. Η υγεία είναι στο επίκεντρο της πολιτικής και πλαισιώνεται με ένα σύνολο πολιτικών, προγραμμάτων και πρακτικών που αποσκοπούν στη μείωση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση

ναρκωτικών χωρίς σήμερα κατ' ανάγκη η αποχή από τη χρήση να αποτελεί στόχευση των εθνικών, ευρωπαϊκών και διεθνών στρατηγικών.

Οι κυβερνήσεις που εφαρμόζουν πολιτικές μείωσης της βλάβης αποδέχονται ότι η νόμιμη και η παράνομη χρήση ναρκωτικών αποτελεί μέρος της κοινωνίας μας και επιλέγουν να εργαστούν για να ελαχιστοποιηθούν τα επιβλαβή αποτελέσματά της και όχι απλά να τα αγνοήσουν ή να τα καταδικάσουν. Οι πιο γνωστές παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης είναι τα προγράμματα συρίγγων, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών (OST), τα δωμάτια κατανάλωσης ναρκωτικών κ.λπ., μέτρα που ενσωματώνουν μια ρεαλιστική προσέγγιση στην πραγματικότητα της χρήσης ναρκωτικών.

Τέλος η χρήση ναρκωτικών θεωρείται από τις κυβερνήσεις ως ένα περίπλοκο, πολύπλευρο φαινόμενο που περιλαμβάνει μια συνεχή συμπεριφορά από τη σοβαρή κατάχρηση έως τη συνολική αποχή και αναγνωρίζεται ότι ορισμένοι τρόποι χρήσης ναρκωτικών είναι σαφώς πιο ασφαλείς από άλλους.

#### **A.1.5. Το παράδειγμα της Κάνναβης και οι διαφορετικές προσεγγίσεις**

Η κατοχή και χρήση της κάνναβης αποτελεί ένα από τα κύρια ζητήματα που διαπραγματεύονται οι νέες προσεγγίσεις. Βάση των νομικών δεσμεύσεων των Συμβάσεων του ΟΗΕ μία αλλαγή στην προσέγγιση της νομιμοποίησης της κατοχής των ουσιών θα έπρεπε να εκπορεύεται από μία αναθεώρηση αυτών. Ωστόσο συχνό είναι το φαινόμενο όπου νομοθετικά κείμενα ερμηνεύονται με διαφορετικό τρόπο, βασιζόμενα λοιπόν σε διαφορετική ερμηνεία ορισμένα Κράτη σήμερα υιοθετούν μέτρα για την αποποινικοποίηση της χρήσης, την νομιμοποίηση της χρήσης και της παραγωγής καθώς και για τη χρήση της κάνναβης για ιατρικούς λόγους.

Σύμφωνα και με τον ΠΟΥ η κάνναβη είναι μακράν η πιο ευρέως καλλιεργούμενη, διακινούμενη και παράνομα χρησιμοποιούμενη ναρκωτική ουσία. Το ήμισυ του συνόλου των κατασχέσεων ναρκωτικών παγκοσμίως αφορά κατασχέσεις κάνναβης. Η γεωγραφική εξάπλωση αυτών των κατασχέσεων είναι επίσης παγκόσμια, καλύπτοντας σχεδόν κάθε χώρα του κόσμου. Περίπου 147 εκατομμύρια άνθρωποι, το 2,5% του παγκόσμιου πληθυσμού, καταναλώνουν κάνναβη (ετήσιος επιπολασμός) σε σύγκριση με 0,2% που καταναλώνουν κοκαΐνη και 0,2% που καταναλώνουν οπιούχα. Κατά την τρέχουσα δεκαετία, η κατάχρηση κάνναβης αυξήθηκε ταχύτερα από την κατάχρηση κοκαΐνης και οπιούχων.

Οι οξείες επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης έχουν αναγνωριστεί επιστημονικά εδώ και πολλά χρόνια και πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν και επέκτειναν τα προηγούμενα ευρήματα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι επιπτώσεις μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

A) Κυρίως σε σύντομο διάστημα μετά τη χρήση κάνναβης

- Επηρεάζεται η γνωστική ανάπτυξη (ικανότητες μάθησης), συμπεριλαμβανομένων της μνημονικής λειτουργίας και της αντίληψης.
- Επηρεάζεται η ψυχοκινητική απόδοση σε μια ευρεία ποικιλία δραστηριοτήτων, όπως ο συντονισμός κινήσεων, η εναλλαγή προσοχής και άλλων λειτουργικών επιδόσεων.

B) Η παρατεταμένη κατάχρηση κάνναβης συνδέεται με:

- Πιθανή βλάβη της γνωστικής λειτουργίας που περιλαμβάνει την οργάνωση και την ενσωμάτωση πολύπλοκων πληροφοριών που περιλαμβάνουν διάφορους μηχανισμούς διαδικασιών προσοχής και μνήμης.
- Ανάπτυξης εξάρτησης, κυρίως ψυχολογικής, που χαρακτηρίζεται από απώλεια ελέγχου της χρήσης κάνναβης και είναι πιθανή σε χρόνιους χρήστες.

Γ) Η χρήση κάνναβης μπορεί να επιδεινώσει τη σχιζοφρένεια στα προσβεβλημένα άτομα, ενώ συνδέεται με αναπνευστικά προβλήματα με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων χρόνιας είτε οξείας βρογχίτιδας σε σύγκριση με την ομάδα μη καπνιστών.

Η κάνναβη που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με την εξασθένηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης που οδηγεί σε μείωση του βάρους γέννησης και μπορεί να οδηγήσει σε μεταγεννητικό κίνδυνο εμφάνισης σπάνιων μορφών καρκίνου, αν και χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό.

Δ) Από την κλινική πείρα έχει φανεί ότι σε νεαρά άτομα με ιδιοσυστασιακή προδιάθεση στη ψυχική διαταραχή, η χρήση της κάνναβης μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα στην εκδήλωση ψυχωσικών επεισοδίων, καθώς και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της ψυχικής διαταραχής μετά την αποδρομή του επεισοδίου.

Η ταχύτερη αύξηση της κατάχρησης κάνναβης από τη δεκαετία του 1960 συναντάται συχνότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες της Βόρειας Αμερικής, της Δυτικής Ευρώπης και της Αυστραλίας. Η κάνναβη συνδέεται στενότερα με την κουλτούρα της νεολαίας και η ηλικία έναρξης είναι συνήθως χαμηλότερη από ό, τι οι άλλες ουσίες. Τα τελευταία χρόνια η συζήτηση σχετικά με τις διατάξεις που θα πρέπει να διέπουν τη χρήση της βρίσκεται στην πρώτη γραμμή του ευρύτερου πολιτικού λόγου.

## **A.2. Εμπειρικό μέρος-Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα εργασίας**

Στην παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια διερεύνησης/αξιολόγησης των διαφόρων μοντέλων πολιτικής που αφορούν την πολιτική των ναρκωτικών, μεταφραζόμενη από πιο αυστηρά και σε πιο φιλελεύθερα μοντέλα, απομακρυνόμενοι από την κύρια φιλονικία για τον εάν τα ναρκωτικά συνδέονται με βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες και βλάβες στην υγεία.

Οι νέες προσεγγίσεις που αφορούν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών εκτείνονται από την αποποινικοποίηση της χρήσης είτε και της παραγωγή για ιατρικούς αλλά και ψυχαγωγικούς λόγους, έως και τη ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση. Τέτοια μοντέλα μπορούμε να δούμε στην Ολλανδία, Πορτογαλία, Τσεχία, Ουρουγουάη, Αργεντινή, Γουατεμάλα, Εκουαδόρ, Ονδούρα, Μεξικό, Βραζιλία, Κολοράντο, Καλιφόρνια και προσφάτως στον Καναδά.

Κύρια επιχειρηματολογία των νέων αυτών πολιτικών είναι ότι οδηγούν στη μείωση του εγκλεισμού των ανθρώπων για τα αδικήματα των ναρκωτικών, καθώς και στη μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων που αντιμετωπίζουν οι χρήστες, της κοινωνικής απομόνωσης και της δυσχέρειας για την αναζήτηση και παροχή θεραπείας.

Η νομιμοποίηση της κάνναβης για ψυχαγωγική χρήση σε τμήματα της αμερικάνικης ηπείρου έχει κινήσει το ενδιαφέρον των αρμοδίων χάραξης πολιτικής

και του κοινού στην Ευρώπη. Μεταξύ των 28 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει σημαντική ποικιλομορφία όσον αφορά στις στάσεις απέναντι στη ρύθμιση και τη χρήση της κάνναβης. Οι τρέχουσες προσεγγίσεις εκτείνονται από τα περιοριστικά μοντέλα έως την ανοχή μερικών μορφών προσωπικής χρήσης. Η ευρωπαϊκή αγορά κάνναβης έχει ήδη αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, εν μέρει κινούμενη προς μεγαλύτερη εγχώρια παραγωγή με υψηλά επίπεδα δραστηριότητας της κατεργασμένης (ρητίνης) κάνναβης και της ακατέργαστης κάνναβης να καταγράφονται τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη. Μέχρι το 2015, η μέση ισχύς των δειγμάτων που αναλύθηκαν στην Ευρώπη είχε αυξηθεί κατά 90% για τη ρητίνη και κατά 80% για το φυτό σε σύγκριση με τις τιμές του 2006. Το 2015, η εκτιμώμενη μέση ισχύς των δειγμάτων ρητίνης κάνναβης στην Ευρώπη κυμάνθησαν από 4% έως 28% THC, ενώ τα δείγματα φυτών κυμάνθησαν από 3% έως 22%.

Η χώρα μας είναι μία από τις παραδοσιακές χώρες, όπου η αντιμετώπιση των ναρκωτικών βασίζεται στην ποινικοποίηση της κατοχής, παρ' όλα αυτά, διεξάγεται πλέον ζωντανός διάλογος γύρω από θέματα όπως το δικαίωμα κατοχής και παραγωγής κάνναβης για προσωπική χρήση για θεραπευτικούς αλλά ψυχαγωγικούς σκοπούς.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιορίσει και περιγράψει τα κυριότερα μοντέλα πολιτικής αντιμετώπισης ναρκωτικών και μέσα από την παρουσίαση ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων να προβεί σε μίας μορφή αξιολόγησης αυτών, προκειμένου τελικώς να εξεταστεί εάν πράγματι είναι εφικτή και σκόπιμη μία αλλαγή της πολιτικής για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα.

Ειδικότεροι Στόχοι:

- α) Παρουσίαση μοντέλων πολιτικής με αναζήτηση των δυνατών και αδύνατων σημείων, απειλών και ευκαιριών αυτών.
- β) Προσπάθεια αξιολόγησης αποτελεσματικότητας αυτών με βάση τεκμηριωμένα δεδομένων.
- γ) Εξέταση της αναγκαιότητας, σκοπιμότητας και εφικτότητας της μεταρρύθμισης σε εθνικό επίπεδο.

### **A.3. Σχεδιασμός, Μεθοδολογία και περιορισμοί**

Για την εξέταση της αποτελεσματικότητας των διαφορετικών μοντέλων πολιτικής για τα ναρκωτικά είναι απαραίτητο να είναι σαφείς από την αρχή οι στόχοι που έχουν σχεδιαστεί να επιτευχθούν από τις κυβερνήσεις. Η πολιτική για τα ναρκωτικά αποσκοπεί σε ευρύτερους κοινωνικούς στόχους στους τομείς της υγείας, της ανάπτυξης και της ασφάλειας.

Δεδομένης της έλλειψης ενός ενιαίου μοντέλου αξιολόγησης, για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας θα επιλέξουμε τους ακόλουθους πέντε βασικούς στόχους που θα εξεταστούν για την αποτελεσματικότητα των μοντέλων.

Στόχοι της Πολιτικής για τα Ναρκωτικά:

- Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας
- Προστασία της δημόσιας ασφάλειας της χώρας
- Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας

- Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων
- Κόστος και ωφέλεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών καθώς και λοιποί οικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν και τα οικονομικά κόστη υιοθέτησης και εφαρμογής μίας νέας πολιτικής.

Ένας από τους κυριότερους περιορισμούς της παρούσας εργασίας ήταν η μη ύπαρξη κοινών παγκοσμίων προτύπων συλλογής δεδομένων με αποτέλεσμα να είναι δυσχερής η σύγκριση προσεγγίσεων διαφορετικών Ηπείρων.(π.χ Ευρώπης-Αμερικής).

Για την αξιολόγηση των επιλεγμένων στόχων της πολιτικής επιλέχθηκαν επιμέρους μετρήσιμοι δείκτες.

Ειδικότερα:

A) Για την προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας ο πρώτος δείκτης που θα μελετηθεί αφορά τον αριθμό των πολιτών που βιώνουν την υψηλής επικινδυνότητα χρήση, καθόσον οι εκτιμήσεις αυτές συμβάλουν στον εντοπισμό τόσο της προβληματικής χρήσης ουσιών που υπονομεύει τη δημόσια υγεία κάθε κοινωνίας. Δεύτερος δείκτης που θα μελετηθεί είναι αυτός της παροχής θεραπείας και προσμετράται με τον αριθμό θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες. Επίσης τα στοιχεία για τις νέες εισαγωγές σε εξειδικευμένα προγράμματα αντιμετώπισης ναρκωτικών, μας δίνουν επιπλέον στοιχεία για τις τάσεις όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών υψηλής επικινδυνότητας που κάθε σύστημα δημόσιας υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη κατά τον σχεδιασμό, χρηματοδότηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων για τα ναρκωτικά. Τρίτος και τελευταίος δείκτης που θα εξετάσουμε είναι ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Ο δείκτης θανάτων από ναρκωτικά αφορά την παροχή συγκρίσιμων και έγκυρων πληροφοριών για τον αριθμό και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που πεθαίνουν από οξεία δηλητηρίαση ως άμεση συνέπεια της χρήσης ναρκωτικών (θανάτους που προκαλούνται από φάρμακα, δηλητηριάσεις ή υπερβολικές δόσεις). Η θνησιμότητα που συνδέεται με την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, ενώ η χρήση ναρκωτικών οφείλεται για μεγάλο ποσοστό θανάτων μεταξύ νέων. Διαχρονικά ο αριθμός των θανάτων, τόσο για τους θανάτους που προκαλούνται άμεσα από τα ναρκωτικά και τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ προβληματικών χρηστών ναρκωτικών, είναι ένας επιδημιολογικός δείκτης για τη μέτρηση αρκετών στόχων δημόσιας υγείας, παρέχοντας επίσης σημαντικές πληροφορίες για τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών, για επικίνδυνα πρότυπα χρήσης και ενδεχομένως δύναται να εντοπίσουν νέους κινδύνους σχετιζόμενους με τη χρήση.

B) Για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας επιλέχθηκε αρχικά να μελετηθεί η παραβατική συμπεριφορά που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Τα στοιχεία για τα αδικήματα της περί ναρκωτικών νομοθεσίας αποτελούν έναν από τους δείκτες παρακολούθησης της εγκληματικότητας που σχετίζεται με τα ναρκωτικά και αποτελούν επίσης ένα μέτρο παρακολούθησης της δραστηριότητας των αρχών επιβολής του νόμου καθώς και της δυναμικής της αγοράς των ναρκωτικών. Στη συνέχεια θα εξεταστεί ο δείκτης που αφορά την έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος. Τα εγκληματικά δίκτυα των ναρκωτικών, σε παγκόσμιο επίπεδο, παρουσιάζουν μεγάλη οργάνωση και προσαρμοστικότητα στις συνθήκες που διαμορφώνονται από τις δράσεις των αρχών επιβολής του νόμου. Τα οικονομικά κέρδη και η υψηλή τεχνογνωσία, τους επιτρέπουν να επενδύουν σε

μέσα διακίνησης (αεροσκάφη, οχήματα, πλοία, ταχύπλοα, ναρκο-υποβρύχια κ.α.), σε τεχνολογίες (τηλεπικοινωνίες, διαδικτυακές υπηρεσίες κ.α.) και σε «συνεργασίες» με στελέχη των κρατικών μηχανισμών, αναζητώντας το στρατηγικό πλεονέκτημα. Η εξέταση της δυναμικής των οργανωμένων κυκλώματος συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα των πολιτικών για τα Ναρκωτικά. Ο τρίτος δείκτης που θα μελετηθεί αφορά τα επίπεδα διαφθοράς και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Η διαφθορά ορίζεται ως η κατάχρηση της δημόσιας εξουσίας για ιδιωτικό όφελος. Σε ένα κράτος η διαφθορά διαβρώνει τον ιστό της κοινωνίας υπονομεύει την εμπιστοσύνη των πολιτών στα πολιτικά και οικονομικά συστήματα, τους θεσμούς και στις κυβερνήσεις, μπορεί να κοστίσει στους ανθρώπους την ελευθερία, την υγεία, τα χρήματά τους - και μερικές φορές τη ζωή τους. Από το 1995 η οργάνωση Διεθνής Διαφάνεια (Transparency International) κατατάσσει τις Χώρες σύμφωνα «με το βαθμό στον οποίο η διαφθορά θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών, γνωστός ως δείκτης αντίληψης της Διαφθοράς (Corruption Perception Index-CPI). Σήμερα ο κατάλογος περιλαμβάνει 180 χώρες και η ταξινόμηση πραγματοποιείται με κλίμακα 0-100, όπου το 0 είναι εξαιρετικά διεφθαρμένο και το 100 είναι υγιές και με διαφάνεια. Τέλος, κλείνοντας τον στόχο της δημόσιας ασφάλειας θα αναφερθούμε σε στοιχεία που αφορούν τη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία. Η επιρροή των ναρκωτικών και των παράνομων αγορών ξεπερνάει τους άμεσα εκτιθέμενους στα ναρκωτικά, από πλευράς υγείας και κοινωνικών προβλημάτων, αλλά επηρεάζει και την ευρύτερη ασφάλεια της κοινωνίας αλλά και του Κράτους, καθώς οι αγορές χρήσης ναρκωτικών και ναρκωτικών μπορούν να λειτουργήσουν ως διαμεσολαβητές για όλα τα είδη βίας (ΕΚΤΕΠΝ και Ευρωπαϊκή Ένωση, 2016 · UNODC, 2014, σ. 71). Για τη σχέση της βίας και της κατάχρησης ναρκωτικών έχουν γίνει πολλές συζητήσεις, η ύπαρξη μιας σχέσης μεταξύ της βίας έχει εδραιωθεί στη βιβλιογραφία (βλέπε για παράδειγμα ( Brownstein, H. H., Crimmins, S. M. and Spunt, B. J. , 2000). Το 1985, ο Goldstein (Goldstein, 1985) ανέπτυξε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για να περιγράψει και να εξηγήσει αυτή τη σχέση. Μέχρι στιγμής, το πλαίσιο αυτό παραμένει μια ουσιαστική συμβολή στη εκπόνηση μελετών για το έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά και αποτελείται από τρεις διαστάσεις οι οποίες δεν αυτοαναιρούνται: ψυχοφαρμακολογική βία, βιοποριστική οικονομική βία και συστημική βία. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον από την πλευρά των ερευνητών, του κοινού και όλων των επιπέδων της διακυβέρνησης για τα αίτια, τις συσχετίσεις και τις συνέπειες των ναρκωτικών και της βίας - τόσο για την καλύτερη κατανόηση αυτών των φαινομένων όσο και για τη βελτίωση των προσπαθειών για τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου, ωστόσο η μέτρηση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά βίας δεν είναι εύκολη και σήμερα γίνεται από πολύ λίγα κράτη. Ένας από τους δείκτες που οι ερευνητές έχουν αποπειραθεί να μελετήσουν είναι οι σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά ανθρωποκτονίες. Ένας άλλος είναι η οδήγηση και τα τροχαία ατυχήματα υπό την επήρεια ναρκωτικών.

Γ) Για τη βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας θα μελετήσουμε ποιοτικά και ποσοτικά στοιχεία που αφορούν την πρόσβαση σε ναρκωτικά φάρμακα, τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά καθώς και μέτρα προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τέλος θα μελετήσουμε τον αριθμό ατόμων που φυλακίζονται για τα αδικήματα των ναρκωτικών. Οι πολιτικές προσεγγίσεις θα πρέπει να έχουν στο επίκεντρο τα ανθρώπινα δικαιώματα για την εξασφάλιση της υγείας και της ευημερίας όλων των ανθρώπων συμπεριλαμβανομένων αυτών των χρηστών των ουσιών. Η ανάγκη αυτή

αποτυπώνεται και τον Σεπτέμβριο του 2015 από τον ΟΗΕ στους στόχους που υιοθετήθηκαν για την Αειφόρο Ανάπτυξη (SDGs) για το 2030. Οι SDGs ενσωματώνουν τόσο τις αξίες του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα και τη δικαιοσύνη για όλους, όσο και την ευθύνη των κρατών να βασίζονται τις πολιτικές τους σε επιστημονικά στοιχεία, καθώς επιδιώκουν μία καλύτερη ανθρωπότητα. Τον Απρίλιο του 2016 (UNGASS), στο πλαίσιο της αναθεώρησης της πολιτικής για τα ναρκωτικά, τα μέλη του ΟΗΕ επαναλαμβάνουν τη δέσμευσή για σεβασμό, προστασία και προώθηση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των θεμελιωδών ελευθεριών και της εγγενούς αξιοπρέπειας όλων των ατόμων σε ένα κράτος δικαίου. Μεταφραζόμενη αυτή η δέσμευση αναφέρεται την προστασία και διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, των δικαιωμάτων των φερόμενων ως δραστών για συνδεόμενα με τα ναρκωτικά αδικήματα και των χρηστών ναρκωτικών, καθώς επίσης και τη διασφάλιση αναλογικών ποινών για τα σχετικά αδικήματα, συμπεριλαμβανομένης της κατάργησης της θανατικής ποινής.

Δ) Για την προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων θα μελετηθούν τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους νέους, αυτοί οι δείκτες θα μας βοηθήσουν να αξιολογήσουμε τα μέτρα για τη μείωση και προσφορά των διαφόρων προσεγγίσεων.

Ε) Τέλος για το κόστος και ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών, θα μελετηθούν διαθέσιμα στοιχεία για κόστη και ωφέλειες κάθε προσέγγισης.

Μετά την μελέτη των διαθέσιμων στοιχείων των μοντέλων πολιτικής θα ακολουθήσει μια συγκριτική επισκόπηση των διαφόρων μοντέλων πολιτικής για τα ναρκωτικά βασιζόμενη σε διαφόρους παράγοντες/μεταβλητές, θα αναζητηθούν τα Δυνατά (Strengths) και Αδύνατα σημεία (Weaknesses) κάθε προσέγγισης/μοντέλου, οι Ευκαιρίες (Opportunities) και οι Απειλές (Threats) (SWOT ανάλυση).

Τα εργαλεία ανάλυσης Δυνατά (Strengths), Αδύνατα σημεία (Weaknesses), Ευκαιρίες (Opportunities) και Απειλές (Threats) SWOT τα δανειζόμαστε από την επιστήμη της διοίκησης των επιχειρήσεων, είναι εργαλεία στρατηγικού σχεδιασμού τα οποία χρησιμοποιούνται για την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος μίας επιχείρησης όταν αυτή καλείται να λάβει μία απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει και με σκοπό την επίτευξή τους, μέσω λοιπόν της ίδιας μεθοδολογία στο παρόν εγχείρημα θα γίνει προσπάθεια αξιολόγησης της νομιμοποίησης της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών ουσιών, για ψυχαγωγικούς σκοπούς, ως το επόμενο βήμα στην πολιτική για τα ναρκωτικά.

Προτού συνεχίσουμε είναι κρίσιμο να αναφερθεί εξ αρχής ότι ακόμα και εάν τα στοιχεία που εξετάζουμε είναι μετρήσιμα, θα πρέπει να διατηρούμε επιφυλάξεις για την εξαγωγή σταθερών συμπερασμάτων σχετικά με τις επιπτώσεις των νέων μοντέλων της αποπνικικοποίησης/νομιμοποίησης των ουσιών. Πρωτίστως γιατί, δεν είναι δυνατόν να διαχωριστεί οριστικά η αλλαγή των νόμων για τα ναρκωτικά από άλλες αλλαγές που σημειώνονται παράλληλα στην κοινωνία, τόσο κοινωνικές όσο και νομικές. Δεύτερον, η παρουσία νέων προσεγγίσεων γέννησε μόλις τα τελευταία χρόνια την ανάγκη της συλλογής περισσότερων δεδομένων σχετικά με τα ναρκωτικά, οπότε υπολειπόμαστε σημαντικών συγκρίσιμων ιστορικών τάσεων, που θα μας επέτρεπαν να διεξάγουμε καλύτερα συμπεράσματα.



## **A.4. Ανάλυση Βασικών Εννοιών**

Πριν περάσουμε στην περιγραφή των διαφορετικών πολιτικών προσεγγίσεων που έχουν υιοθετηθεί τα τελευταία χρόνια από διάφορες κυβερνήσεις, θα πρέπει να αναφερθούμε σε ορισμένες βασικές έννοιες.

### **A.4.1. Χρήση και εξάρτηση.**

Ο δρόμος από την πρώτη χρήση στη κατάχρηση και τη δημιουργία εθισμού και εξάρτησης είναι μακρύς τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο, σύμφωνα με το τρίγωνο των «Kielholz» και «Ladewig» το πέρασμα αυτό επηρεάζεται δε, τόσο από παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με τον ίδιο τον άνθρωπο, όσο και από τις ιδιότητες της ουσίας χρήσης και το κοινωνικό περιβάλλον

Ο ορισμός της εξάρτησης έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα πολλά έτη, με την παρουσία πολλών εκδοχών ορισμού της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός έρχεται και ορίζει την εξάρτηση ως μια κατάσταση ψυχική και μερικές φορές επίσης σωματική, που προκύπτει ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός ζώντος οργανισμού και ενός ναρκωτικού, η οποία χαρακτηρίζεται από επιδράσεις στη συμπεριφορά ή άλλες που περιλαμβάνουν πάντοτε μια εσωτερική ώθηση για λήψη ναρκωτικών σε διαρκή ή περιοδική βάση με σκοπό τη βίωση ψυχικών εμπειριών και σε ορισμένες περιπτώσεις την αποφυγή των ενοχλήσεων που προκαλούνται από την έλλειψή της

Οι έννοιες του εθισμού και της εξάρτησης ορίζονταν στο DSM IV (American Psychiatric Association, 2000), αλλά αντικαταστάθηκαν από την έννοια των Διαταραχών Χρήσης Ουσιών στην επόμενη ταξινόμηση DSM 5 (American Psychiatric Association, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), διατηρεί στην 10η έκδοση του International Classification of Diseases, της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) την έννοια της εξάρτησης, μαζί με την τοξίκωση, την επιβλαβή χρήση, την κατάσταση απόσυρσης (ή στέρησης), την κατάσταση απόσυρσης με παραλήρημα, τη ψυχωτική διαταραχή, το αμνησιακό σύνδρομο, την υπολειμματική και όψιμη έναρξης ψυχωτική διαταραχή και άλλες ή αδιευκρίνιστες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

### **A.4.2. Ιατρική και Ψυχαγωγική Χρήση**

#### **Ιατρική Χρήση**

Ένα σύνολο ψυχοδραστικών ουσιών έχει επιστημονικά παραδεδεγμένη θεραπευτική αξία, προς τούτο έχουν εγκριθεί από το διεθνές καθεστώς ελέγχου των ναρκωτικών για φαρμακευτική/ιατρική χρήση σε ένα σύνολο ασθενειών. Για την κατανόηση της φαρμακευτικής προσέγγισης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) όταν αναφερόμαστε σε φάρμακα εννοούμε τις ουσίες που προορίζονται για να παράσχουν φαρμακολογική δραστηριότητα ή άλλο άμεσο αποτέλεσμα στη διάγνωση, στη

θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, στην αποκατάσταση, την διόρθωση ή τη μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή τα ζώα.

Η μη ενδεδειγμένη χρήση τους για αυτοθεραπεία, είτε ψυχαγωγία χωρίς ιατρική συνταγή ή εκτός των ιατρικών ενδείξεων είναι παράνομη.

### **Ψυχαγωγική Χρήση**

Η ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών είναι η χρήση μίας ψυχοδραστικής ουσίας για την πρόκληση αλλαγής της συνείδησης για την ευχαρίστηση, με την τροποποίηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των συναισθημάτων του χρήστη.

Γενικά, τα ναρκωτικά διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: κατασταλτικά (φάρμακα που προκαλούν αίσθηση χαλάρωσης και ηρεμίας), διεγερτικά (φάρμακα που προκαλούν αίσθηση ενέργειας και εγρήγορσης) και τα παραισθησιογόνα (φάρμακα που προκαλούν αντιληπτικές παραμορφώσεις όπως ψευδαισθήσεις).

### **A.4.3. Αποποινικοποίηση, νομιμοποίηση και ρυθμιζόμενη αγοράς ναρκωτικών**

Τα κείμενα που διαπραγματεύονται την πολιτική των ναρκωτικών αναφέρονται στην απεγκληματοποίηση (decriminalization) ως αποποινικοποίηση (depenalisation). Ενώ Για τις ανάγκες της εργασίας οι δύο αυτοί ορισμοί θα θεωρηθούν ταυτόσημοι.

### **Αποποινικοποίηση**

Η αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών αφορά την άρση των ποινικών κυρώσεων για τη χρήση και την κατοχή ναρκωτικών, την κατοχή συνέργων χρήσης ναρκωτικών καθώς και την καλλιέργεια και την αγορά ναρκωτικών με σκοπό την προσωπική κατανάλωση. Η αποποινικοποίηση μπορεί να συνεπάγεται την άρση όλων των κυρώσεων. Εναλλακτικά, μερικά κράτη έχουν επιλέξει να επιβάλουν χρηματικές ή διοικητικές κυρώσεις (σε αντίθεση με ποινικές κυρώσεις) ωστόσο αυτές πρέπει να είναι λιγότερο επιβλαβής από εκείνες που επιβάλλονται στο πλαίσιο της ποινικοποίησης και να έχουν ως φιλοσοφία να οδηγήσουν σε αυξημένη εθελοντική πρόσβαση του χρήστη σε προγράμματα θεραπείας, απεξάρτησης, μείωσης βλάβης και άλλα.

- Σύμφωνα με *de jure* αποποινικοποίηση, οι ποινικές κυρώσεις για επιλεγμένες δραστηριότητες απομακρύνονται τυπικά μέσω νομικών μεταρρυθμίσεων.
- Σύμφωνα με *de facto* αποποινικοποίηση, η επιλεγείσα δραστηριότητα παραμένει ποινική υπόθεση, αλλά στην πράξη δεν εφαρμόζονται οι ποινικές κυρώσεις.

### **Νομιμοποίηση**

Η νομιμοποίηση διαφέρει από την αποποινικοποίηση, καθόσον στην νομιμοποίηση για όλες τις σχετικές με τις ουσίες συμπεριφορές (χρήση, κατοχή, καλλιέργεια, διακίνηση, κτλ) δεν προβλέπεται απαγόρευση και τιμωρία.

## Νομική ρύθμιση-Ρυθμιζόμενες Αγορές Ναρκωτικών

Στα πλαίσια της νομιμοποίησης οι κυβερνήσεις δύναται να υιοθετήσουν διοικητικά μέτρα και πολιτικές για να ρυθμίσουν την παραγωγή, διανομή και χρήση, συμπεριλαμβανομένων περιορισμών για τη διαθεσιμότητα και πρόσβαση. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως ρυθμιζόμενη αγορά ναρκωτικών.

Η καλλιέργεια, η παραγωγή, η μεταφορά και η πώληση επιλεγμένων ψυχοδραστικών ουσιών διέπονται από ένα νομικό ρυθμιστικό καθεστώς. Το καθεστώς αυτό μπορεί να περιλαμβάνει κανονισμούς για την τιμή, την ισχύ, τη συσκευασία, την παραγωγή, τη διαμετακόμιση, τη διαθεσιμότητα, την εμπορία ή / και τη χρήση - οι οποίες επιβάλλονται από κρατικές υπηρεσίες.

| Αποποινικοποίηση στα πλαίσια της πολιτικής για τα Ναρκωτικά |                           |                       |                                 |   |  |                                   |
|---|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| Μεταρρύθμιση μέσω νομοθετικής αλλαγής (de jure)             |                           |                       |                                 | Αλλαγή στην προσέγγιση βάσει οδηγιών κτλ, ενώ η ποινική πρόβλεψη παραμένει (de facto) |  |                                   |
| Όχι παράβαση  | Αστυνομική ή Διακρικότητα | Διοικητική ή Παράβαση | Απόφαση της Ποινική Δικαιοσύνης | Όχι φυλάκιση  | Παραπομπή από την Αστυνομία σε ειδικές επιτροπές | Παραπομπή στην Ποινική Δικαιοσύνη |

### A.4.4. Παράνομη Παραγωγή και Εναλλακτική Ανάπτυξη Παράνομη Παραγωγή

Το παράνομο εμπόριο ναρκωτικών ή η διακίνηση ναρκωτικών είναι μια παγκόσμια μαύρη αγορά αφιερωμένη στην καλλιέργεια, παραγωγή, διανομή και πώληση των ναρκωτικών που υπόκεινται σε νόμους απαγόρευσης των ναρκωτικών.

Η παράνομη παραγωγή αποτελεί τόσο για τους καλλιεργητές όσο και για τους εμπόρους πρόσοδο βιοπορισμού και παράνομου πλουτισμού αντίστοιχα. Παράλληλα οικονομίες πολλών Χωρών για πολλά έτη βασίζονται στο μαύρο χρήμα που διακινείται και εισάγεται μετέπειτα μέσω διαδικασιών ξεπλύματος χρήματος στις κρατικές οικονομίες.

#### Εναλλακτική Ανάπτυξη

Οι πολιτικές της εναλλακτικής ανάπτυξης έχουν ως όραμα την καταπολέμηση των αιτιών που οδηγούν στην παράνομη παραγωγή ναρκωτικών. Τέτοιες αιτίες αναγνωρίζονται η φτώχεια, η βία, η πείνα, η έλλειψη ασφάλειας και ελέγχου, ασταθείς κυβερνήσεις, έλλειψη πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες, η δυναμικότητα των οργανωμένων παράνομων δικτύων και τέλος η έλλειψη υποδομών, νόμιμων αγορών και ιδιοκτησίας γης. •

Η εναλλακτική ανάπτυξη έχει ως στόχευση τον έλεγχο της προσφοράς ναρκωτικών που αποσκοπεί στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών

- ✓ μέσω της μείωση των καλλιεργειών αφενός
- ✓ και αφετέρου την προώθηση της αειφόρας αγροτικής ανάπτυξης και τη μείωση της φτώχειας

#### **A.5. Νομικό πλαίσιο ρύθμισης των προσεγγίσεων για τα ναρκωτικά.**

Ήδη αναφερθήκαμε στις Διεθνείς Συνθήκες για τα Ναρκωτικά και το Διεθνές σύστημα ταξινόμησης των ουσιών. Δεδομένου ότι οι νέες προσεγγίσεις ερμηνεύουν αυτές με μίας μορφή ευελιξίας σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να εξεταστεί η νόρμα των νέων προσεγγίσεων σχετικά με το εάν η χρήση και κατοχή θεωρείται παράνομη και τιμωρείται, εάν πρέπει να ελέγχεται από τις διεθνείς συμβάσεις και σε ποιο βαθμό και τι συμβαίνει με τη χρήση της κάνναβης.

##### **A.5.1. Η χρήση και η κατοχή παράνομη βάσει των Συμβάσεων**

Οι συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών προβλέπουν ότι η χρήση όλων των ψυχοδραστικών ουσιών (υπό έλεγχο) πρέπει να περιορίζεται σε ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Δεν υπάρχει ειδική υποχρέωση στις συμβάσεις να καταστεί η χρήση ναρκωτικών ως ποινικό αδίκημα. Έτσι, η χρήση ναρκωτικών δεν αναφέρεται στις «ποινικές διατάξεις» της ενιαίας σύμβασης 1961 (άρθρο 36) ή της σύμβασης του 1971 (άρθρο 22) ή του άρθρου 3 (αδικήματα και κυρώσεις) της σύμβασης του 1988.

Η χρήση ναρκωτικών παραλείφθηκε σκοπίμως από τα άρθρα που απαριθμούν τις πράξεις που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και πρέπει να χαρακτηρισθούν ως ποινικό αδίκημα. Δεν υπάρχει αμφιβολία λοιπόν ότι οι συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών δεν υποχρεώνουν τις χώρες να επιβάλλουν κυρώσεις (ποινικές ή διοικητικές) για τη χρήση ναρκωτικών, αλλά επιτρέπουν στα μέλη να ορίσουν εθνικά ρυθμιστικά μέτρα.

Οι συμβάσεις είναι πιο περιοριστικές όσον αφορά την κατοχή, την απόκτηση ή την καλλιέργεια για προσωπική χρήση. Το άρθρο 33 της ενιαίας σύμβασης του 1961 αναφέρει ότι «τα συμβαλλόμενα μέρη δεν επιτρέπουν την κατοχή ναρκωτικών παρά μόνο με βάση την εξουσιοδότηση» (και, στις εγκεκριμένες περιπτώσεις, αποκλειστικά για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς) ενώ το άρθρο 36 παράγραφος 1 υποχρεώνει τα συμβαλλόμενα μέρη να ανακηρύξουν την κατοχή ως αξιόποινη πράξη. Όσον αφορά την υποχρέωση ποινικοποίησης της κατοχής, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι γίνεται διάκριση μεταξύ κατοχής για προσωπική χρήση και κατοχής για εμπορία. Ακολουθεί η σύμβαση του 1988 που ορίζει ότι ένα κράτος μέλος θα πρέπει να θεωρεί την κατοχή για προσωπική χρήση ως εγκληματική πράξη, αλλά παρόλα αυτά η διάταξη αυτή «υπόκειται στις συνταγματικές της αρχές και στις βασικές έννοιες του νομικού της συστήματος» Δεδομένο των διαφορετικών ερμηνειών της «εγκληματικής πράξης», υπάρχει μεγάλη ποικιλία απαντήσεων στα εθνικά νομικά συστήματα όπου πλην των στερητικών της ελευθερίας ποινών προβλέπονται εναλλακτικές λύσεις για την καταδίκη ή την τιμωρία

Οι συμβάσεις του ΟΗΕ δίνουν έμφαση σε μεγάλο βαθμό στα μέτρα ελέγχου για το (διεθνές) παράνομο εμπόριο, αφήνοντας έτσι αμφισβητήσιμο για πολλούς εάν η πρόθεση του νομοθέτη είναι η ποινικοποίηση της απλής κατοχής.

Συμπερασματικά, οι συμβάσεις απαγορεύουν τη χρήση και τη κατοχή ναρκωτικών ουσιών, ωστόσο δεν επιβάλλουν ρητώς η χρήση ναρκωτικών να αποτελεί αξιόποινη πράξη, μολονότι κάθε χώρα έχει τη δυνατότητα να ορίσει την απλή χρήση ναρκωτικών ως ποινική παράβαση, αν το επιλέξει. Η κατοχή περιγράφεται ως εγκληματική πράξη αφήνοντας τις εθνικές νομοθεσίες να ορίσουν την τιμωρία.

#### **A.5.2. Δέσμευση κρατών για τον έλεγχο της κάνναβης – και σε ποιο βαθμό**

Η κάνναβη υπόκειται υπό διεθνή έλεγχο από τη Δεύτερη Σύμβαση Οπίου του 1925 (Κοινωνία των Εθνών, 1925). Στο άρθρο 1, αναφερόταν ως «ινδική κάνναβη», η οποία κάλυπτε μόνο τις αποξηραμένες ή καρποφόρες κορυφές του θηλυκού φυτού, διότι αυτές θεωρήθηκαν ιδιαίτερα πλούσιες στη «φαρμακευτικά ισχυρή δραστική ρητίνη». Το 1925 η σύμβαση απαγόρευσε την εξαγωγή ρητίνης κάνναβης σε χώρες που απαγόρευαν τη χρήση της (άρθρο 11 στοιχείο α) και απαιτούσε εσωτερικούς ελέγχους και κυρώσεις για μη εξουσιοδοτημένη κατοχή εκχυλίσματος κάνναβης και βάμματος (άρθρα 4, 7). Σύμφωνα με τη σύμβαση, οι τυχόν παραβιάσεις των εθνικών νομοθεσιών πρέπει να τιμωρούνται με «επαρκείς» κυρώσεις (άρθρο 28). Βάσει της σύμβασης του 1988 κλήθηκαν επίσης οι χώρες να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη της παράνομης καλλιέργειας κάνναβης και την εξάλειψη των εγκαταστάσεων κάνναβης στην επικράτειά τους (άρθρο 14).

Με τη συνθήκη του 1961 η κάνναβη τίθεται στο πίνακα I, ως ουσία οι ιδιότητες της οποίας προκαλούν εξάρτηση και παρουσιάζει σοβαρό κίνδυνο κατάχρησης, περιλαμβάνεται επίσης στο πίνακα IV, όπου περιλαμβάνονται οι πλέον επικίνδυνες ουσίες, λόγω των κινδύνων κατάχρησης, των ιδιαίτερα επιβλαβών χαρακτηριστικών τους και της εξαιρετικά περιορισμένης ιατρικής ή θεραπευτικής τους αξίας. Η «διπλή» κατάταξη των ουσιών φαίνεται να επιδιώχθηκε από τους νομοθέτες ώστε να τονιστεί η απειλή για τη δημόσια υγεία που προκαλούν οι ουσίες αυτές, αλλά έχει επίσης ως συνέπεια τον περιορισμό της ενδεχόμενης χρήσης τους για ιατρικούς σκοπούς. Οι εμπορικοί περιορισμοί είναι διαφορετικοί για κάθε Πίνακα, αλλά είναι επίσης ελαφρώς διαφορετικοί για κάθε Σύμβαση. Ως εκ τούτου, η THC υπόκειται σε διαφορετικούς εμπορικούς περιορισμούς από το φυτικό υλικό στο οποίο απαντάται φυσιολογικά.

Στις 24 Ιανουαρίου 2019, ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας απέστειλε επιστολή στον Γενικό Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών, συνιστώντας, μεταξύ άλλων, την αναπροσαρμογή της κάνναβης και των συναφών ουσιών στο διεθνές πλαίσιο ελέγχου των ναρκωτικών. Οι αλλαγές αναφέρεται ότι διευκολύνουν το εμπόριο αυτών των ουσιών για φαρμακευτικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Συγκεκριμένα η επιστημονική Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προτείνει την αφαίρεση της κάνναβης και της ρητίνης κάνναβης από τον Πίνακα IV ( Παραμονή στον Πίνακα I), καθώς δεν είναι «ιδιαίτερα επιβλαβές» (για παράδειγμα: η χρήση δεν συνδέεται με σημαντικό κίνδυνο θανάτου). Επίσης προτείνει τα "Αποσπάσματα και βάμματα" να αφαιρεθούν από τις συμβάσεις, καθώς πρόκειται για περίπλοκο όρο ερμηνείας, που καλύπτει παρασκευάσματα που έχουν ψυχοδραστικές ιδιότητες καθώς και

εκείνα που δεν το κάνουν. Στην πραγματικότητα, αυτό θα αντικατασταθεί από μια νέα εγγραφή στο παράρτημα III της σύμβασης του 1961 σχετικά με το Cannabis Pharmaceuticals, το οποίο δεν ενέχει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Για την Delta-9-THC / dronabinol προτείνει διαγραφή από τον Πίνακα II της Σύμβασης του 1971 και μετάβαση στη Σύμβαση του 1961 στο Πίνακα I (με κάνναβη και ρητίνη κάνναβης). Αυτή θα είναι μια παρόμοια προσέγγιση όπως για τα φύλλα κόκας / κοκαΐνη και οπίου / μορφίνη. Για τα Ισομερή THC προτείνει διαγραφή από τον Πίνακα I της Σύμβασης του 1971 και μετάβαση στον Πίνακα I της Σύμβασης του 1961, με βάση τις τρέχουσες γνώσεις. Όσον αφορά την Κανναβιδιόλη (CBD) προτείνεται να προστεθεί μια υποσημείωση ότι τα προϊόντα που περιέχουν κατά κύριο λόγο CBD και όχι περισσότερο από 0,2% Delta-9-THC δεν υπόκεινται σε διεθνή έλεγχο. Αποκλείοντας τα ρητά, καθώς δεν υπάρχει σχετικός κίνδυνος για τη δημόσια υγεία.

Αυτές οι προτάσεις επρόκειτο να ψηφιστούν από την Επιτροπή για τα ναρκωτικά στη σύνοδο του Μαρτίου του 2019, αλλά η ψηφοφορία αναβλήθηκε επειδή οι συστάσεις καθυστέρησαν και δεν δόθηκε αρκετός χρόνος στα Μέλη να τις μελετήσουν οπότε αναβάλλεται η εξέταση για το 2020.

#### **A.5.2.1 Τι είδους κάνναβη ελέγχεται από τις αρμόδιες αρχές**

Το φυτό κάνναβης συνήθως ελέγχεται όταν είναι σε θέση να παράγει τη ψυχοδραστική ουσία της δέλτα-9-τετραϋδροκανναβινόλης (THC), αλλά ορισμένες χώρες ελέγχουν όλα τα στελέχη του φυτού, ακόμη και εκείνα όπου η περιεκτικότητα σε THC είναι αμελητέα. Στην αγορά ναρκωτικών, η κάνναβη πωλείται σε ακατέργαστη (φυτό) και κατεργασμένη (ρητίνη) μορφή.

Οι διεθνείς συνθήκες απαιτούν τον έλεγχο όλου του φυτού, αν και σε χώρες ενδέχεται να υπάρξουν εξαιρέσεις για τα φυτά που έχουν περιεκτικότητα σε THC που δεν υπερβαίνει το 0,2% που χρησιμοποιούνται για ίνες (κλωστική κάνναβη).

#### **A.5.2.2. Η χρήση κάνναβης ως αδίκημα**

Όσον αφορά την ΕΕ η χρήση της κάνναβης, σε ορισμένες χώρες, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης (π.χ. Γαλλία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Κύπρος, Νορβηγία, Σουηδία και Φινλανδία), είτε θεωρείται διοικητική παράβαση και τιμωρείται με πρόστιμο ή με άλλο μέτρο (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία και την Πορτογαλία, επίσης στην Ισπανία, εάν η χρήση πραγματοποιείται σε δημόσιο χώρο). Παρότι που στις περισσότερες νομοθεσίες προβλέπεται τιμωρία στην πραγματικότητα όπως θα εξετάσουμε και παρακάτω ακολουθούνται διαφορετικές διαδικασίες ανάλογα την περίπτωση.

#### **A.5.2.3. Ποινικά μέτρα για κατοχή μικρής ποσότητας κάνναβης**

Σε ορισμένα κράτη στον κόσμο, η κατοχή και μία μικρής ποσότητας κάνναβης αποτελεί αδίκημα και επισύρει τιμωρία.

Στην Αμερικάνικη Ήπειρο η χρήση και κατοχή κάνναβης έχει πλήρως νομιμοποιηθεί.

Όσον αφορά την Ευρώπη, σε γενικές γραμμές, από το 2000 υπήρξε μια τάση να μειωθεί η πιθανότητα φυλάκισης για τα αδικήματα της χρήσης και κατοχής. Σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, ελλείπει επιβαρυντικών περιστάσεων, ο νόμος δεν επιτρέπει τη φυλάκιση σε περίπτωση κατοχής μικρών ποσοτήτων κάνναβη για προσωπική χρήση.

Στη Βουλγαρία, την Κροατία, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ιταλία, τη Μάλτα, την Πορτογαλία, τη Σλοβενία και την Ισπανία, η προσέγγιση αυτή εφαρμόζεται σε όλα τα ναρκωτικά, ενώ στο Βέλγιο, την Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο ισχύει μόνο για την κάνναβη.

Ενώ η ποινή φυλάκισης είναι δυνατή σύμφωνα με το νόμο, σε αρκετές χώρες, οι αρχές επιβολής του νόμου όπως η αστυνομία ή οι εισαγγελικές/δικαστικές αρχές έχουν την τάση να χρησιμοποιούν μη στερητικές της ελευθερίας ποινές ή προβλέψεις για υφ'όρον απόλυση σε υποθέσεις κατοχής, για «προσωπική χρήση» λχ στη Δανία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και στην χώρα μας. Η μη ποινική τιμωρία συνήθως μεταφράζεται στην επιβολή χρηματικού προστίμου.

#### **A.5.2.4. Ιατρική χρήση του φυτού της κάνναβης**

Από το 1996, σε ορισμένες πολιτείες της Αμερικής, έχουν θεσπιστεί νόμοι που αφαιρούν τυχόν ποινικές κυρώσεις για τους ασθενείς που πληρούν ορισμένα κριτήρια (δηλ. που χρησιμοποιούν κάνναβη μετά από τη σύσταση ή πιστοποίηση ιατρού) για καλλιέργεια, κατοχή και χρήση της κάνναβης. Για παράδειγμα, στην Καλιφόρνια οι ποινικές κυρώσεις που ισχύουν για τη χρήση κάνναβης δεν εφαρμόζονται σε περιπτώσεις, όπως μια "εξουθενωτική ασθένεια», «χρόνια ασθένεια» ή και για οποιαδήποτε άλλη ασθένεια για την οποία η «καπνιστή» κάνναβη δύναται να παρέχει ανακούφιση.

Κανένα κράτος μέλος της Ε.Ε. δεν επιτρέπει την ιατρική χρήση της καπνιστής κάνναβης με κύρια ρητορική που βασίζεται στους πιο κάτω λόγους:

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA), η χρήση κάνναβης για ιατρικούς σκοπούς παρόλο που αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και τα συμπεράσματα των διαθέσιμων επιστημονικών μελετών είναι αντικρουόμενα.

- Χρήση φαρμακοσκευασμάτων.

Η κάνναβη κάνει την εμφάνιση της στο χώρο της φαρμακοβιομηχανίας με αδειοδοτημένα φάρμακα με περιεκτικότητα Δέλτα – 9 – THC όπως ταμπλέτες, εκχυλίσματα κάνναβης σε σπρέι διά του στόματος, και αποξηραμένα φύλλα κάνναβης για παρασκευή τσαγιού και θεωρείται αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή κυρίως για (α) τη θεραπεία του χρόνιου πόνου, και για (β) τη βελτίωση των συμπτωμάτων της σπαστικότητας της κατά πλάκας σκλήρυνσης.

## **B. Μέρος Δεύτερο-Ανάλυση**

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας θα μελετήσουμε τα στοιχεία που συλλέξαμε, από Χώρες-παραδείγματα που εφαρμόζουν τα μοντέλα της αποποινικοποίησης και της νομιμοποίησης. Η ανάλυση των στοιχείων του κάθε μοντέλου θα γίνει βάσει των πέντε βασικών στρατηγικών στόχων της πολιτικής για τα ναρκωτικά, που επιλέξαμε όπως προαναφέραμε, ήτοι:

- Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας
- Προστασία της δημόσιας ασφάλειας του Κράτους
- Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας
- Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων
- Κόστος και ωφέλεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών καθώς και λοιποί οικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν και τα οικονομικά κόσθη υιοθέτησης και εφαρμογής μίας νέας πολιτικής.

Για την αξιολόγηση των επιλεγμένων στόχων της πολιτικής επιλέχθηκαν επιμέρους μετρήσιμοι δείκτες.

Συγκεκριμένα:

Για τον Στόχο Α της προστασίας και βελτίωσης της δημόσιας υγείας θα μελετηθούν:

Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση.

Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας)

Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Για τον Στόχο Β της προστασίας της δημόσιας ασφάλειας θα μελετηθούν:

Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά

Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος

Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες

Δείκτης 4: Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία

Για τον Στόχο Γ της βελτίωσης της ανάπτυξης της κοινωνίας θα μελετηθούν:

Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα

Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά

Δείκτης 3: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών

Για τον Στόχο Δ της προστασίας της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων θα μελετηθούν:

Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό.

Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι



Για τον Στόχο Ε του κόστους και ωφέλειας παρεχόμενων Υπηρεσιών, θα μελετηθούν διαθέσιμα στοιχεία για κόστη υγείας, κόστη ποινικής δικαιοσύνης και ωφέλεια των διαφορετικών μοντέλων πολιτικής για τα Ναρκωτικά

Για το μοντέλο της αποποινικοποίησης θα μελετήσουμε την Πορτογαλία όπου ισχύει η αποποινικοποίηση της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση από το 2001. Ενώ για το μοντέλο της νομιμοποίησης (ελεύθερης ρυθμιζόμενης αγοράς) θα μελετήσουμε το παράδειγμα του Κολοράντο όπου έχει επιτραπεί η χρήση και παραγωγή κάνναβης για ψυχαγωγική χρήση από το 2013.

### **B.1. Ανάλυση Μοντέλου I- Αποποινικοποίηση-Περιγραφή και Προσεγγίσεις Πολιτικής**

Όπως προαναφέρθηκε στο πλαίσιο των απαγορευτικών μέτρων των συμβάσεων του ΟΗΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών υφίσταται ένα περιθώριο ευελιξίας στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών. Αρκετά κράτη βασιζόμενα στα όρια της ερμηνείας ορισμένων διατάξεων της συνθήκης υιοθέτησαν νέες πρακτικές και μέτρα κυρίως στην πολιτική που σχετίζεται με την κάνναβη, τα οποία διαφοροποιούνται από την παραδοσιακή κατασταλτική και μη επιτρεπτική προσέγγιση για την επιβολή της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.

Η προσέγγιση της αποποινικοποίησης, συνεπάγεται την απαλοιφή των ποινικών κυρώσεων, οπότε ορισμένες πράξεις που αφορούν τα ναρκωτικά αποεγκληματοποιούνται. Ανά τις εθνικές νομοθεσίες, παρατηρείται μία ποικιλία δέσμης μέτρων όπου καταργείται η ποινική τιμωρία για την κατοχή για προσωπική χρήση ή ακόμα και για την αγορά ουσιών και την καλλιέργεια φυτών για προσωπική χρήση. Σήμερα πάνω από 40 χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν θεσπίσει κάποιο μέτρο αποποινικοποίησης που αφορά είτε τη χρήση είτε και την παραγωγή για ορισμένες ναρκωτικές ουσίες.

Στόχευση της πολιτικής της αποποινικοποίησης είναι να δοθεί τέλος στη τιμωρία των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, παρέχοντας παράλληλα ένα υποστηρικτικό και έννομο περιβάλλον όπου οι υπηρεσίες υγείας δύναται να χρησιμοποιηθούν από τους χρήστες χωρίς τον φόβο του στιγματισμού είτε της συλλήψεως τους.

Οι προσεγγίσεις της αποποινικοποίησης μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο τύπους - *de jure* και *de facto*. Στον πρώτο τύπο, η άρση των ποινικών κυρώσεων πραγματοποιείται μέσω θεσμοθετημένης πρόβλεψης, δηλαδή μέσω της κατάργησης της ποινικής προσέγγισης μέσω νομοθετικής αναθεώρησης. Σε ένα *de facto* μοντέλο, μολονότι η χρήση ναρκωτικών εξακολουθεί να αποτελεί ποινική παραβίαση της νομοθεσίας μιας χώρας, στην πράξη οι άνθρωποι δεν διώκονται πλέον από τις αρχές κατόπιν παραδεδεγμένων πρακτικών (για παράδειγμα, στην Ολλανδία η αστυνομία δεν συλλαμβάνει τους χρήστες). Αντί των ποινικών κυρώσεων δύναται να επιβληθούν διοικητικά μέτρα π.χ πρόστιμο, αφαίρεση άδειας οδηγήσεως ή ασκήσεως επαγγέλματος.

Ενώ η μεταρρύθμιση μέσω νομοθετικής αλλαγής (*de jure*) δύναται να διαρκέσει αρκετά χρόνια, η *de facto* αποποινικοποίηση μπορεί να εφαρμοστεί σχετικά γρήγορα μέσω ρεαλιστικών πολιτικών προσαρμογών. Ωστόσο, μια *de*

facto πολιτική αποποινικοποίησης μπορεί επίσης να αντιστραφεί ευκολότερα, για παράδειγμα, όταν υπάρχει αλλαγή στη διακυβέρνηση μίας χώρας.

Η αποποινικοποίηση ως προσέγγιση πολιτικής για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων δεν πρέπει να συγχέεται με την επιλογή του νομοθέτη να αναγνωρίζει την ουσιοεξάρτηση ως λόγος ειδικής μεταχείρισης του παραβάτη δηλαδή, όπου η νομοθεσία προβλέπει μεν ποινή, η ύπαρξη της εξάρτησης να έχει ως αποτέλεσμα ο παραβάτης είτε να μένει τελικά ατιμώρητος είτε να του επιβάλλεται μικρότερη ποινή ή εναλλακτική ποινή.

Για την καλύτερη κατανόηση αυτής της προσέγγισης θα μελετήσουμε το μοντέλο της Πορτογαλίας.

### **B.1.2. Πορτογαλία-Αποποινικοποίηση της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση.**

Πιθανώς το πιο γνωστό παράδειγμα αποποινικοποίησης της χρήσης στην Ευρώπη είναι η Πορτογαλία, η οποία αποποινικοποίησε τη χρήση, την απόκτηση και κατοχή όλων των ναρκωτικών ουσιών προοριζόμενων για προσωπική κατανάλωση το 2001 (EMCDDA, 2011). Οι ποσότητες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τη συνολική ποσότητα που θα καταναλώσει ένας μέσος χρήστης σε δέκα ημέρες. Η Πορτογαλική διακυβέρνηση προκειμένου να διασφαλίσει ότι η νέα πολιτική θα παρέμενε στο πλαίσιο " της διεθνούς πολιτικής για τα ναρκωτικά", σεβόμενη τις σχετικές διατάξεις της Σύμβασης του 1988 για τον περιορισμό της κατοχής, αντικατέστησε τις ποινικές κυρώσεις με διοικητικές, διατηρώντας τη διεθνή υποχρέωση να απαγορεύει αυτές τις δραστηριότητες και συμπεριφορές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η χρήση ναρκωτικών, η απόκτηση και η κατοχή για προσωπική κατανάλωση να παύουν να θεωρούνται ποινικό αδίκημα, παρόλο που οι διοικητικές κυρώσεις εξακολουθούν να εφαρμόζονται από ειδικούς φορείς που έχουν συσταθεί στο υπουργείο Υγείας ήτοι τις Ειδικές Επιτροπές για την Αποτροπή της Τοξικομανίας.

Μολονότι η διεθνής κοινότητα ήταν αρχικά εχθρική, το 2005 η επιτροπή για το διεθνή έλεγχο των ναρκωτικών (INCB) δέχθηκε ότι η πορτογαλική πολιτική ήταν νόμιμη, καθώς η κατοχή ναρκωτικών εξακολουθούσε να απαγορεύεται, ακόμη και αν οι κυρώσεις ήταν διοικητικές παρά ποινικές, αναγνωρίζοντας ότι "η πρακτική απαλλαγής ποινικής διώξεως της κατοχής μικρών ποσοτήτων ναρκωτικών είναι σύμφωνη με τις διεθνείς συμβάσεις ελέγχου των ναρκωτικών".

Οπότε πρακτικά, σύμφωνα με την Πορτογαλική Νομοθεσία, όταν συλληφθεί κάποιος να κατέχει ναρκωτικές ουσίες, η αστυνομία τον παραπέμπει στις περιφερειακές επιτροπές αποτροπής εξάρτησης, οι οποίες αποτελούνται από τρεις επαγγελματίες - έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν νομικό σύμβουλο και έναν ιατρικό επαγγελματία - υποστηριζόμενοι από μια ομάδα τεχνικών εμπειρογνομώνων. Η Επιτροπή παρέχει στους παραπεμπόμενους χρήστες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών, παρέχει πληροφορίες και ενημέρωση για τις επικίνδυνες ουσίες και τα πρότυπα χρήσης και ενθαρρύνει τα άτομα που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά να αρχίσουν θεραπεία. Η Επιτροπή δύναται να επιβάλλει μέτρα όπως η κοινωνική εργασία, η αναστολή των επαγγελματικών αδειών και οι απαγορεύσεις συμμετοχής σε καθορισμένους τόπους, αλλά και να προτείνει προγράμματα μείωσης της βλάβης, θεραπείας ή

εκπαίδευσης, καθώς και παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης για όσους έχουν ανάγκη. Από το 2002 έως σήμερα, οι Επιτροπές Αποτροπής Εξάρτησης εξυπηρετούν περίπου 6.000 περιπτώσεις ανά έτος.

Βασιζόμενοι στο μοντέλο αξιολόγησης βάσει στοχεύσεων και επιμέρους μετρήσιμων δεικτών ακολουθεί η ανάλυση δεδομένων.

### **B.1.3. Πορτογαλία-Αξιολόγηση βάσει στοχεύσεων και επιμέρους δεικτών**

Προκειμένου να είμαστε σε θέση να εξάγουμε συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του μέτρου της αποποινικοποίησης θα μελετήσουμε τα στοιχεία πριν και μετά την υιοθέτηση του νέου μοντέλου.

Συγκεκριμένα τον Νοέμβριο του 2000 εγκρίθηκε ο νόμος 30/2000 που τέθηκε σε ισχύ από τον Ιούλιο του 2001 και προβλέπει την αποποινικοποίηση της χρήσης, της προμήθειας και της κατοχής για προσωπική κατανάλωση ναρκωτικών. Εντούτοις, ένα άτομο που χρησιμοποιεί ή διαθέτει μικρή ποσότητα ναρκωτικών για προσωπική χρήση και όπου δεν υπάρχει υποψία εμπλοκής του σε διακίνηση ναρκωτικών, δεν θα συλληφθεί αλλά θα παραπεμφθεί και θα αξιολογηθεί από την τοπική Επιτροπή για την Αποτροπή της Εξάρτησης. Στο άτομο μπορούν να εφαρμοστούν κυρώσεις, αλλά ο κύριος στόχος είναι να διερευνηθεί η ανάγκη για θεραπεία και να προωθηθεί η υγιής αποκατάσταση.

Η πράξη της διακίνησης ναρκωτικών μπορεί να επιφέρει ποινή φυλάκισης 1-5 ή 4-12 ετών, ανάλογα με συγκεκριμένα κριτήρια, εκ των οποίων η μία είναι η φύση της διακινούμενης ουσίας. Η ποινή μειώνεται για τους χρήστες που πωλούν ναρκωτικά για να χρηματοδοτήσουν τη δική τους χρήση.

Με το νομοθετικό διάταγμα 54/2013 που εγκρίθηκε τον Απρίλιο του 2013, η Πορτογαλική Κυβέρνηση λαμβάνει συμπληρωματικά μέτρα απαγορεύοντας την παραγωγή, εξαγωγή, διαφήμιση, διανομή, πώληση ή η απλή διανομή νέων ψυχοτρόπων ουσιών (NPS), που αναφέρονται στον κατάλογο που συνοδεύει το νομοθετικό διάταγμα 54/2013. Ειδικά για αδικήματα που σχετίζονται με τις νέες ψυχοτρόπες ουσίες δύναται να επιβληθούν διοικητικές κυρώσεις, συμπεριλαμβανομένων των προστίμων μέχρι 45.000 ευρώ, ενώ το άτομο που καταλαμβάνεται με ποσότητες NPS και δεν υπάρχει υποψία ότι έχει διαπράξει άλλο αδίκημα παραπέμπεται επίσης στην τοπική Επιτροπή για την Αποτροπή της Εξάρτησης.

#### **B.1.3.1. Στόχος A: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας:**

##### **Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση.**

Η κάνναβη είναι συστηματικά η πρώτη ουσία κατάχρησης στην Πορτογαλία, ανεξάρτητα από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και τον τόπο διαμονής.

Όσον αφορά την κατάχρηση κάνναβης, στοιχεία που περιλαμβάνονται στην έρευνα του γενικού πληθυσμού 2016/17 (*SICAD, 2018*) καταδεικνύουν ότι περίπου το 0,7% σε ηλικίες 15 έως 64 ετών θεωρούνται ως χρήστες κάνναβης υψηλής επικινδυνότητας.

Ειδικότερα από την έρευνα προέκυψε:

- 2,8% του δείγματος κάνουν συχνή χρήση κάνναβης, ήτοι 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα μέσα στο τελευταίο έτος. Μεταφραζόμενο σε 218.612 άτομα (187.381-249.842)
- 2,6% του δείγματος κάνουν πολύ συχνή χρήση, ήτοι καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά μέσα στον τελευταίο μήνα. Μεταφραζόμενο σε 202.997 (179.574-226.419).
- 0,7% κατατάσσονται σε υψηλής επικινδυνότητας χρήστες. Μεταφραζόμενο σε 54.653 (39.038-70.268).

Τα ποσοστά της υψηλής επικινδυνότητας χρήσης κάνναβης παραμένουν σταθερά κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ωστόσο αύξηση μεγάλη καταγράφεται στη συχνή και πολύ συχνή χρήση. (βλέπε Πίνακα 1)

| <b>Ηλικίες</b>  | <b>15-64</b>    |                 | <b>15-74 ετών</b> |  |
|---|-----------------|-----------------|-------------------|--|
|   | <b>ετών</b>     |                 |                   |  |
| <b>Έτη</b>  | <b>2007 (%)</b> | <b>2012 (%)</b> | <b>2017 (%)</b>   |  |
| <b>Συχνή χρήση:</b> κάνναβη 4 η περισσότερες φορές την εβδομάδα μέσα στο τελευταίο έτος.  | 1.3             | 0.6             | 2.8               |  |
| <b>Πολύ συχνή χρήση:</b> καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά κάνναβη μέσα στον τελευταίο μήνα. | 1.6             | 0.6             | 2.6               |  |
| <b>υψηλής επικινδυνότητας χρήση</b>   | 0.8             | 0.6             | 0.7               |  |

Πηγή: (Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C., 2013 and 2017), (SICAD-2016)

Πίνακας 1: Στοιχεία κατάχρησης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό στη Πορτογαλία

Λαμβάνοντας υπόψη το κριτήριο της συχνότητας χρήσης, με βάση τη συχνότητα χρήσης του τελευταίου έτους (κάθε μέρα / 4 έως 6 φορές την εβδομάδα / 2 έως 3 φορές την εβδομάδα / 2 έως 4 φορές το μήνα / μία φορά το μήνα / πιο σπάνια) ή στην ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα χρήσης τελευταίου μήνα (καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά / αρκετές φορές την εβδομάδα / τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα / μία φορά την εβδομάδα) εκτιμάται ότι το ποσοστό των πορτογάλων που παρουσιάζουν συχνότερη κατανάλωση κυμαίνονται μεταξύ 2,2% και 3,1%.

Αν και το ποσοστό επικράτησης της χρήσης της κάνναβης στην Πορτογαλία όπως θα δούμε ακολούθως είναι χαμηλότερος από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, η επικράτηση του συχνότερου τρόπου χρήσης φαίνεται να είναι υψηλότερη, καθόσον σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά (2018), το ποσοστό των Ευρωπαίων με καθημερινή / σχεδόν καθημερινή χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες εκτιμάται στο 1%.

Ωστόσο, όπως προκύπτει και από τα στοιχεία του Πίνακα 1, το 2012 σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2007 το ποσοστό των συχνών χρηστών κάνναβης κατέγραψε μείωση, η οποία όμως δεν διατηρήθηκε, καθόσον το 2016/17 το

ποσοστό των κατοίκων της Πορτογαλίας με αυτό το πρότυπο κατανάλωσης τετραπλασιάστηκε σε σύγκριση με το 2012.

## **Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας)**

Στην Πορτογαλία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και υποστήριξης σε άτομα που αναζητούν θεραπεία από την κατάχρηση ουσιών από ένα εθνικό ενιαίο δίκτυο που καλύπτει τις εθιστικές συμπεριφορές και εξαρτήσεις. Στο δίκτυο περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών δημόσιων εξειδικευμένων κέντρων θεραπείας για την εξάρτηση από ουσίες, υπό την αιγίδα των περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών θεραπείας που έχουν αδειοδοτηθεί για την παροχή φροντίδας. Οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν και είναι προσίτες σε όλους όσους χρησιμοποιούν ναρκωτικά και αναζητούν θεραπεία. Το δίκτυο προβλέπει τρία επίπεδα φροντίδας: (i) υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, (ii) εξειδικευμένη περίθαλψη, κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς και (iii) διαφοροποιημένη κλειστή περίθαλψη, κυρίως σε χώρους νοσηλείας (μονάδες αποτοξίνωσης, θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα ημέρας ή / και εξειδικευμένη ψυχική ή σωματική υγειονομική περίθαλψη).

Η θεραπεία εξωτερικών ασθενών είναι διαθέσιμη και στα τρία επίπεδα φροντίδας, ωστόσο, παρέχεται κυρίως σε εξειδικευμένες μονάδες θεραπείας και μονάδες άμεσης ανταπόκρισης. Αυτές οι δομές είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής για τους εξυπηρετούμενους. Από εκεί, οι παραπομπές γίνονται σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες αποτοξίνωσης ή θεραπευτικές κοινότητες. Όλα τα κέντρα παρέχουν ψυχοκοινωνική περίθαλψη και θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών (OST).

Η κλειστή περίθαλψη παρέχεται κυρίως μέσω υπηρεσιών φροντίδας τρίτου-επιπέδου. Περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμη θεραπεία αποτοξίνωσης (συνήθως 7-10 ημέρες), η οποία διατίθεται σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες απεξάρτησης. Υπάρχουν επίσης θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίες συνήθως παρέχουν προγράμματα 3 έως 12 μηνών. Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι κυρίως ιδιωτικές και χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Ένα πρόγραμμα εκτεταμένης διάρκειας (έως τρία χρόνια) είναι διαθέσιμο σε εξυπηρετούμενους που χρειάζονται μακροπρόθεσμες υπηρεσίες υποστήριξης, ενώ ειδικά προγράμματα θεραπείας για άτομα που χρησιμοποιούν κάνναβη και κοκαΐνη έχουν επίσης τεθεί σε λειτουργία.

Το 2017, συνολικά 27.150 εξυπηρετούμενοι έλαβαν θεραπεία και η πλειοψηφία τους αντιμετωπίστηκε σε εξωνοσοκομειακές δομές. Από τους 3.307 νέους εξυπηρετούμενους του 2017, το 54% ερχόταν σε επαφή με πρόγραμμα θεραπείας για πρώτη φορά. Ο αριθμός των επανεισαγωγών σε προγράμματα σταδιακά μειώνεται από το 2012, ενώ ο αριθμός των νεοεισερχομένων για πρώτη φορά είναι σταθερός κατά την περίοδο αυτή (Πίνακας 2). Ωστόσο από το 2012, καταγράφεται μία αύξηση του ποσοστού των εισαγωγών όπου ο ασθενής δηλώνει ως κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη. (βλέπε Σχέδιο 1)

|                                  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Σύνολο ατόμων σε θεραπεία</b> | 31622 | 33733 | 33106 | 31248 | 29781 | 29062 | 28133 | 27689 | 26993 | 27834 | 27150 |
| <b>Νέες Αιτήσεις</b>             | 3064  | 3109  | 2359  | 1514  | 1715  | 2001  | 1985  | 1950  | 2024  | 2090  | 1769  |
| <b>Επαναεισδοχές</b>             | 1089  | 1260  | 1296  | 2568  | 2376  | 4012  | 2154  | 1803  | 1365  | 1204  | 1538  |

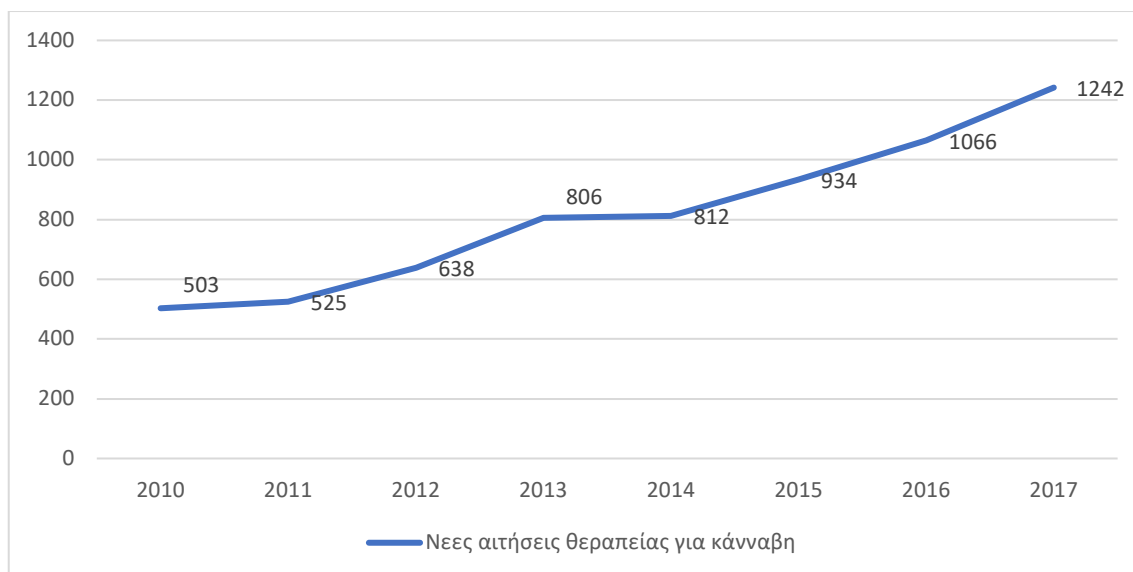
Πίνακας 2: Στοιχεία θεραπείας από Ναρκωτικά σε εξωνοσοκομειακές μονάδες στην Πορτογαλία (2007-2017)

Το 2017, από το σύνολο των ατόμων που λαμβάναν θεραπεία σε εξωτερικές δομές του δημόσιου δικτύου για προβλήματα σχετικά με την εξάρτηση, το 11% ήταν σε προγράμματα θεραπείας με αναφερόμενη κύρια ουσία κατάχρησης (δηλαδή την ουσία η οποία από την άποψη του ασθενούς του προκαλεί περισσότερα προβλήματα) την κάνναβη, το 8,8% για κοκαΐνη και το 72,6% για ηρωΐνη. (Πίνακας 3)

| Δομές<br>Εξυπηρετούμενοι |         | Εξωτερικές Δημόσιες Δομές |                   |                   | Ενδονοσοκομειακή<br>θεραπεία |                    | Θεραπεία<br>κοινοτήτες |       | σε<br>Ιδιωτικό<br>δίκτυο |
|--------------------------|---------|---------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|-------|--------------------------|
|                          |         | Σε<br>θεραπεία            | Νέες<br>εισαγωγές | Επανα<br>εισδοχές | Δημόσιο<br>δίκτυο            | Ιδιωτικό<br>δίκτυο | Δημόσιο<br>δίκτυο      |       |                          |
| Ουσία<br>Κατάχρη-<br>σης | κάνναβη | 11,0%                     | 52,8%             | 20,0%             | 4,1%                         | 3,4%               | 14%                    | 33,2% |                          |
|                          | κοκαΐνη | 8,8%                      | 21,2%             | 13,3%             | 19,1%                        | 42,0%              | 25,6%                  | 32,3% |                          |
|                          | ηρωΐνη  | 72,6%                     | 20,7%             | 60,6%             | 62,5%                        | 51,1%              | 46,5%                  | 27,6% |                          |

Πίνακας 3: Ποσοστά θεραπευμένων ανά πρόγραμμα και ουσία, Πορτογαλία 2017

Σημαντικό είναι να σχολιαστεί ότι τα άτομα που δέχονται θεραπεία για πρώτη φορά με αίτημα την κατάχρηση της κάνναβη αποτελούν το ήμισυ (52,8%) των νέων ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία για ουσίες, ενώ οι αιτήσεις για θεραπεία από κάνναβη σταδιακά αυξάνονται από το 2010.



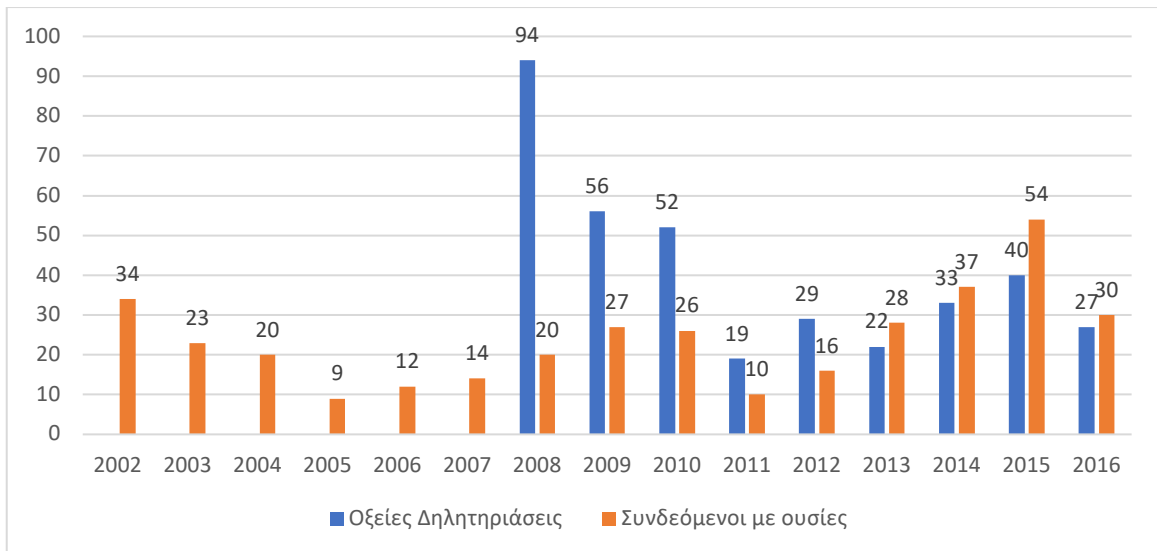
Σχέδιο 1: Αριθμός εισαγωγών σε θεραπεία με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, Πορτογαλία 2010-2017

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, 54.653 άτομα μεταξύ 15-74 ετών έχουν μέτρια / υψηλού κινδύνου κατανάλωση, ενώ σε θεραπευτικά προγράμματα βρίσκονται 2.986 άτομα, κατά συνέπεια μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (95%) των χρηστών κάνναβης υψηλού κινδύνου δεν καλύπτονται από κάποιο πρόγραμμα.

### Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Από τον Σχέδιο 2 προκύπτει μία σαφή μείωση των θανάτων που προέρχονται από άμεση δηλητηρίαση από ουσίες (Selection D), ωστόσο βαθμιαία αυξάνονται οι θάνατοι (Selection B) που προέρχονται από (i) ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (F codes ICD-10) (ii) δηλητηριάσεις τυχαίες ή εκ προθέσεως ή απροσδιόριστης πρόθεσης που οφείλονται σε ουσίες υπό τον κωδικό ICD10 ναρκωτικών (T40-0), οπιούχων, κανναβινοειδών, κοκαΐνης, άλλων διεγερτικών, των παραισθησιογόνων ή της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών, έως (T40-9) ή ψυχοδιεγερτικά (T43.6).

Όπως προκύπτει και από το Σχέδιο 2 σημειώνεται μεγάλη αυξητική τάση των θανάτων που προέρχονται από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές λόγω της χρήσης ουσιών, ωστόσο σημειώνεται ότι μόλις το 2013 ενεργοποιήθηκε η ηλεκτρονική έκδοση πιστοποιητικών θανάτου και από το 2014 καταχωρούνται στο σύστημα για πρώτη φορά όλοι οι θάνατοι της Χώρας, οπότε τα προηγούμενα χρόνια οι μικροί αριθμοί ίσως ευθύνονται και σε ελλιπής καταγραφή.



Σχέδιο 2: Θάνατοι συνδεόμενοι με χρήση Ναρκωτικών, Πορτογαλία 2002-2016

Τάση μείωσης έχουν, όπως προαναφέρθηκε, οι θάνατοι που ευθύνονται σε οξείες δηλητηριάσεις από λήψη ναρκωτικών ουσιών (βλ. Σχέδιο 2)

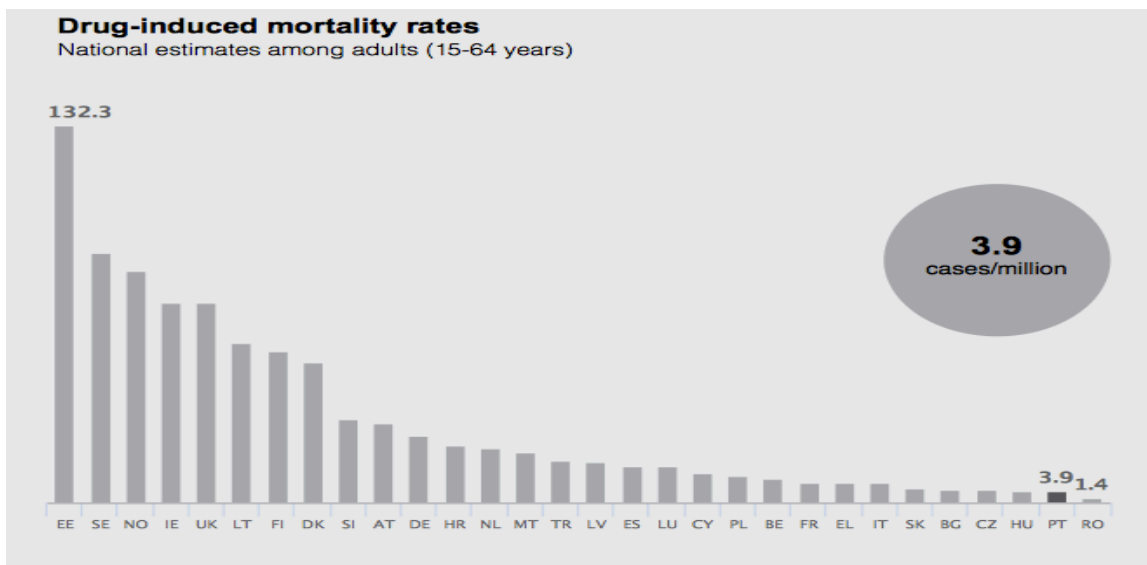
Το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας από χρήση για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν 3.9 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο

| Φύλο                 | Θάνατοι |
|----------------------|---------|
| Ανδρες               | 92.6%   |
| Γυναίκες             | 7.4%    |
| Έως 34 ετών          | 18.5%   |
| 34-49 3 ετών         | 59.3%   |
| Από 50 ετών και πάνω | 22.2%   |

Στην επικράτεια οι θάνατοι για τους οποίους υπάρχουν στοιχεία για το έτος 2016, αφορούν στην πλειονότητα τους άνδρες, ηλικίας 35-49 ετών.

Το 78% των θανάτων συνδέεται με τη χρήση οπιοειδών.

Πίνακας 4 : Θάνατοι ανά φύλο και ηλικιακό εύρος στην Πορτογαλία το 2016

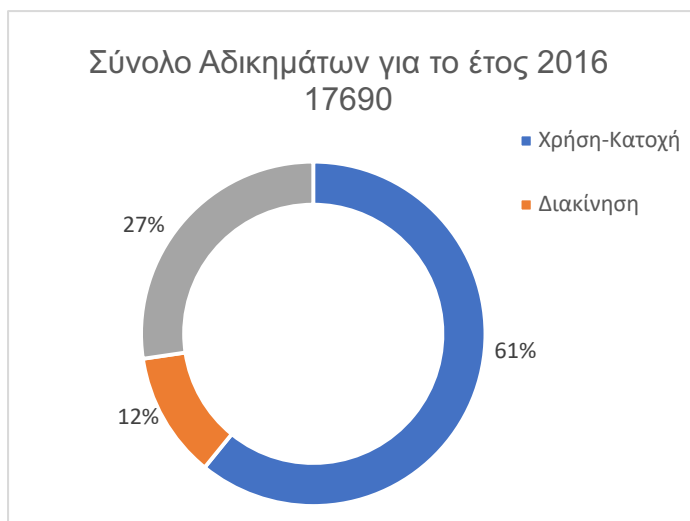


Σχέδιο 3: Μέσος όρος θανάτων από ναρκωτικά στην Ευρώπη



### Β.1.3.2. Στόχος Β: Προστασία της δημόσιας ασφάλειας

#### Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά



Το 2016, περίπου τα δύο τρίτα των αδικημάτων για τα Ναρκωτικά στην Πορτογαλία σχετίζονταν με την κατοχή. Η πλειονότητα των αδικημάτων συνδέονται με την κάνναβη, ακολουθούμενη από αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη και την ηρωΐνη (Σχέδιο 6). Οι υποθέσεις διακίνησης κάνναβης δεκαπλασιάζονται το 2016 σε σχέση με το 2008. (Σχέδιο 5)

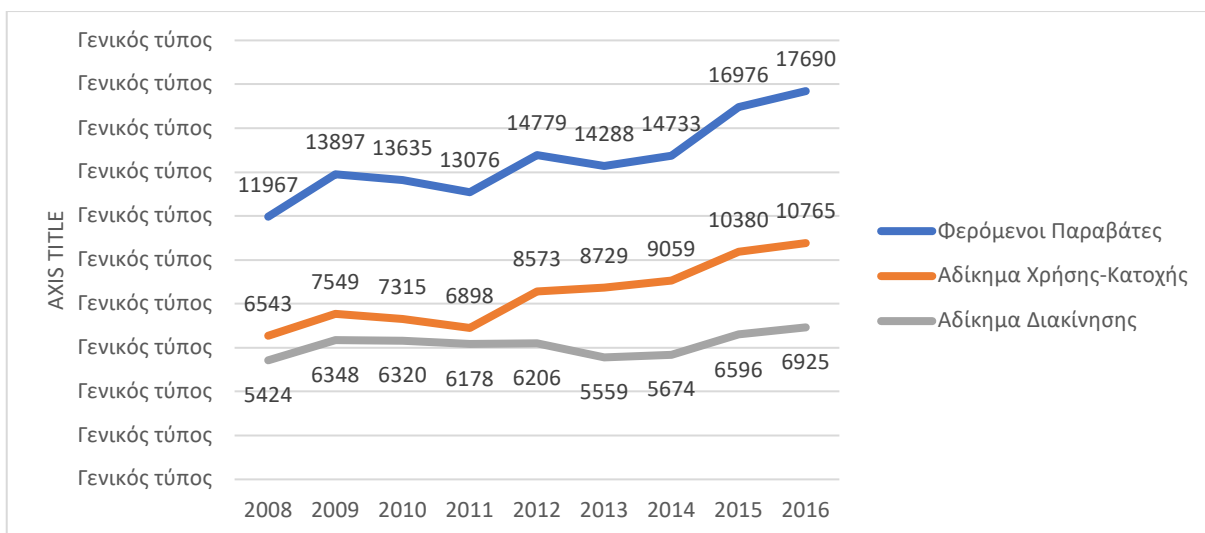
Βαθμιαία από το 2008 ο αριθμός των βεβαιωμένων πράξεων της περί Ναρκωτικών Νομοθεσίας, όσον αφορά τις παραβάσεις της χρήσης και της κατοχή αυξάνεται, παρότι η χρήση από μόνης δεν αποτελεί αδίκημα, σε αντίθεση με τις βεβαιωμένες πράξεις της διακίνησης, που παραμένουν σταθερές. (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Συλλήψεις για παραβάσεις κάνναβης, Πορτογαλία 2012-2017

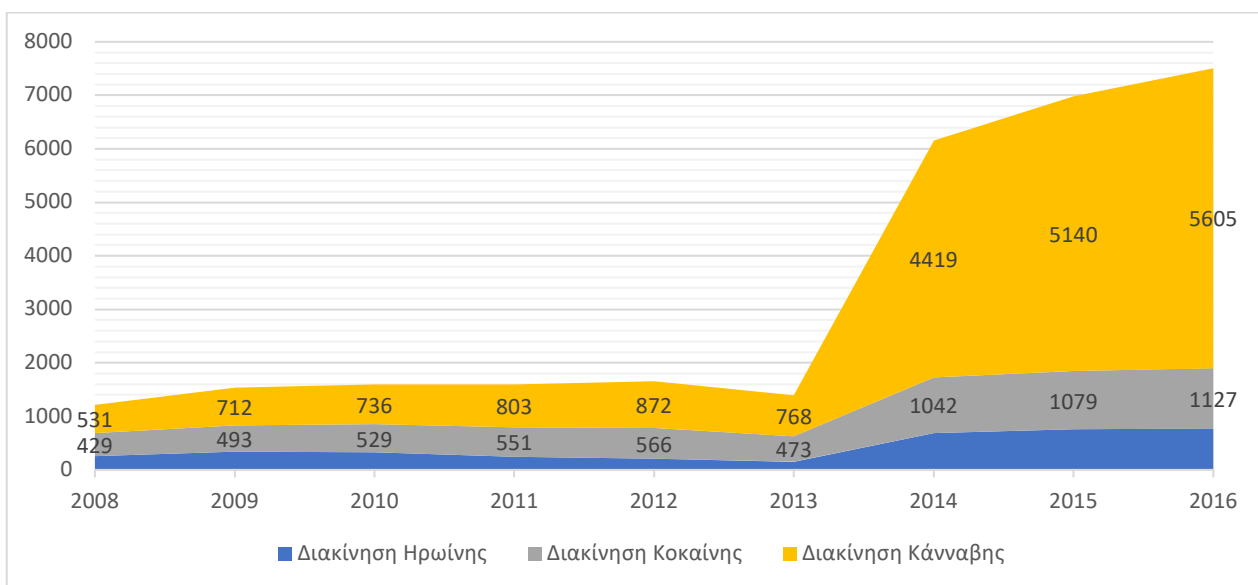
|            | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Συλλήψεις  | 14779 | 14288 | 14733 | 16796 | 17690 |
| Αδίκημα*   |       |       |       |       |       |
| Χρήση      | 6612  | 6652  | 7417  | 9175  | 9782  |
| Διακίνηση* | 3084  | 3187  | 4419  | 5140  | 5605  |
| Σύνολο     | 9698  | 9839  | 11836 | 14315 | 15387 |

\*Στο αδίκημα της διακίνησης περιλαμβάνονται η παραγωγή, πώληση κτλ

Πηγή: (Emccda, Drug law offences/Offences by Drug, 2018)

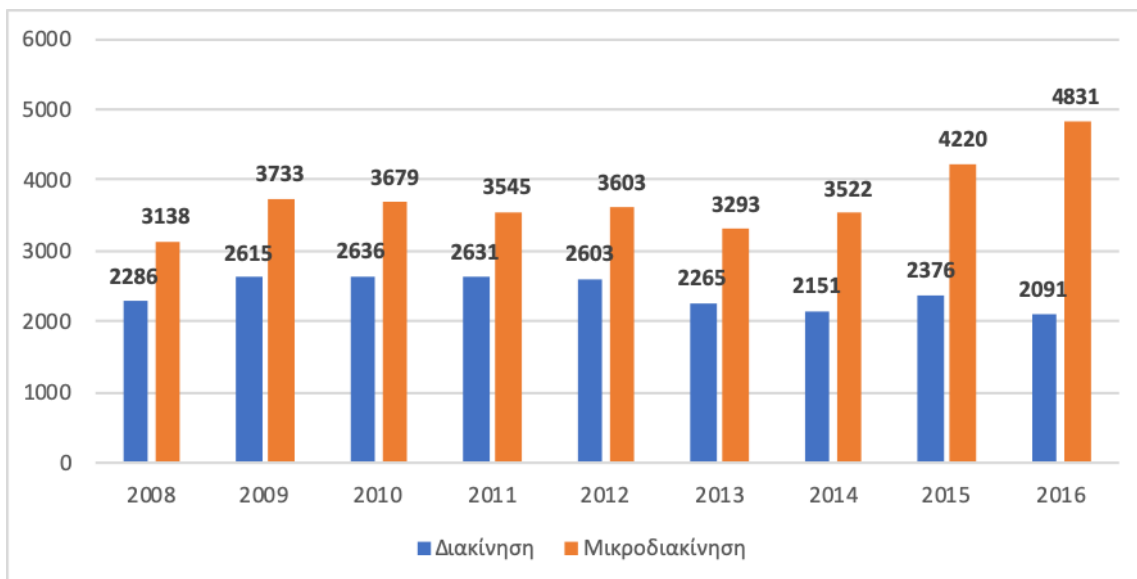


Σχέδιο 4: Αδικήματα της περί ναρκωτικών νομοθεσίας, Πορτογαλία 2008-2016



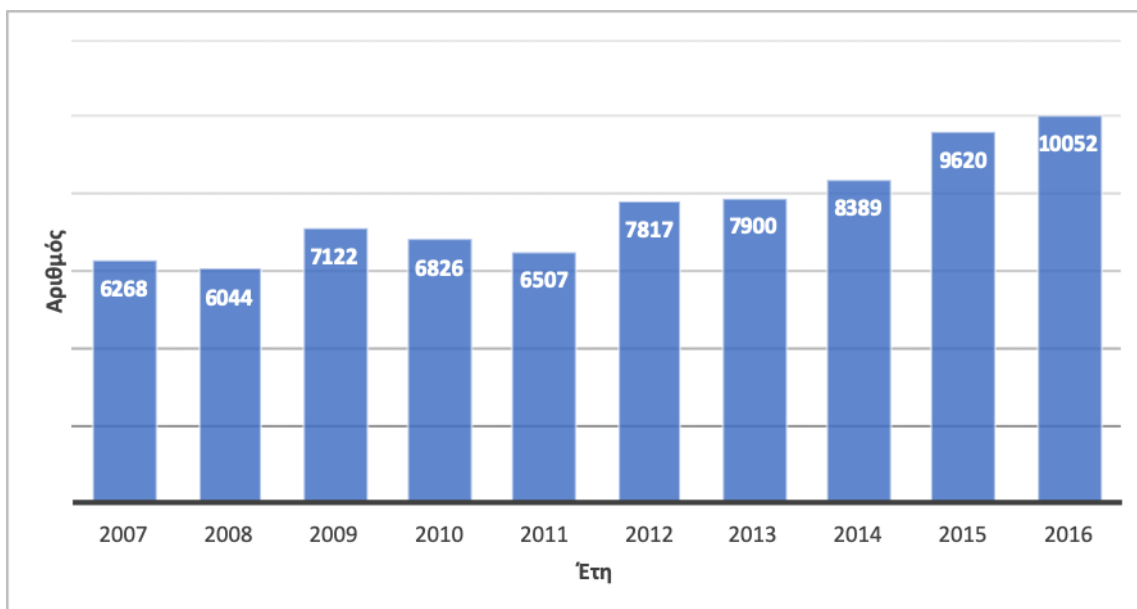
Σχέδιο 5: Βεβαιωμένα αδικήματα για διακίνηση ανά ουσία, Πορτογαλία 2008-2016

Όσον αφορά ειδικότερα τη διακίνηση όλων των ουσιών, βαθμιαία από το 2008 μέχρι το 2016 οι βεβαιωμένες παραβάσεις αυξάνονται σταδιακά, με μόνο τη μικροδιακίνηση να παρουσιάζει αυξητική τάση ενώ η σοβαρότερη διακίνηση να παραμένει στα χρόνια περίπου σταθερή (Σχέδιο7).



Σχέδιο 6: Βεβαιωμένα αδικήματα διακίνησης και μικροδιακίνησης, Πορτογαλία 2008-2016

Ενδιαφέρον έχει να εξετάσουμε και τις περιπτώσεις που αφορούν τη βεβαίωση της πράξης της κατοχής ναρκωτικών, όπως προαναφέρθηκε, οι περιπτώσεις αυτές παραπέμπονται από την Αστυνομία και τις λοιπές αρχές στην επιτροπή Ναρκωτικών και Εξάρτησης αντί στο Ποινικό δικαστήριο. Το 2016 επιβάλλονται διοικητικές ποινές σε 10.052 άτομα τα οποία παραπέμπονται σε αυτή γιατί κατελήφθησαν να κατέχουν ναρκωτικά, από το 2007 βαθμιαία ο αριθμός των επιβληθέντων προστίμων αυξάνεται.



Σχέδιο 7: Αριθμός διοικητικών παραβάσεων για Ναρκωτικά, Πορτογαλία 2007-2016

## Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος

Η Πορτογαλία είναι ο τελικός προορισμός για διάφορες παράνομες ουσίες που τροφοδοτούν την εγχώρια αγορά. Είναι επίσης, χώρα διέλευσης για σημαντικές ποσότητες ρητίνης κάνναβης και κοκαΐνης προερχόμενες από το

Μαρόκο και τη Λατινική Αμερική που προορίζονται για άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό οφείλεται τόσο στη γεωγραφική θέση της χώρας, αλλά και την ύπαρξη σχέσεων με ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής, όπως η Βραζιλία, όπου παράγονται μεγάλες ποσότητες κοκαΐνης. Εγχώρια καλλιεργείται παράνομα κάνναβη, αν και σε μικρή έκταση.

Πίνακας 6: Κατασχεμένες Ναρκωτικές Ουσίες, Πορτογαλία 2008-2016

|                          | 2008         | 2009          | 2010         | 2011          | 2012         | 2013         | 2014           | 2015           | 2016           |
|--------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Κατεργασμένη</b>      | <b>61203</b> | <b>22965</b>  | <b>34773</b> | <b>14632</b>  | <b>18304</b> | <b>8681</b>  | <b>32877</b>   | <b>2411</b>    | <b>7067</b>    |
| <b>Κάνναβη (κιλά)</b>    |              |               |              |               |              |              |                |                |                |
| <b>Ακατέργαστη</b>       | <b>36.63</b> | <b>5044.5</b> | <b>40.08</b> | <b>107.87</b> | <b>49.39</b> | <b>95.71</b> | <b>108.372</b> | <b>223.726</b> | <b>264.401</b> |
| <b>Κάνναβη (κιλά)</b>    |              |               |              |               |              |              |                |                |                |
| <b>Φυτά Κάνναβης</b>     | <b>3252</b>  | <b>8607</b>   | <b>5629</b>  | <b>5523</b>   | <b>7788</b>  | <b>8462</b>  | <b>4517</b>    | <b>6102</b>    | <b>4634</b>    |
| <b>Ηρωίνη (κιλά)</b>     | <b>68.09</b> | <b>128.07</b> | <b>46.95</b> | <b>72.91</b>  | <b>65.54</b> | <b>55.46</b> | <b>38.691</b>  | <b>97.273</b>  | <b>56.925</b>  |
| <b>Κοκαΐνη (κιλά)</b>    | <b>4877</b>  | <b>2697</b>   | <b>3244</b>  | <b>3678</b>   | <b>4019</b>  | <b>2439</b>  | <b>3715</b>    | <b>6028</b>    | <b>1046</b>    |
| <b>Αμφεταμίνη (κιλά)</b> | <b>0.33</b>  | <b>0.24</b>   | <b>0.71</b>  | <b>0.17</b>   | <b>0.22</b>  | <b>0.33</b>  | <b>1.846</b>   | <b>2.462</b>   | <b>6.483</b>   |
| <b>ΧΤC</b>               | <b>0</b>     | <b>0</b>      | <b>0</b>     | <b>0</b>      | <b>7.3</b>   | <b>1.24</b>  | <b>.648</b>    | <b>1.555</b>   | <b>2.646</b>   |
| <b>ΧΤC δισκία</b>        | <b>70309</b> | <b>8987</b>   | <b>48370</b> | <b>7791</b>   | <b>867</b>   | <b>2160</b>  | <b>684</b>     | <b>35484</b>   | <b>124813</b>  |
| <b>LCD δισκία</b>        | <b>1046</b>  | <b>2552</b>   | <b>30038</b> | <b>30503</b>  | <b>762</b>   | <b>5377</b>  | <b>47</b>      | <b>2</b>       | <b>2314</b>    |

Το 2016, ο μεγαλύτερος αριθμός των κατασχέσεων αφορούσε την κατεργασμένη κάνναβη, ακολουθούμενη από την κοκαΐνη και τη ηρωίνη. Ο αριθμός των κατασχέσεων της κατεργασμένης κάνναβης που προέρχεται από το Μαρόκο παρουσιάζει πτωτική τάση από το 2014, στον αντίποδα οι κατασχέσεις ακατέργαστης κάνναβης αυξάνονται. Κατά την περίοδο 2010-16, ανευρέθηκαν από την αστυνομία κατά μέσο όρο ετησίως 200 έως 400 φυτείες κάνναβης, με τον αριθμό των κατασχεθέντων φυτών να κυμαίνεται από 4.517 έως 8.462. Ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης παρουσίασε πτωτική τάση μεταξύ του 2010 και του 2014, αλλά στη συνέχεια σταθεροποιήθηκε. Ενώ ο αριθμός των κατασχέσεων ηρωίνης που παρατηρήθηκαν κατά την περίοδο 2010-14 μειώθηκε, αλλά τα τελευταία έτη παρουσιάζεται ελαφριά αύξηση του ετήσιου αριθμού των καταγεγραμμένων κατασχέσεων ηρωίνης. Το MDMA εξακολουθεί να κατάσχεται στην Πορτογαλία λιγότερο συχνά από άλλες παράνομες ουσίες. Ωστόσο, ο αριθμός των κατασχέσεων αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια, καθώς και οι ποσότητες που κατασχέθηκαν.

Παρότι οι κατασχεθείσες ποσότητες ακατέργαστης κάνναβης παρουσιάζουν αύξηση, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη παράγραφο (Πίνακας 6) η σοβαρότερη μορφή διακίνηση ναρκωτικών παραμένει στα χρόνια σταθερή (Σχέδιο 6).

### **Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.**

Ετησίως 180 Κράτη βαθμολογούνται από την οργάνωση της Διεθνούς Διαφάνεια (Transparency International) και κατατάσσονται σε λίστα σύμφωνα «με το βαθμό στον οποίο η διαφθορά θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών (δείκτης αντίληψης της Διαφθοράς-Corruption Perception Index-CPI). Το 2016 ο μέσος όρος των 180 του ΟΗΕ, είναι 43 με τα δύο τρίτα των χωρών να βαθμολογούνται κάτω από 50. Την πρώτη θέση καταλαμβάνουν η Νέα Ζηλανδία και η Δανία με την υψηλότερη βαθμολογία με 89 και 88 βαθμούς αντίστοιχα. Η Συρία, το Νότιο Σουδάν και η Σομαλία κατέχουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες με 14, 12 και 9 αντίστοιχα. Η περιοχή με τις καλύτερες επιδόσεις είναι η Δυτική Ευρώπη με μέση βαθμολογία 66. Οι περιοχές με τις χειρότερες επιδόσεις είναι η υποσαχάρια Αφρική (μέσος όρος 32) και η Ανατολική Ευρώπη και η Κεντρική Ασία (μέσος όρος 34).

Η Πορτογαλία βαθμολογείται με 63 και φέρει την θέση 29 στη συνολική κατάταξη παγκοσμίως και 14 στην περιοχή της Δυτικής Ευρώπης.

Η Πορτογαλία έχει μία σταθερή πορεία κατά την πάροδο των ετών.

|      | Rank | CPI Score |
|------|------|-----------|
| 2001 | 25   | 63        |
| 2003 | 25   | 66        |
| 2007 | 28   | 65        |
| 2010 | 32   | 60        |
| 2012 | 33   | 63        |
| 2015 | 28   | 65        |
| 2017 | 29   | 63        |

### **Δείκτης 4: Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία.**

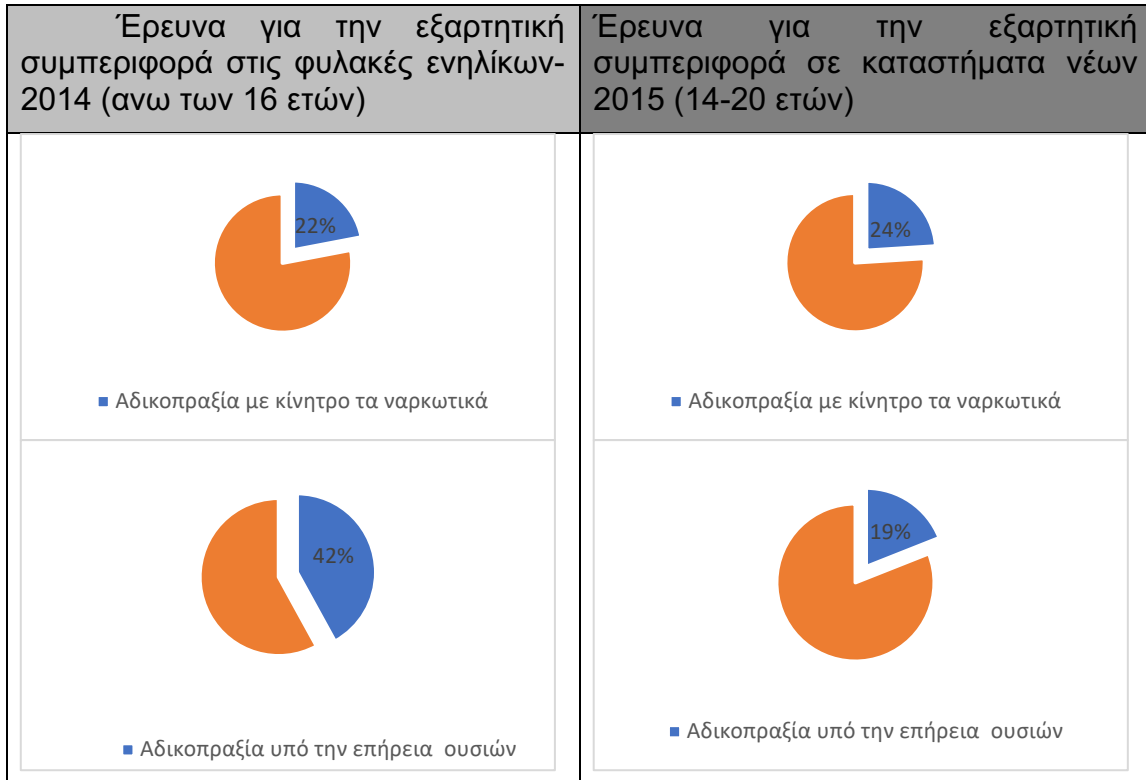
Ένας από τους δείκτες που οι ερευνητές έχουν αποπειραθεί να μελετήσουν για την αξιολόγηση του φαινομένου των ναρκωτικών είναι οι σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά ανθρωποκτονίες. Η συγκριτική επισκόπηση του δείκτη μεταξύ των χωρών μπορεί μας δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την επίπτωση της κάθε πολιτικής προσέγγισης.

Όπως προκύπτει από τη τελευταία έκθεση του EMCDDA, η Πορτογαλία δεν συγκεντρώνει συστηματικά στοιχεία που να αφορούν τη σχετιζόμενη με τα Ναρκωτικά βία.

Από την άποψη της ερευνητικής βιβλιογραφίας, λίγες μελέτες φαίνεται ότι επικεντρώθηκαν στην ανθρωποκτονία στην Πορτογαλία. Πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη ανθρωποκτονία των ηλικιωμένων {βλ. Για παράδειγμα (Coelho, 2010)} και στην ανθρωποκτονία συντρόφου {βλ. Π.χ. (Pereira, 2013)}. Επιπλέον, μια συνεχιζόμενη μελέτη της ερευνητικής μονάδας στην Εγκληματολογία και τις Επιστημονικές Συμπεριφορές στο Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Maia επικεντρώνεται στις ανθρωποκτονίες στο βόρειο τμήμα της Πορτογαλίας. Όσον αφορά τις σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά ανθρωποκτονίες, ο (Pereira, 2013) διαπίστωσε ότι το 7% των θυμάτων ανθρωποκτονιών που

μελετήθηκαν (n = 31) είχαν κάνει χρήση ουσιών και το 31% των θυτών είχε χρησιμοποιήσει ουσίες πριν την εκτέλεση της ανθρωποκτονία.

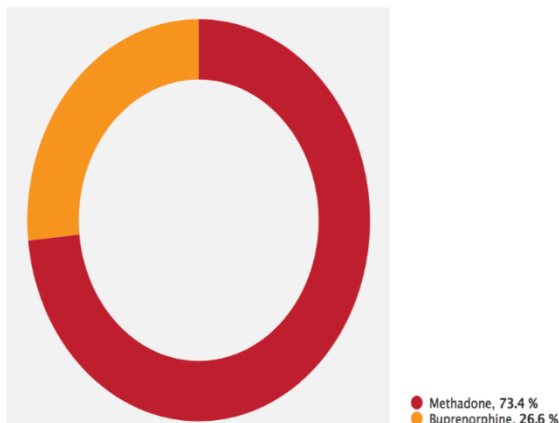
Επίσης στην Εθνική μελέτη για την εξαρτησιογόνα συμπεριφορά στις φυλακές (2014) προκύπτουν στοιχεία για την έμμεση παραβατικότητα. Το 22% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είχε διαπράξει το αδίκημα, για το οποίο έχει φυλακιστεί, προκειμένου να πάρει χρήματα και να τα χρησιμοποιήσει για την αγορά ναρκωτικών. Το αντίστοιχο ποσοστό στους νέους (16-20 ετών) είναι 24%. Το 42% των ενηλίκων (16 και άνω) ήταν υπό επήρεια κάποιας ουσίας κατά τη διάπραξη του αδικήματος για το οποίο φυλακίστηκε, ενώ αντίστοιχα το 19% στους νέους.



### B.1.3.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας

#### Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα

Στην Πορτογαλία, τα προγράμματα υποκατάστασης ουσιών (OST) είναι



ευρέως διαθέσιμα, με προγράμματα μεθαδόνης (MMT) σε κέντρα θεραπείας και χορήγηση βουπρενορφίνης από οποιονδήποτε ιατρό και θεραπευτικά κέντρα. Τα προγράμματα μεθαδόνης (MMT) είναι δωρεάν για τον εξυπηρετούμενο, ενώ τα φάρμακα με βάση τη βουπρενορφίνη είναι διαθέσιμα στα φαρμακεία, με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας να καλύπτει το 40% της τιμής της αγοράς του φαρμάκου.

Ο αριθμός των οφελούμενων από προγράμματα OST στην Πορτογαλία μειώθηκε μεταξύ του 2010 και του 2013. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός παρέμεινε σχετικά σταθερός από τότε. Το 2016, περισσότεροι από 16.000 πελάτες έλαβαν OST, κυρίως MMT.

Το κοινοβούλιο της Πορτογαλίας τον Ιούνιο του 2018 ενέκρινε τη χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη, τα οποία διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή και πωλούνται μόνο στα φαρμακεία. Προγενέστερες προτάσεις που επέτρεπαν στους ασθενείς να παράγουν κάνναβη στο σπίτι απορρίφθηκαν. Το μέτρο νομιμοποιεί τη φαρμακευτική χρήση κάνναβης στη διαταραχή μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής (PTSD), στον χρόνιο πόνο, στην αντιμετώπιση των παρενεργειών από τη θεραπεία της καρκινογένεσης και έναν κατάλογο άλλων καταστάσεων.

## **Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά**

Το πορτογαλικό εθνικό σχέδιο δράσης για τη μείωση των εθιστικών συμπεριφορών και των εξαρτήσεων 2013-20 αναγνωρίζει την ανάγκη πρόληψης μέσω εξατομικευμένων προγραμμάτων σε πλαίσια οικογένειας, σχολείου, ψυχαγωγικών και αθλητικών εγκαταστάσεων, κοινότητας, χώρων εργασίας, οδικής ασφάλειας και των φυλακών.

Στο πλαίσιο του εθνικού σχεδίου, το επιχειρησιακό σχέδιο ολοκληρωμένων απαντήσεων (PORI) περιλαμβάνει ένα πλαίσιο παρεμβάσεων που στοχεύει στη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών και οργανώνεται σε τοπικό / περιφερειακό επίπεδο. Σε κάθε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, μια παρέμβαση σχεδιάζεται και υλοποιείται ανάλογα με τις συγκεκριμένες τοπικές ανάγκες σε συνεργασία με συναφείς εταίρους που εργάζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Στο πλαίσιο του PORI, οι πλέον ευάλωτες γεωγραφικές περιοχές έχουν χαρτογραφηθεί προκειμένου να τους δοθεί προτεραιότητα στην κατανομή πόρων και σχεδιασμού παρεμβάσεων. Στην ηπειρωτική Πορτογαλία εντοπίστηκαν 163 γεωγραφικές περιοχές για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων σε διάφορα επίπεδα (πρόληψη, θεραπεία, μείωση της βλάβης και επανένταξη). Το 2016, υλοποιήθηκαν 18 προγράμματα ολοκληρωμένης πρόληψης στο πλαίσιο του εθνικού σχεδίου, ενώ βρίσκονται σε εξέλιξη συνολικά 78 έργα ολοκληρωμένης παρέμβασης.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων, οι οποίες είναι συμπληρωματικές. Η πρόληψη των ναρκωτικών αποτελεί μέρος της πορτογαλικής σχολικής διδακτέας ύλης και εφαρμόζεται κυρίως στο μάθημα της βιολογίας. Διάφορες δράσεις και προγράμματα πρόληψης αναπτύσσονται σε εθνικό επίπεδο σε σχολεία. Οι δραστηριότητες αναπτύσσονται κυρίως από το Υπουργείο Παιδείας από τους εκπαιδευτικούς με τη συμμετοχή φοιτητών και συχνά και άλλων ενδιαφερομένων σε αυτόν τον τομέα: κέντρα δημόσιας υγείας, δήμοι, SICAD και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών. Εξειδικευμένα προγράμματα που προωθούν την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, όπως το Me and the Other έχουν εγναρμόζονται σε διάφορα εκπαιδευτικά πλαίσια από το 2006.

Το πρόγραμμα Safe School συνεχίστηκε το σχολικό έτος 2016/2017, προωθώντας την ενημέρωση για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Πραγματοποιούνται

επίσης δραστηριότητες πρόληψης των ναρκωτικών σε χώρους εργασίας, στον στρατό, στις κοινότητες και στις οικογένειες.

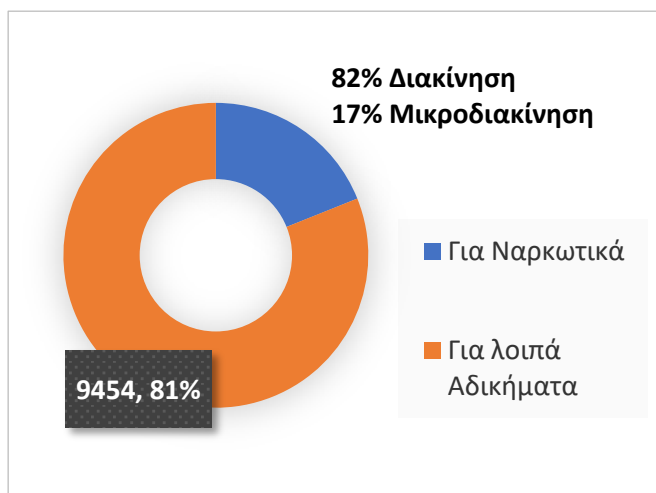
Επιπροσθέτως πραγματοποιούνται διάφοροι τύποι εξειδικευμένων παρεμβάσεων πρόληψης, όπως για παράδειγμα αυτός της Kosmicare, που πρόκειται για μια παρέμβαση για την αντιμετώπιση κρίσεων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στα μουσικά φεστιβάλ.

Υφίστανται επίσης συμβουλευτικές επιτροπές πρόληψης οι οποίες στελεχώνονται από πολυεπιστημονικές ομάδες και απευθύνονται κυρίως σε εφήβους και νέους που έχουν ήδη αρχίσει να χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες. Οι επιτροπές παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες.

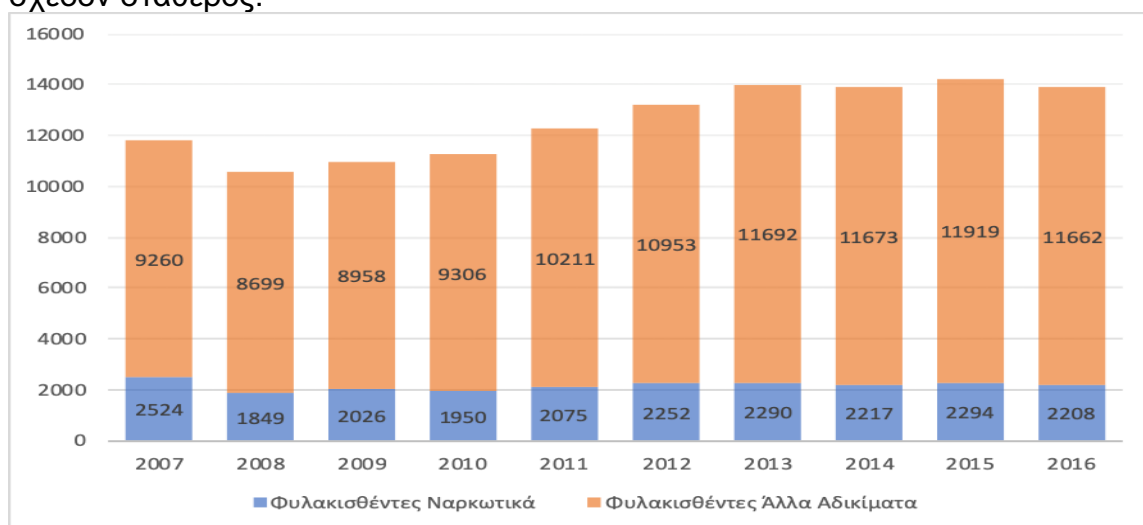
Μεγάλες εκστρατείες ενημέρωσης στα ΜΜΕ πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια δραστηριοτήτων ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης που απευθύνονται κυρίως σε νέους.

### Δείκτης 3: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών.

Το 2016 τα άτομα που φυλακίζονται για παραβάσεις Ναρκωτικών, αποτελούν το 31% επί του συνόλου των συλληφθέντων για διακίνηση και μόνο το 12% του συνόλου των συλληφθέντων γενικά παραβατών για ναρκωτικά. Οι φυλακισθέντες για τα ναρκωτικά αποτελούν μόνο το 18,9% του πληθυσμού (11.662) των φυλακών. Το 82% των κρατούμενων έχει φυλακιστεί για το αδίκημα της διακίνησης, το 17 % για μικροδιακίνηση και 1% για άλλη παράβαση. Από το 2007 ο αριθμός των φυλακισθέντων παραμένει σχεδόν σταθερός.



Σχέδιο 7: Αριθμός Φυλακισθέντων για παραβάσεις Ναρκωτικών, Πορτογαλία 31/12/2016



Σχέδιο 8: Αριθμός φυλακισθέντων για Ναρκωτικά, Πορτογαλία 2007-2016

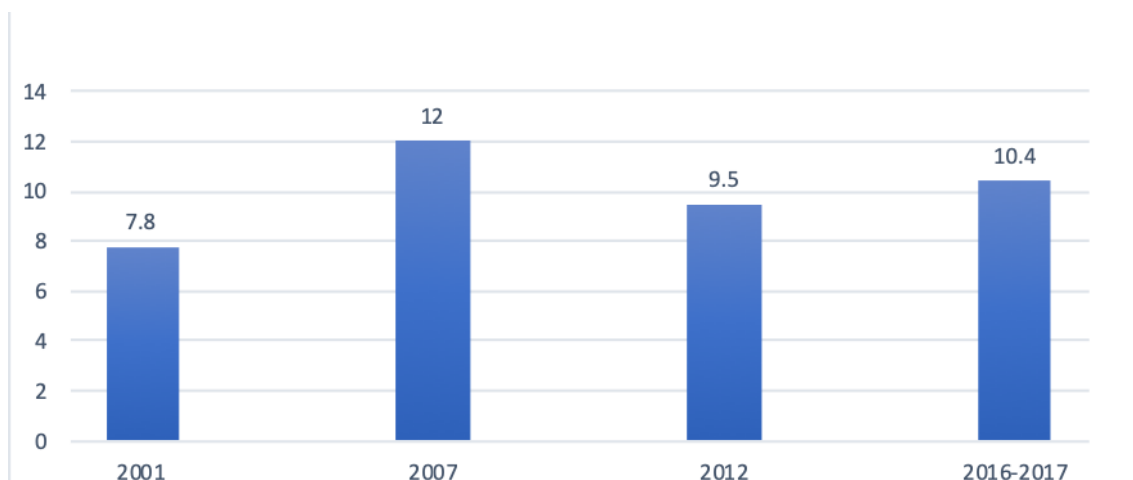


#### **B.1.3.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων**

##### **Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό.**

Όσον αφορά τα ποσοστά επικράτησης χρήσης στον γενικό πληθυσμό για το έτος 2016/17 κυμαίνονται σε 10.4%, σημειώνοντας μικρή αύξηση από τα αντίστοιχα του 2001, 2007 και 2012.

Σχέδιο 9: Ποσοστά επικράτησης χρήσης ουσιών 15-64 ετών, Πορτογαλία 2001,2007,2012,2016-17



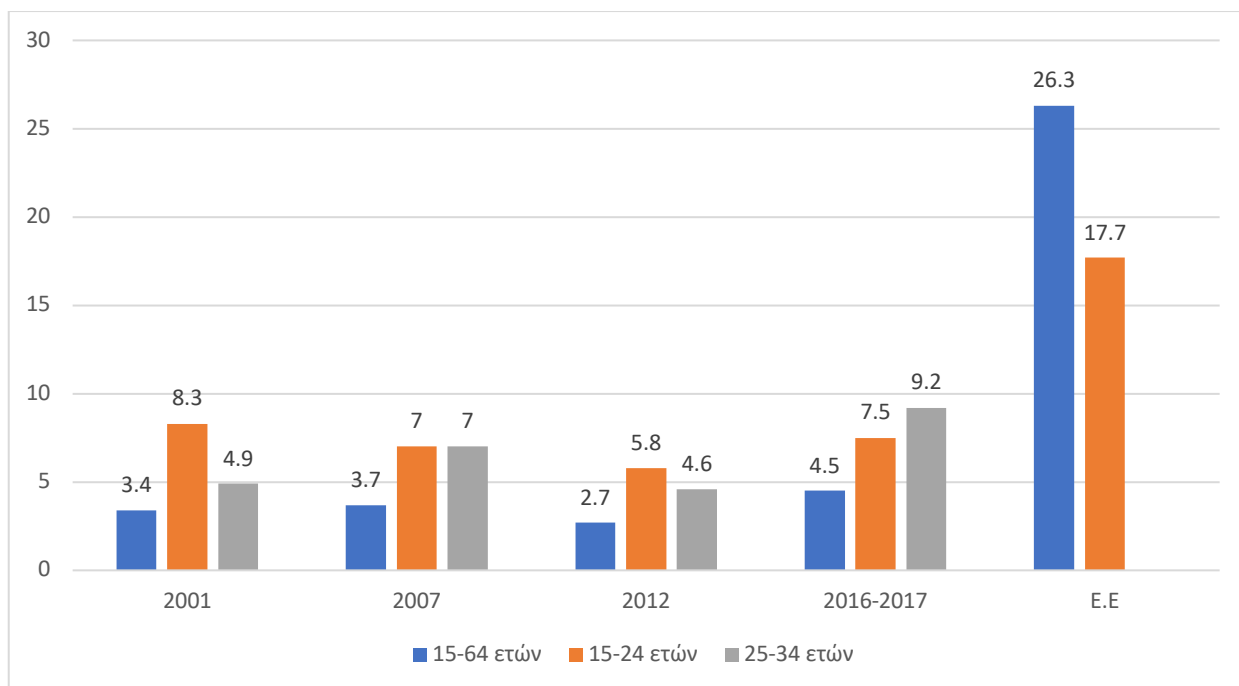
Σύμφωνα με τα στοιχεία της πιο πρόσφατης εθνικής έρευνας, σε γενικό πληθυσμό (ηλικίας 15-74 ετών), σχετικά με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (2016/2017), προκύπτει ότι τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης της κάνναβης είναι κοντά στα ποσοστά οποιασδήποτε άλλης παράνομης ουσίας.

Πηγή: (Balsa, C., Vital, 15-74 ετών C. and Urbano, C., 2013 and 2017)

| Περίοδος Χρήσης                       | 2017        | 2017                  |
|---------------------------------------|-------------|-----------------------|
|                                       | Κάνναβη (%) | Ναρκωτικές Ουσίες (%) |
| Οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια της ζωής | 9,7         | 10,4                  |
| Τελευταίοι 12 μήνες                   | 4,5         | 4,8                   |
| Τελευταίος μήνας                      | 3,8         | 3,9                   |

Πίνακας 7:Επικράτηση χρήσης κάνναβης και άλλων Ναρκωτικών Ουσιών, Πορτογαλία 2017

Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου έτους, βαθμιαία αυξάνεται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, ωστόσο παραμένει πολύ μικρότερη από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.



Σχέδιο 10 :Επικράτηση χρήσης κάνναβης, Πορτογαλία 2001,2007,2012,2016-17 και ΕΕ 2017.

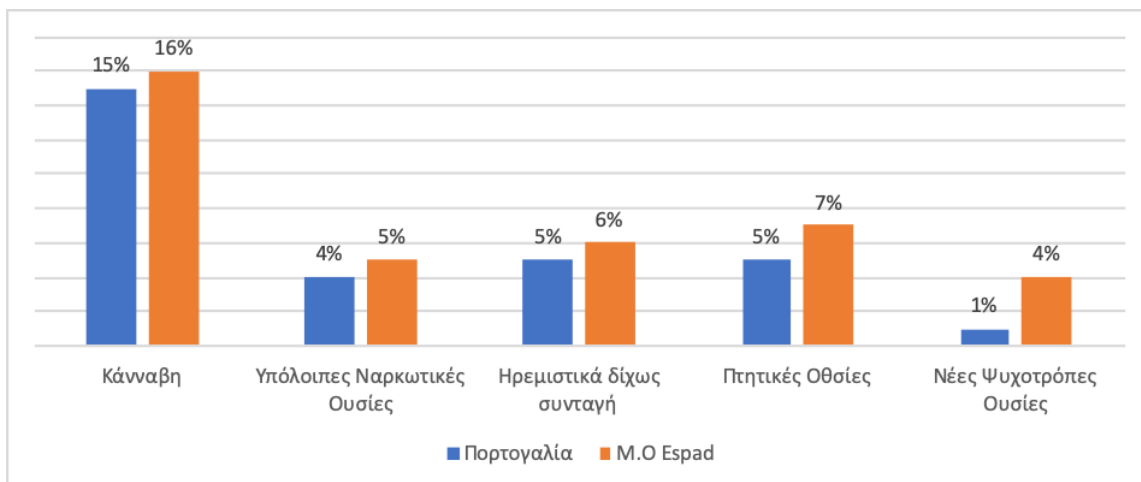
## Έρευνα λυμάτων

Η Λισσαβόνα, η Almada και το Πόρτο συμμετέχουν στις πανευρωπαϊκές έρευνες των λυμάτων που πραγματοποίησε η ομάδα ανάλυσης αποβλήτων Seawage Analysis Core Europe Analysis (SCORE). Η μελέτη αυτή παρέχει στοιχεία για τη χρήση ναρκωτικών σε επίπεδο πόλεις, με βάση τα επίπεδα των παράνομων ναρκωτικών και των μεταβλητών αυτών που ανιχνεύονται στα λύματα. Τα αποτελέσματα δείχνουν αύξηση της χρήσης κοκαΐνης και MDMA στη Λισσαβόνα από το 2013 έως το 2018 (**EMCDDA 2019, Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study**).

Επιπλέον, σε όλες τις περιοχές η παρουσία των ουσιών στα λύματα είναι υψηλότερη τα Σαββατοκύριακα από ότι τις καθημερινές. Το 2017, τα επίπεδα αμφεταμινών και μεθαμφεταμίνης που εντοπίστηκαν στις τρεις πόλεις παρέμειναν χαμηλά, υποδεικνύοντας πολύ περιορισμένη χρήση αυτών των ουσιών.

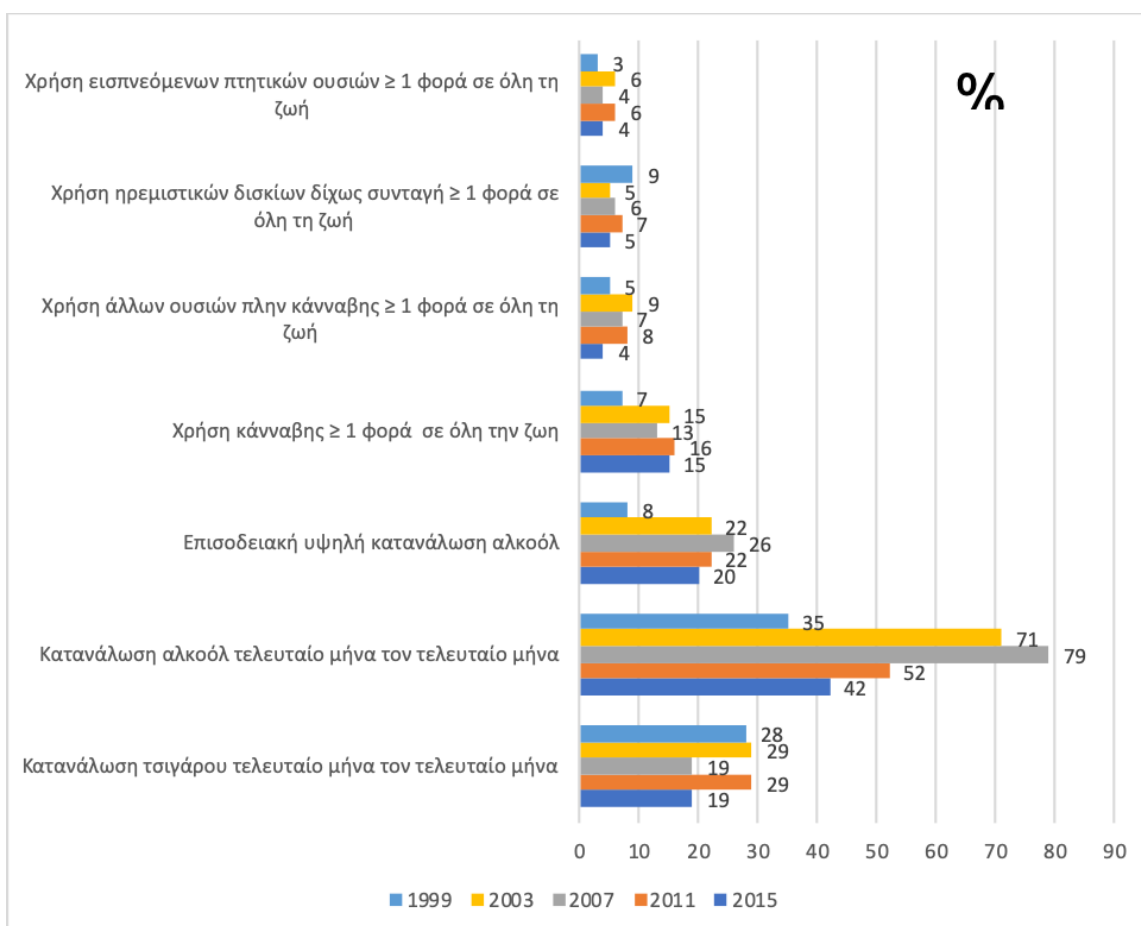
## Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι.

Τα πιο πρόσφατα δεδομένα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών σε σχολικό πληθυσμό αναφέρθηκαν στην Έρευνα του 2015 για τα ευρωπαϊκά σχολεία για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (**ESPAD**). Η χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή των πορτογάλων μαθητών ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (με βάση δεδομένα από 35 χώρες), ενώ η χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών σε όλη τη ζωή ήταν πολύ χαμηλότερη από τον μέσο όρο.



Σχέδιο 11: Χρήση Ουσιών μεταξύ μαθητών 15-16 ετών, Πορτογαλία 2015

Διαχρονικά η επικράτηση της χρήσης της κάνναβης στο μαθητικό πληθυσμό το 2015 παρουσιάζεται αυξημένη σε σύγκριση με το 1999, ωστόσο σχετικά σταθερή από το 2003 και έπειτα. Ενδιαφέρον έχει να παρατηρήσουμε ότι η κατανάλωση άλλων ουσιών, πτητικών ουσιών, ηρεμιστικών δισκίων, αλκοόλ και τσιγάρου παρουσιάζει μείωση το διάστημα που η χρήση κάνναβης είναι σταθερή. (Σχέδιο 13).



Σχέδιο 12: Αποτελέσματα έρευνα Espad, Πορτογαλία 1999-2015

### **B.1.3.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών**

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης του Πορτογαλικού Σχεδίου Δράσης για την περίοδο 2009-12 εκτιμήθηκαν οι σχετικές με τα ναρκωτικά δαπάνες για την περίοδο αυτή. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, οι δημόσιες δαπάνες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά αντιπροσώπευαν το 0,06% έως 0,05% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), με το 48% του συνόλου των χρημάτων να δαπανώνται στις υπηρεσίες μείωσης της προσφοράς και το 52% στις υπηρεσίες της μείωσης της ζήτησης. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις έχουν περιορισμούς, καθώς λείπουν στοιχεία για ορισμένες κατηγορίες δαπανών (π.χ. σε φυλακές ή για κοινωνική ασφάλιση) ή μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν δαπάνες σχετικά με το αλκοόλ.

Υπάρχουν λίγα παραδείγματα προσπαθειών για την εκτίμηση του αντίκτυπου της αλλαγών της νομικής προσέγγισης σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες. Στην έρευνα του (**Goncalves R., Lourenc A., Silva SN., 2015**) για την ανάλυση του κοινωνικού κόστους της κατάστασης πριν και μετά την αποποινικοποίηση στην Πορτογαλία, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των δαπανών που συνδέεται με την πολιτική για τα ναρκωτικά μεταξύ του 2000 και του 2004, ιδίως στο νομικό σύστημα (άμεσες δαπάνες). Αν και αυτές οι παρατηρήσεις υπογραμμίζουν σημαντικές αλλαγές, απαιτείται η συγκέντρωση περισσότερων στοιχείων για να επιβεβαιωθεί η μείωση του κόστους της Πολιτικής που αφορά τα Ναρκωτικά.

### **B.1.4. Συμπεράσματα-Μοντέλο Ι**

Η αποποινικοποίηση της χρήσης κάθε είδους ναρκωτικών ως πολιτικής για τα ναρκωτικά στην Πορτογαλία έχει ως βάση το δικαίωμα στην υγεία και την κοινωνική ένταξη, εισάγοντας έτσι μία εναλλακτική προσέγγιση στο μέχρι τότε απαγορευτικό μοντέλο.

Σε διεθνή φόρα η Πορτογαλία δηλώνει ( *Έκθεση του Γραφείου του Ύπατου Αρμοστή των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα 2018*) ότι “οι ποινικές κυρώσεις είναι αναποτελεσματικές και αντιπαραγωγικές και δεν αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών”.

Η πολιτική για τα ναρκωτικά περιλαμβάνει την αποποινικοποίηση ως μέρος μιας ευρύτερης προσέγγισης που αποβλέπει στην αποθάρρυνση της χρήσης ναρκωτικών και στην προώθηση μέτρων που απευθύνονται σε θέματα δημόσιας υγείας, με κοινωνικά οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους. Η εφαρμογή στρατηγικής για τα ναρκωτικά που να βασίζεται περισσότερο στην υγεία και την τεκμηρίωση διευκολύνθηκε από την αποποινικοποίηση της κατοχής των ναρκωτικών προσωπική χρήση όλων, δίνοντας τον χώρο σε καινοτόμες παρεμβάσεις να υλοποιηθούν.

Το Εθνικό Σχέδιο για τη μείωση των εθιστικών συμπεριφορών και εξαρτήσεων 2013-20 αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις θεραπείας θα πρέπει να βασίζονται σε μια ολοκληρωμένη διάγνωση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών κάθε πολίτη, να είναι προσβάσιμες και προσαρμόσιμες, να βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν και να ακολουθούν τις παραδεδεδγμένες διεθνής κατευθυντήριες γραμμές.

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα:

✓ **Επικράτηση χρήσης της κάνναβης**

Στην Πορτογαλία τα ποσοστά επικράτησης χρήσης της κάνναβης στον γενικό πληθυσμό, για το έτος 2016/17 σημειώνουν μικρή αύξηση από τα αντίστοιχα του 2001, 2007 και 2012, με τη χρήση της κάνναβης να είναι κοντά στα ποσοστά χρήσης οποιασδήποτε άλλης παράνομης ουσίας

Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου έτους, βαθμιαία αυξάνεται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, ωστόσο παραμένει πολύ μικρότερη από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

✓ **Επικίνδυνη χρήση**

Τα ποσοστά επικίνδυνης χρήσης κάνναβης παραμένουν σταθερά κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας (0,7%), ωστόσο μεγάλη αύξηση καταγράφεται στη συχνή (2,8%) και πολύ συχνή χρήση (2,6%).

✓ **Νέοι και χρήση**

Η χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή των πορτογάλων μαθητών ήταν ελαφρώς χαμηλότερη (15% vs 16%) από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ενώ η χρήση των νέων ψυχοδραστικών ουσιών σε όλη τη ζωή ήταν πολύ χαμηλότερη από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο. (1% vs 4%)

✓ **Παροχή θεραπείας**

Τα άτομα που δέχονται θεραπεία για πρώτη φορά με αίτημα την κατάχρηση της κάνναβης αποτελούν το 2017 το ήμισυ των νέων ασθενών στα προγράμματα, ενώ οι αιτήσεις για θεραπεία από κάνναβη σταδιακά αυξάνονται από το 2010.

Μόνο το 11% του σύνολο των θεραπευμένων είναι σε προγράμματα θεραπείας με κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών κάνναβης υψηλής επικινδυνότητας δεν καλύπτονται από κάποιο πρόγραμμα (95%).

✓ **Θάνατοι από ναρκωτικά**

Μεγάλη αυξητική τάση σημειώνεται στους θανάτους που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών ενώ σε αντίθεση τάση μείωσης έχουν οι θάνατοι που ευθύνονται σε οξείες δηλητηριάσεις από λήψη ναρκωτικών ουσιών. Το ποσοστό θνησιμότητας από χρήση για τις ηλικίες 15-64 ετών το 2016 είναι 3.9 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο.

✓ **Αδικήματα περί ναρκωτικών**

Το 2016, περίπου τα δύο τρίτα των αδικημάτων για τα Ναρκωτικά στην Πορτογαλία, παρά την αποποινικοποίηση σχετίζονται με την κατοχή. Η πλειονότητα των αδικημάτων συνδέονται με την κάνναβη,

Η μικροδιακίνηση ουσιών παρουσιάζει αυξητική τάση ενώ η σοβαρότερη διακίνηση να παραμένει στα χρόνια περίπου σταθερή.

✓ Οργανωμένη εγκληματικότητα

Πτωτική τάση καταγράφεται στις κατασχέσεις κατεργασμένης κάνναβης, ενώ αυξάνονται οι κατασχέσεις ακατέργαστης. Η σοβαρότερη μορφή διακίνησης παραμένει σταθερή.

✓ Διαφθορά

Η Πορτογαλία βαθμολογείται με 63 και φέρει τη θέση 14 στην περιοχή της Δυτικής Ευρώπης, έχοντας μία σταθερή πορεία κατά την πάροδο των ετών.

✓ Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία

Μελέτη για τις ανθρωποκτονίες δείχνει ότι 7% των θυμάτων ανθρωποκτονιών που μελετήθηκαν είχαν κάνει χρήση ουσιών και το 31% των θυτών είχε χρησιμοποιήσει ουσίες πριν την εκτέλεση της ανθρωποκτονία.

Σε έρευνα μεταξύ φυλακισθέντων το 22% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είχε διαπράξει το αδίκημα, για το οποίο φυλακιστεί, προκειμένου να πάρει χρήματα για να τα χρησιμοποιήσει για αγορά ναρκωτικών. Το αντίστοιχο ποσοστό στους νέους (16-20 ετών) είναι 24%. Το 42% των ενηλίκων (16 και άνω) ήταν υπό επήρεια κατά τη διάπραξη του αδικήματος, ενώ αντίστοιχα το 19% στους νέους.

✓ Πρόσβαση σε φάρμακα

Ο αριθμός των ωφελούμενων από προγράμματα υποκατάστασης στην Πορτογαλία μειώθηκε σταδιακά κατά την πάροδο των ετών.

Τον Ιούνιο του 2018 ενέκρινε τη χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη, τα οποία διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή και πωλούνται μόνο στα φαρμακεία. Προγενέστερες προτάσεις που επέτρεπαν στους ασθενείς να παράγουν κάνναβη στο σπίτι απορρίφθηκαν.

✓ Πρόληψη και Εκπαίδευση

Υφίστανται καθολικά και εξατομικευμένα προγράμματα πρόληψης σε πλαίσια οικογένειας, σχολείου, ψυχαγωγικών και αθλητικών εγκαταστάσεων, κοινότητας, χώρων εργασίας, οδικής ασφάλειας και των φυλακών.

Η πρόληψη των ναρκωτικών αποτελεί μέρος της πορτογαλικής σχολικής διδακτέας ύλης και εφαρμόζεται κυρίως στο μάθημα της βιολογίας.

✓ Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται

Το 2016 μόνο ένας στους τρεις διακινητές και ένας στους δέκα παραβάτες της περί ναρκωτικών νομοθεσίας φυλακίζονται (σε ποσοστό 31% επί του συνόλου των συλληφθέντων για διακίνηση και μόνο 12% του συνόλου των συλληφθέντων παραβατών), ενώ οι κρατούμενοι για παραβάσεις ναρκωτικών αποτελούν μόλις το 18,9% του πληθυσμού των φυλακών.

✓ Κόστος και ωφέλεια

Υπάρχουν λίγα παραδείγματα προσπαθειών για την εκτίμηση του αντίκτυπου των αλλαγών της νομικής προσέγγισης σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες. Στην έρευνα του (**Goncalves R., Lourenc A., Silva SN., 2015**) για την ανάλυση του κοινωνικού κόστους της κατάστασης πριν και μετά την αποποινικοποίηση στην Πορτογαλία, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του κόστους που συνδέεται με την πολιτική για τα ναρκωτικά μεταξύ του 2000 και του 2004, ιδίως στο νομικό σύστημα (άμεσες δαπάνες).

Η αποποινικοποίηση όμως αποτελεί στην Πορτογαλία μόνο ένα στοιχείο μιας σημαντικής πολιτικής αλλαγής, συμπεριλαμβανομένου ενός ισχυρού προσανατολισμού της πολιτικής για τα ναρκωτικά στη δημόσια υγεία.

Η πρωτοβουλία για την αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών συνοδεύτηκε από σημαντικές επενδύσεις σε παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων μέτρων για τη μείωση της βλάβης και προγράμματα θεραπείας εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Ως ένα από τα άμεσα αποτελέσματα της αποποινικοποίησης, ήταν ο υπερπληθυσμός των φυλακών να σημειώσει σημαντική πτώση, με την παράλληλη πτώση του ποσοστού των παραβατών της περί ναρκωτικών νομοθεσίας να φυλακίζονται, ωστόσο δεν επέφερε μείωση της κατάχρησης της κάνναβης, της εμφάνισης της συνδεδεμένης παραβατικής συμπεριφοράς και της οργανωμένης εγκληματικότητας.

Η Πορτογαλία όπως προαναφέρθηκε αποτελεί τη μοναδική προσέγγιση για την οποία η επιτροπή για τον διεθνή έλεγχο των ναρκωτικών (INCB) έχει αποφανθεί ότι δεν παραβιάζει τις Διεθνείς Συνθήκες, αποτελώντας φάρο στην Ευρώπη

## **B.2. Διαφοροποιημένα Μοντέλο:**

### **Αποποινικοποίηση της χρήσης και της παραγωγής για ψυχαγωγική χρήση**

Ορισμένα μοντέλα αποποινικοποίησης απεγκληματοποιούν και την καλλιέργεια της κάνναβης για προσωπική χρήση, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά δεν χρειάζεται να προσφύγουν στην εγκληματική αγορά για να έχουν πρόσβαση στην ουσία της επιλογής τους. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες, κοινωνικοί σύλλογοι (Social clubs) κάνναβης δημιουργήθηκαν από ανθρώπους που χρησιμοποιούν κάνναβη για να απομακρυνθούν οι χρήστες από τη μαύρη αγορά και να εξασφαλίσουν προϊόντα καλής ποιότητας.

Στο Βέλγιο και στην Ισπανία, για παράδειγμα, οι κοινωνικές λέσχες επιτρέπουν στους ανθρώπους να καλλιεργούν τα δικά τους φυτά κάνναβης και μόνο σε ποσότητες κατάλληλες για τις ανάγκες των μελών του συλλόγου. Η καλλιέργεια και η διανομή περιορίζονται στα μέλη του συλλόγου και η κάνναβη μπορεί να καταναλωθεί στις εγκαταστάσεις του αυτού. Η συμμετοχή απαγορεύεται για άτομα κάτω των 18 ετών.

Ορισμένοι σύλλογοι συμβάλουν στην ενθάρρυνση της υπεύθυνης κατανάλωσης μεταξύ των μελών τους, παρέχοντας καθοδήγηση και πληροφορίες σχετικά με τη χρήση.

### **B.3. Ανάλυση Μοντέλου II- Ρυθμιζόμενη αγορά ναρκωτικών-**

#### **Περιγραφή και Προσεγγίσεις Πολιτικής**

Η αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών υιοθετείται ολοένα και περισσότερο ως πολιτική και πρακτική κυρίως στην Αμερικάνικη Ήπειρο και βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων στα πλαίσια του ΟΗΕ και στις υψηλού επιπέδου διαβουλεύσεις. Πλην της νομιμότητας ή μη αυτών των προσεγγίσεων αναπτύσσεται ταχέως μια παράλληλη συζήτηση γύρω από τη ρύθμιση της παραγωγής, της προσφοράς και της κατανάλωσης ορισμένων διεθνώς ελεγχόμενων ουσιών.

Η νομική ρύθμιση της κάνναβης βρίσκεται στην πρώτη γραμμή αυτής της ταχέως εξελισσόμενης συζήτησης - ιδιαίτερα από το 2012, όταν η κάνναβη νομιμοποιήθηκε για μη ιατρική χρήση στις πολιτείες της Ουάσιγκτον και στο Κολοράντο. Σύντομα, η Ουρουγουάη έγινε το πρώτο κράτος-μέλος του ΟΗΕ για να πράξει το ίδιο με την υιοθέτηση του νόμου ρύθμισης της ψυχαγωγικής χρήσης της κάνναβης. Το 2015, η Τζαμάικα νομιμοποιεί την κάνναβη για ιατρικούς, βιομηχανικούς και θρησκευτικούς σκοπούς, τέλος το 2018 η νεοεκλεγείσα καναδική κυβέρνηση είναι η πρώτη χώρα των G7 που υιοθετεί μία ρυθμιζόμενη αγορά για την κάνναβη.

Στη ρυθμιζόμενη αγορά της κάνναβης χορηγούνται άδειες σε εταιρείες με κερδοσκοπικό σκοπό για την παραγωγή, εμπορία και πώληση ενός φάσματος αδειοδοτημένων προϊόντων κάνναβης.

Από το 2017, οκτώ πολιτείες στις Ηνωμένες Πολιτείες επέτρεψαν τη μη ιατρική χρήση και παραγωγή κάνναβης, καθώς και η περιφέρεια της Κολούμπια. Όλες αυτές οι δικαιοδοσίες, εκτός από την περιφέρεια της Κολούμπια, πλέον χορηγούν άδεια σε εταιρείες με κερδοσκοπικό σκοπό για την παραγωγή, εμπορία και πώληση προϊόντων κάνναβης. Σημειώνεται ότι όλα τα κράτη που έχουν νομιμοποιήσει την παραγωγή και την πώληση κάνναβης είχαν προηγούμενα μέτρα που επιτρέπουν την ιατρική χρήση κάνναβης.

Για την αξιολόγηση αυτού του μοντέλου θα επιλέξουμε την προσέγγιση του Κολοράντο.

#### **B.3.1.Κολοράντο- Νομιμοποίηση της χρήσης και της παραγωγής για ψυχαγωγική χρήση.**

Το παρόν τμήμα της εργασίας επικεντρώνεται στην παρουσίαση στοιχείων που έχουν καταστεί διαθέσιμα από την πολιτεία του Κολοράντο, καθώς ήταν μεταξύ των πρώτων που υιοθέτησαν τα μέτρα για τη μη ιατρική χρήση κάνναβης στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Σε αυτή την ενότητα, οι όροι "μη ιατρική χρήση" και "ψυχαγωγική χρήση" κάνναβης έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά.



Οι ακόλουθες σφαίρες αντικατοπτρίζουν πέντε διαφορετικές χρονικές στιγμές τόσο στο νομικό καθεστώς όσο και στην εμπορική διαθεσιμότητα της κάνναβης στο Κολοράντο:

- Πριν από το 2000: Παράνομη η κατοχή και η καλλιέργεια.
- 2000-2009: Εγκρίνεται η ιατρική χρήση κάνναβης. Αρμόδια υπηρεσία εκδίδει κάρτες μητρώου σε άτομα που έχουν λάβει διάγνωση από το γιατρό για ότι η κάνναβη θα ωφελήσει στην ιατρική τους κατάσταση τους. Είναι νόμιμο να κατέχει κάποιος έως και 56γρ. κάνναβης και να καλλιεργεί έως 6 φυτά. Δεν υπάρχει ρυθμιζόμενη αγορά αυτή την περίοδο. Επιτρέπονται μεμονωμένες εμπορικές επιχειρήσεις ή φροντιστές που αναπτύσσουν δραστηριότητες, κατόπιν εξουσιοδοτήσεις των ασθενών και περιορίζονται στην εξυπηρέτηση έως πέντε ασθενών.
- 2010-2012: Η ιατρική κάνναβη διατίθεται στο εμπόριο και ρυθμίζεται σε αδειοδοτημένους διανομείς και παραγωγούς.
- 2013: Νομιμοποιείται η προσωπική κατοχή κάνναβης για ψυχαγωγική χρήση αλλά οι πωλήσεις δεν διατίθενται στο εμπόριο. Η ιατρική χρήση συνεχίζεται ως ρυθμιζόμενη εμπορική αγορά.
- 2014: Η ψυχαγωγική και ιατρική χρήση της κάνναβης καλύπτονται από πλήρως ρυθμιζόμενη και εμπορευματοποιημένη αγορά. Τα αδειοδοτημένα καταστήματα λιανικής πώλησης ανοίγουν την 1η Ιανουαρίου 2014.

### **B.3.2. Κολοράντο-Αξιολόγηση βάσει στοχεύσεων και επιμέρους δεικτών**

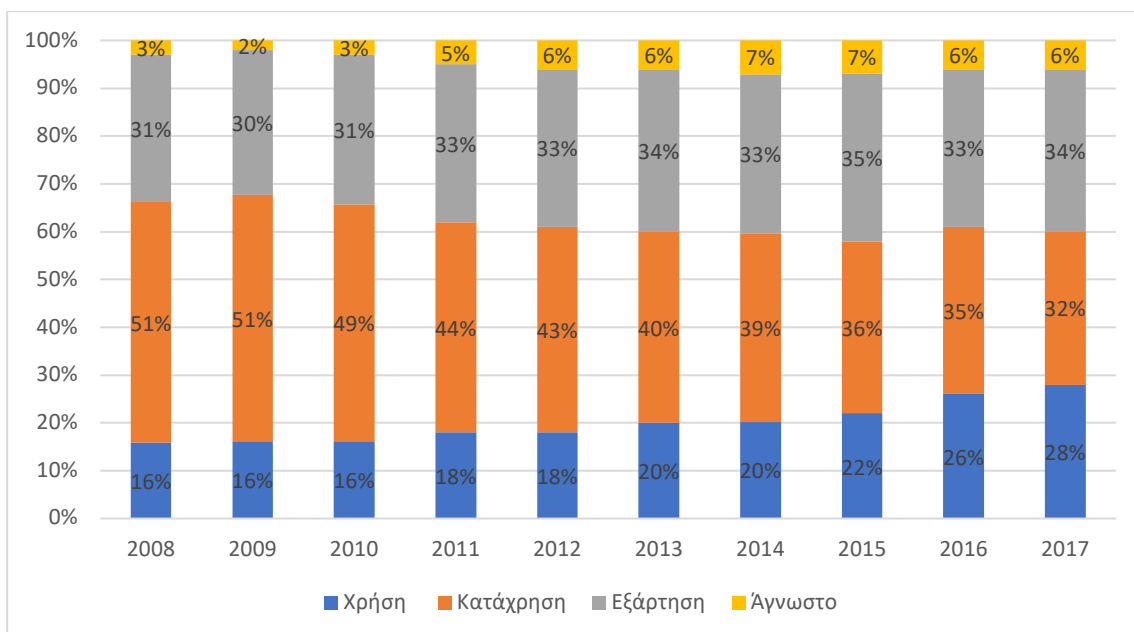
Τα αποτελέσματα της νομοθεσίας όσον αφορά τα μέτρα δημόσιας υγείας και ασφάλειας στο Κολοράντο αρχίζουν να αναδύονται από τα διαθέσιμα στοιχεία και παρουσιάζονται παρακάτω.

Πρέπει να επισημανθεί ότι η νομοθεσία για την κάνναβη στο Κολοράντο δεν εφαρμόστηκε ομοιογενώς σε ολόκληρη την επικράτεια, επειδή ο κανονισμός επιτρέπει στις περιφέρειες και στις πόλεις να μην συμμετέχουν. Μόνο 25 από τις 64 κομητείες του Κολοράντο επέλεξαν να συμπεριλάβουν ορισμένα στοιχεία στη νομοθεσία τους για τη ψυχαγωγική χρήση της κάνναβης.

#### **B.3.2.1.Στόχος A: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας**

##### **Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση σε σχέση με την κάνναβη**

Όσον αφορά στοιχεία που αφορούν την υψηλής επικινδυνότητα χρήση δεν υπάρχουν στοιχεία αντίστοιχα με αυτά που συλλέγονται στην Πορτογαλία. Η σοβαρότητα της χρήσης κάνναβης στο Κολοράντο προσδιορίζεται από την αποτυπωθείσα κλινική εικόνα των ατόμων που έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας, στοιχεία παρουσιάζεται στο Σχέδιο 14. Η αναλογία των χρηστών που χαρακτηρίζονται ως εξαρτώμενοι από τη κάνναβη παρέμεινε σταθερή, από το 2008 μέχρι το 2017, περίπου στο ένα τρίτο των χρηστών. Το ποσοστό της κατάχρησης ουσιών μειώθηκε, από 51% το 2008 σε 32% το 2017, ενώ η χρήση αυξήθηκε από 16% το 2008 σε 28% το 2017.



Σχέδιο 13: Αποτυπωθείσα κλινική εικόνα για τη σοβαρότητα της χρήσης Κάνναβης, Κολοράντο 2008-2017.

Από το Υπουργείο Υγείας συλλέγονται επίσης στοιχεία που αφορούν τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης από τα αιτούντα θεραπεία άτομα και αφορούν τη συχνότητα χρήση του τελευταίου μήνα πριν από το αίτημα, αναλυτικά (Πίνακας 8). Το 2008, το 23% των ατόμων που αναζήτησαν θεραπεία ήταν περιστασιακοί χρήστες (1 – 7 ημέρες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες) και το 10% ήταν υψηλής επικινδυνότητας χρήστες (22 ημέρες ή περισσότερο). Το 2017, αυτή η διανομή άλλαξε με τους περιστασιακούς χρήστες (19%) να είναι λιγότεροι από τους υψηλής επικινδυνότητας χρήστες (25%), υποδεικνύοντας ότι όσοι αναζητούν πλέον θεραπεία είναι πιθανότερο να κάνουν βαριά κατάχρηση κάνναβης πριν από την εισαγωγή τους.

Πίνακας 8: Στοιχεία χρήσης κάνναβης στον πληθυσμό που αιτήθηκε θεραπεία στο Κολοράντο (2008, 2012, 2017)

| Συχνότητα χρήσης κάνναβης τον τελευταίο μήνα από άτομα που αιτήθηκαν θεραπεία, Κολοράντο 2008, 2012, 2017. | 2008 (%) | 2012 (%) | 2017 (%) |
|--|----------|----------|----------|
| <b>Περιστασιακή χρήση</b><br>(1 έως 7 ημέρες/μήνα)   | 23%      | 22%      | 19%      |
| <b>Συχνή χρήση</b><br>(8 έως 21 ημέρες/μήνα)   | 11%      | 14%      | 16%      |
| <b>Υψηλής επικινδυνότητας χρήση</b><br>(22 ημέρες και περισσότερο/μήνα)                                    | 10%      | 15%      | 25%      |

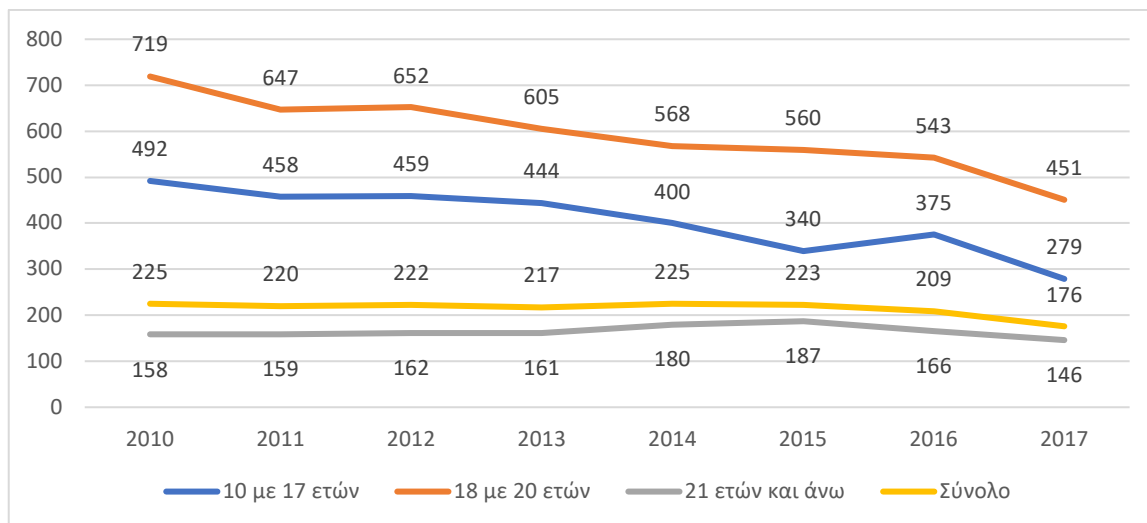
Πηγή: Colorado Department of Human Services, Office of Behavioral Health, Drug/Alcohol Coordinated Data System. Analyzed by the Division of Criminal Justice

## Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας).

Το Τμήμα Ανθρωπίνων Υπηρεσιών του Κολοράντο, Γραφείο Υγείας Συμπεριφοράς (OBH- Office of Behavioral Health ) υποχρεούται να συλλέγει και να αναφέρει δεδομένα θεραπείας χρήσης ουσιών από αδειοδοτημένες μονάδες στα πλαίσια της χρηματοδότησης της SAMHSA (Κατάχρηση ουσιών και Διοίκηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας). Τα δεδομένα που συλλέγονται περιλαμβάνουν τις τρεις κυριότερες ουσίες κατάχρησης, δημογραφικά χαρακτηριστικά, πηγή παραπομπής, λόγο παραπομπής, χρόνο θεραπείας, κατοικία πελάτη και πολλά άλλα.

Το ποσοστό των ατόμων σε θεραπεία (ανά 100.000 πληθυσμό) και ο συνολικός αριθμός των εισαγωγών με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ανά ηλικιακή ομάδα, παρουσιάζονται λεπτομερώς στο Σχέδιο 15 και 16.

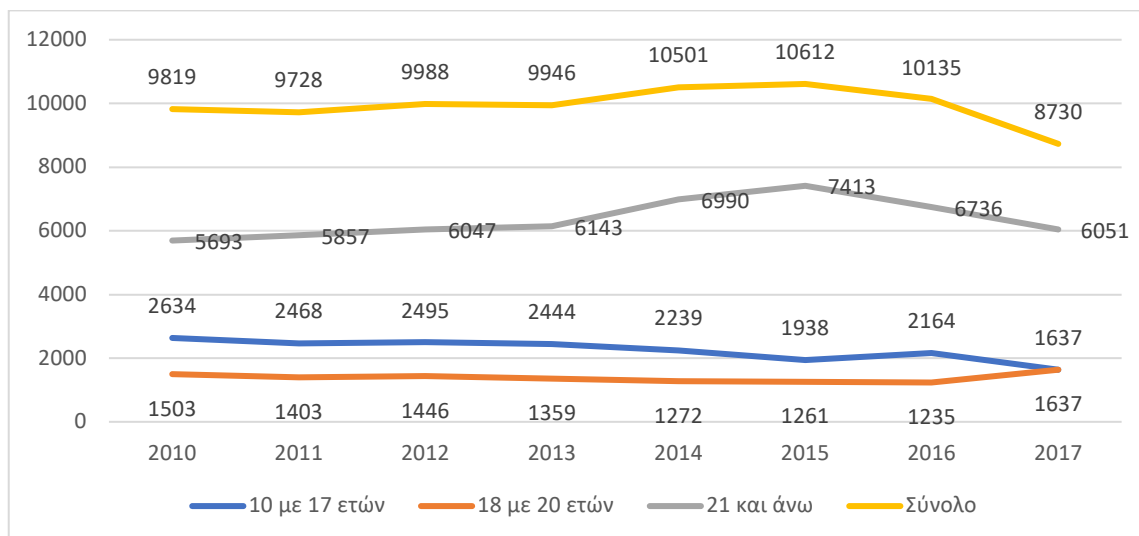
Σχέδιο 14: Ποσοστό εισόδου σε θεραπεία (ανά 100.000 κατοίκους) με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ανά ηλικιακή ομάδα, Κολοράντο 2010-2017



Πηγή: Colorado Dpt of Human Services, Office of Behavioral Health

Το ποσοστό εισαγωγής σε θεραπεία για όσους ανέφεραν την κάνναβη ως την κύρια ουσία κατάχρησης μετά από τα υψηλά νούμερα του 2010 σημειώνει σταδιακά μέχρι το 2017 μείωση, από 222 ανά 100.000 κατοίκους το 2012 σε 176 ανά 100.000 κατοίκους το 2017. Αντίστοιχη μείωση καταγράφεται και στο ποσοστό εισαγωγών σε θεραπεία για τα άτομα κάτω των 18, από 459 ανά 100.000 το 2012 σε 279 το 2017. Μείωση καταγράφεται για όσους ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18-20, από 652 εισαγωγές ανά 100.000 το 2012 σε 451 το 2017. Οι ασθενείς ηλικίας 21 ετών και άνω είχαν αρχικά μικρή αύξηση στα ποσοστά θεραπείας, αλλά τα ποσοστά στη συνέχεια μειώθηκαν από 162 ανά 100.000 το 2012 σε 146 το 2017.

Σχέδιο 15: Αριθμός εισαγωγών σε θεραπεία με κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης την κάνναβη, ανά ηλικιακή ομάδα, Κολοράντο 2008-2017

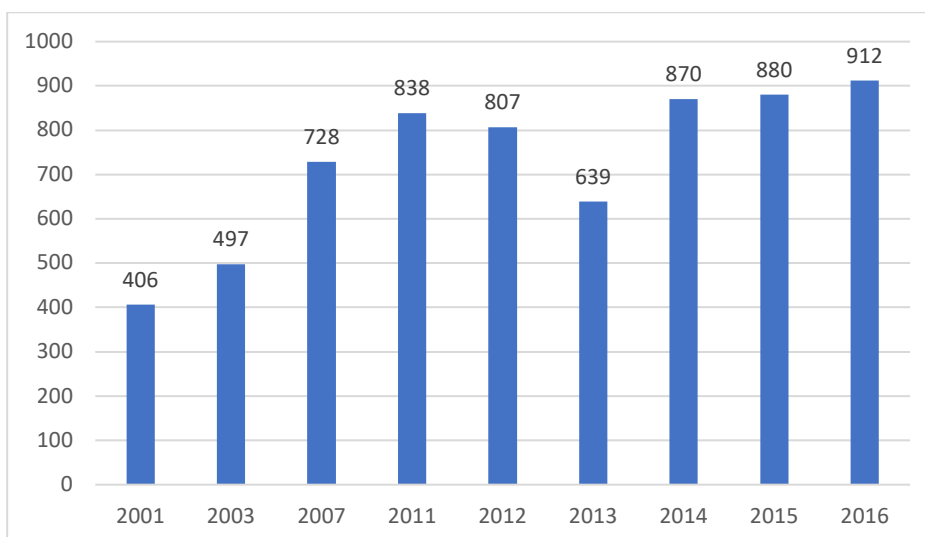


Πηγή: Colorado Dpt of Human Services, Office of Behavioral Health

Σημειώνεται ότι δεν υπάρχουν στοιχεία για αριθμούς νέων αιτήσεων προκειμένου να μελετηθεί η τάση τους προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι πράγματι σημειώνεται μείωση στα αιτήματα θεραπείας και να συγκριθεί με την αντίστοιχη καταγραφείσα αυξητική τάση της Πορτογαλίας .

### Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Οι θάνατοι από υπερβολική δόση ναρκωτικών στο Κολοράντο αυξήθηκαν κατά 4% το 2016, από 880 το 2015 σε 912 το 2016. Οι θάνατοι υπερδιπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια, το 2001 καταγράφηκαν μόλις 406 περιπτώσεις. (Σχέδιο 17).



Σχέδιο 16: Θάνατοι από οξεία δηλητηρίαση, Κολοράντο 2001-2016

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κολοράντο (*Department of Public Safety, Division of Criminal Justice Colorado, 2018*), το ποσοστό θανάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών ανά 100.000 κατοίκους αυξήθηκε σταθερά μεταξύ 2001 και 2016, ανεβαίνοντας σε 16.1 θανάτους το 2016 από 8.8 θανάτους το 2001. Κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους είναι τα συνταγογραφούμενα οπιούχα φάρμακα και ακολουθεί η ηρωίνη, η μεθαμφεταμίνη και μετά η κοκαΐνη.

Ωστόσο, διαφαίνεται ότι το ποσοστό αυτό τείνει να σταθεροποιηθεί: Το ποσοστό θνησιμότητας το 2016, 16.1 ανά 100.000, δεν άλλαξε πολύ από 15.6 ανά 100.000 το 2015 και το 15.7 ανά 100.000 το 2014.

Σε επίπεδο Η.Π.Α. καταγράφηκαν 63.500 θάνατοι από υπερβολική δόση φαρμάκων το 2016 με ποσοστό θνησιμότητας 19.8 θανάτων ανά 100.000, υψηλότερο από το ποσοστό του Κολοράντο.

Σε αναλογία του 1.000.000 κατοίκων το ποσοστό είναι 161 θάνατοι, ποσοστό πολύ υψηλότερο από το των 3.9 θανάτων ανά εκατομμύριο της Πορτογαλίας και των 21.8 θανάτων της Ευρώπης.

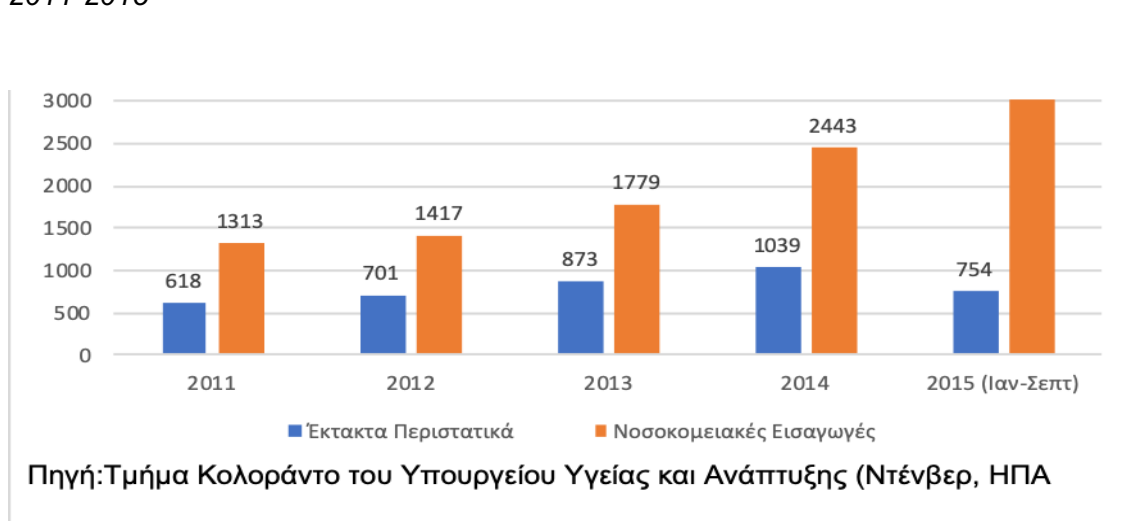
Τα οπιοειδή -συμπεριλαμβανομένων των συνταγογραφούμενων και της ηρωίνης- αποτελούν την κυριότερη ουσία που σχετίζεται με τους θανάτους οξείας δηλητηρίασης στο Κολοράντο. Οι 504 από τους 912 θάνατοι το 2016 οφειλόταν σε οπιοειδή δηλαδή από το ήμισυ (55%) των θανάτων, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από το ένα τρίτο (32,5%) του 2001.

Στοιχεία που να αφορούν του συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους, δηλαδή θανάτους οφειλούμενους σε άλλες παθήσεις προερχόμενες από την κατάχρηση ουσιών δεν συλλέγονται στο Κολοράντο.

### Επιπρόσθετα Αποτελέσματα δημόσιας υγείας:

Στο Κολοράντο τηρούνται επιπρόσθετα στοιχεία από την παρεχόμενη δημόσια περίθαλψη, τα οποία είναι εξαιρετικής σημασίας και κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν. Ειδικότερα κατά την περίοδο 2013-2014, ο συνολικός αριθμός των

*Σχέδιο 17:Χρήση συστήματος Υγείας σε περιστατικά χρήσης κάνναβης, Κολοράντο 2011-2015*



νοσηλειών/εισαγωγών που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης αυξήθηκε κατά 20%. Σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των κλήσεων στο κέντρο δηλητηριάσεων και ναρκωτικών στο Κολοράντο τα έτη μετά τη ρύθμιση της ιατρικής κάνναβης (2010) και μετά τη νομιμοποίηση της ψυχαγωγικής χρήσης κάνναβης (2013). Κατά την περίοδο 2013-2014, οι κλήσεις αυξήθηκαν κατά 75% και παρέμειναν σχετικά σταθερές από το 2014 έως το 2016 (**Based on information of the Rocky Mountain Poison and Drug Centre, as reported in Santhi Chilukri**).

Ενώ το σύνολο των έκτακτων περιστατικών δηλητηριάσεων από κάνναβη δεν ήταν μεγάλο, ανησυχητικός ήταν ο αυξανόμενος αριθμός παιδιών που εισήχθησαν στα επείγοντα λόγω ακούσιας κατανάλωσης προϊόντων κάνναβης.

Κατά την περίοδο 2013-2016, το κέντρο δηλητηριάσεων και ναρκωτικών στο Κολοράντο ανέφερε κατά μέσο όρο 37 περιπτώσεις έκθεσης σε κάνναβη μεταξύ παιδιών ηλικίας 5 ετών και νεότερων, σε σύγκριση με 13 περιπτώσεις κατά την προηγούμενη περίοδο 2009-2012. (**Colorado Department of Public Health and Environment, 2016**).

### B.3.2.2.Στόχος Β: Προστασία της δημόσιας ασφάλειας

#### Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά

Ο συνολικός αριθμός συλλήψεων που σχετίζεται με την κάνναβη μειώθηκε κατά 56% μεταξύ 2012 και 2017, από 12.709 σε 6.153 (Πίνακας 8). Οι συλλήψεις για παράνομη κατοχή κάνναβης, οι οποίες αποτελούν την πλειοψηφία όλων των συλλήψεων, μειώθηκαν κατά περισσότερο από το ήμισυ (-59%). Οι συλλήψεις για πώληση κάνναβης μειώθηκαν κατά 17%, ενώ οι συλλήψεις για παραγωγή κάνναβης αυξήθηκαν σημαντικά (+ 51%). (Πίνακας 9).

#### Συλλήψεις για παραβάσεις κάνναβης, Κολοράντο 2012-2017

|              | 2012*  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Συλλήψεις    | 12.709 | 6.359 | 6.902 | 6.728 | 6.250 | 6.153 |
| Ηλιακή Ομάδα |        |       |       |       |       |       |
| 10 έως 17    | 3.168  | 3.030 | 3.325 | 2.956 | 2.615 | 2.655 |
| 18 έως 20    | 3.307  | 2.241 | 2.221 | 2.064 | 2.026 | 2.099 |
| 21+          | 6.234  | 1.088 | 1.356 | 1.708 | 1.609 | 1.399 |

\*έτος που η ψυχαγωγική χρήση απαγορεύεται

#### Πίνακας 9: Συλλήψεις για παραβάσεις κάνναβης, Κολοράντο 2012-2017

Μεταξύ του 2012 και του 2017, σημειώθηκε μείωση των συλλήψεων κατά 78% για τις ηλικίες 21 και άνω, για τις οποίες η κατοχή κάνναβης ίση ή μικρότερη από μία ουγκιά είναι πλέον νόμιμη. Μείωση κατά 37% καταγράφεται στην ομάδα ηλικίας 18 έως 20 ετών που μπορεί νομίμως να κατέχει κάνναβη μόνο όταν έχει ιατρική κάρτα. Στους ανήλικους ηλικίας μεταξύ 10 και 17 ετών καταγράφεται

μείωση κατά 16% του αριθμού των συλλήψεων. Το 2017, οι ανήλικοι αντιπροσωπεύουν πάνω από τέσσερις στους δέκα (43%) όλων των συλλήψεων κάνναβης σε σύγκριση με 25% το 2012, γεγονός που εξηγείται καθόσον είναι παράνομη η κατοχή κάνναβης από ανήλικους.

Πίνακας 10: Αριθμός βεβαιωθέντων αδικημάτων Κάνναβης , Κολοράντο 2012-2016

Αριθμός βεβαιωθέντων αδικημάτων Κάνναβης

|                 | 2012   | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Αδίκημα*</i> |        |       |       |       |       |
| Κατοχή          | 11.361 | 5.407 | 5.962 | 5.982 | 5.454 |
| Πώληση          | 301    | 224   | 229   | 175   | 221   |
| Διακίνηση       | 6      | 5     | 0     | 4     | 8     |
| Παραγωγή        | 179    | 111   | 175   | 192   | 256   |
| Άλλο            | 1.120  | 766   | 653   | 526   | 439   |

\* Ένα άτομο μπορεί να κατηγορηθεί για άνω του ενός αδικήματα, οπότε ο αριθμός των συλληφθέντων διαφοροποιείται του συνόλου των αδικημάτων

Πηγή: Colorado Bureau of Investigation, National Incident-Based Reporting System; Colorado State Demography Office Data <https://demography.dola.colorado.gov>

**Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος**

Ο αριθμός δικαστικών υποθέσεων σοβαρού κα οργανωμένου εγκλήματος του Κολοράντο σε συνδυασμό με διακίνηση ποσοτήτων κάνναβης παρουσιάζεται στον Πίνακα 11. Ο αριθμός των υποθέσεων οργανωμένης εγκληματικότητας αυξήθηκε σημαντικά, από 31 το 2012 σε 119 το 2017 (Σχέδιο 22). Οι κατηγορίες που συνδέονται με τη νομοθεσία του οργανωμένου εγκλήματος αυξήθηκαν περισσότερο σε περιπτώσεις παραγωγή κάνναβης ή προϊόντων κάνναβης (25 έως 142).

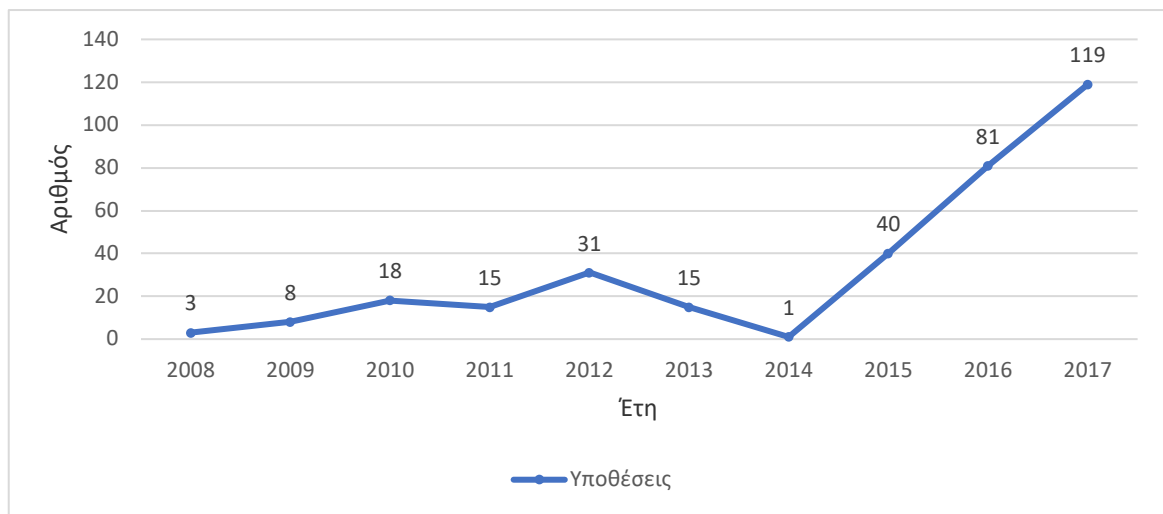
Πίνακας 11: Υποθέσεις-Κατηγορίες για Οργανωμένες εγκληματικές ομάδες που δραστηριοποιούνται στην παράνομη διακίνηση/παραγωγή κάνναβης, Κολοράντο, 2008-2017

|      | Υποθέσεις | Συνωμοσία | Παραγωγή | Διακίνηση | Κατοχή με πρόθεση διακίνησης | Κατοχή | Άλλο |
|------|-----------|-----------|----------|-----------|------------------------------|--------|------|
| 2008 | 3         | 0         | 2        | 4         | 1                            | 0      | 0    |
| 2009 | 8         | 2         | 1        | 2         | 5                            | 4      | 0    |
| 2010 | 18        | 30        | 42       | 33        | 10                           | 1      | 6    |
| 2011 | 15        | 77        | 9        | 32        | 34                           | 1      | 0    |
| 2012 | 31        | 56        | 25       | 43        | 32                           | 4      | 0    |
| 2013 | 15        | 21        | 26       | 4         | 1                            | 4      | 1    |

|      |     |     |     |     |     |   |   |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|
| 2014 | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 0 | 0 |
| 2015 | 40  | 61  | 107 | 58  | 60  | 8 | 0 |
| 2016 | 81  | 72  | 109 | 93  | 77  | 0 | 0 |
| 2017 | 119 | 135 | 142 | 127 | 124 | 6 | 0 |

Πηγή: Colorado State Judicial Branch, σε ανάλυση από Division of Criminal Justice  
 Σημείωση: Σε κάθε υπόθεση δύναται να ασκηθεί ποινική δίωξη για περισσότερα του ενός αδικήματα

Σχέδιο 18: Υποθέσεις Κάνναβης Οργανωμένης Εγκληματικότητας, Κολοράντο 2008-2017



Οι κατασχέσεις κάνναβης αυξήθηκαν κατά 50% από το 2013, όταν η μη ιατρική χρήση κάνναβης νομιμοποιήθηκε στο Κολοράντο.

Ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τις κατασχέσεις ποσοτήτων κάνναβης. Οι κατασχεμένες ποσότητες κάνναβης αρχικά μειώθηκαν από 7.696,5 λίβρες το 2012 σε 3.010,2 το 2014, αλλά ανέκαμψε το 2017 όταν κατασχέθηκαν πάνω από 10.000 λίβρες κάνναβης. Ο αριθμός των συνολικών κατασχέσεων φυτών ακολουθούσε μια τάση παρόμοια με το βάρος που κατασχέθηκε, με μια αρχική μείωση στα φυτά που κατασχέθηκαν το 2012 (28.283,5 φυτά έως το 2013 (1.228), στη συνέχεια μια αύξηση στα 2017 σε 25.254 φυτά.



| Κατασχεθείσες<br>Κάνναβης |    | 2012      | 2013         | 2014      | 2015     | 2016          | 2017      |
|---------------------------|----|-----------|--------------|-----------|----------|---------------|-----------|
| Ποσότητα<br>rounds        | σε | 7,696.60  | 3,364.0<br>0 | 3,010.20  | 5,103.40 | 5,145.30      | 10,358.20 |
| Ποσότητα<br>δόσεις        | σε | 1,631.80  | 431          | 31,131.40 | 592.4    | 8,778.80      | 5,243.00  |
| Δενδρύλλια                |    | 28,283.50 | 1,228.0<br>0 | 2,839.70  | 4,000.00 | 10,076.0<br>0 | 25,254.70 |

Πηγή: Colorado Bureau of Investigation, National Incident-Based Reporting System data.

Πίνακας 12: Κατασχέσεις Κάνναβης, Κολοράντο 2012-2017

|      | Φυτείες | Δενδρύλλια | Από στοιχεία της Εθνικής Δασικής Υπηρεσίας, του Κολοράντο προκύπτει ότι τα τελευταία τρία χρόνια ο αριθμός των φυτειών κάνναβης που ανευρίσκονται και κατασχέζονται έχει αυξητική τάση (Πίνακας 13). Πριν από τη νομιμοποίηση, το έτος με τη μεγαλύτερη δραστηριότητα ήταν το 2012, με 11 φυτείες και 46.622 δενδρύλλια, πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν αύξηση της παράνομης δραστηριότητας καλλιέργειας σε δημόσιες εκτάσεις (ύπαιθρο κυρίως κοντά στα σύνορα), με 63.602 δενδρύλλια να έχουν κατασχεθεί το 2016 και 80.826 το 2017. Οι φυτείες βρίσκονται κυρίως κοντά στα σύνορα του Κολοράντο με άλλες πολιτείες οι οποίες δεν έχουν νομιμοποιήσει την κάνναβη. |
|------|---------|------------|---|
| 2009 | 8       | 29.381     |   |
| 2010 | 5       | 15.665     |   |
| 2011 | 4       | 3.970      |   |
| 2012 | 11      | 46.662     |   |
| 2013 | 3       | 4.980      |   |
| 2014 | 4       | 4.484      |   |
| 2015 | 6       | 25.030     |   |
| 2016 | 8       | 63.602     |   |
| 2017 | 22      | 80.826     |   |

Πηγή: Division of Criminal Justice

Πίνακας 13: Κατασχεμένα φυτά κάνναβης σε δημόσιες εκτάσεις, Κολοράντο 2009-2017

### Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.

Στις Η.Π.Α ένα από τα κέντρα αξιολόγησης της διαφθοράς στις Πολιτείες είναι και το Public Integrity Center, μη κυβερνητική οργάνωση, που ασχολείται με τη διερεύνηση περιστατικών διαφθοράς ενώ διεξάγει και αξιολόγηση των πολιτειών για την ευθύνη και διαφάνεια της κρατικής εξουσίας. Στην τελευταία αξιολόγηση (2015) το Κολοράντο έλαβε συνολική βαθμολογία D + και βαθμό 67, κατατάσσοντας το 13ο σε εθνικό επίπεδο (συνδεδεμένο με το Ιλλινόις). Παρόλο που η βαθμολογία είναι σχεδόν ίδια με αυτή που δόθηκε το 2012, οι βαθμολογίες δεν είναι άμεσα συγκρίσιμες λόγω των αλλαγών που έγιναν για τη βελτίωση και την ενημέρωση του σχεδίου και της μεθοδολογίας του.

#### Δείκτης 4: Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία.

##### Αυτοκτονίες

Στο Κολοράντο, συλλέγονται στοιχεία για τις αυτοκτονίες και μελετάτε η διασύνδεσή τους με τη χρήση ουσιών. Ο αριθμός των περιπτώσεων αυτοκτονίας όπου ανιχνεύτηκαν τοξικολογικά ουσίες αυξήθηκε από 11.8% το 2012 σε 22.3% το 2016. Ωστόσο η μεταβλητή "Παρουσία Κάνναβης" στις τοξικολογικές εξετάσεις περιλαμβάνει την ανίχνευση Delta-9 THC, 11-OH-THC ή THC-COOH (καρβοξυ), είναι πλήρως ενδεικτική και δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως αιτία που οδήγησε στην πράξη της αυτοκτονίας.(βλ. Πίνακα 13)

Πίνακας 14: Αυτοκτονίες με παρουσία Κάνναβης και Αλκοόλ, Κολοράντο 2006-2016

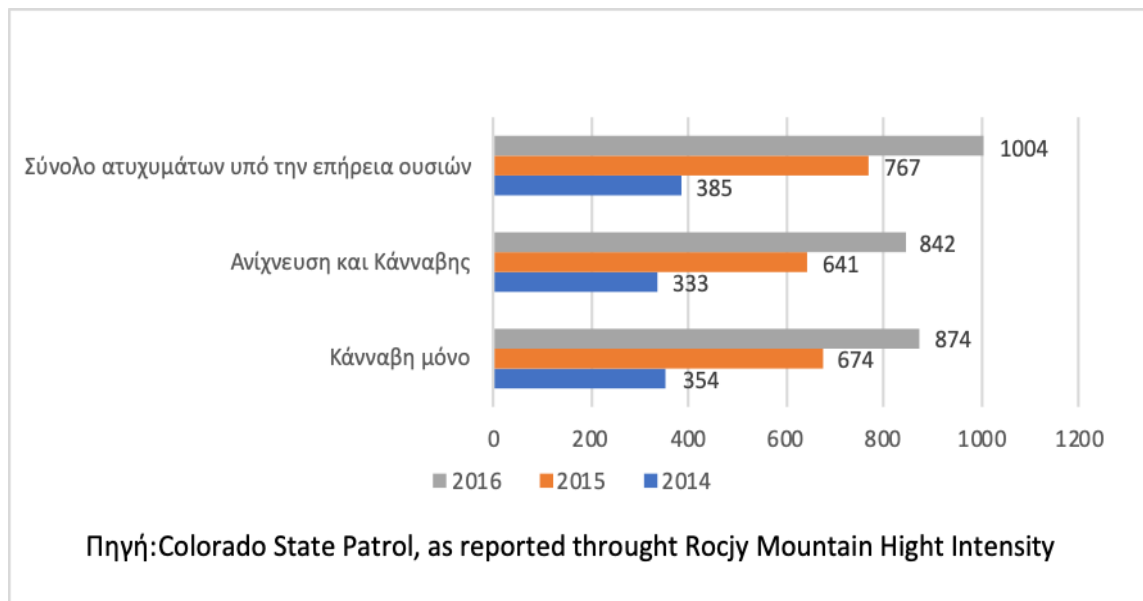
|      | No<br>Αυτοκτονιών | No<br>Διαθέσιμων<br>Τοξικολογικών<br>Εξετάσεων | N.<br>με<br>%<br>παρουσία<br>Κάνναβης | N.<br>με<br>%<br>παρουσία<br>Αλκοόλ |
|------|-------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 2006 | 711               | 585  | 44<br>7.50%                           | 206<br>35.20%                       |
| 2007 | 807               | 767  | 70<br>9.10%                           | 273<br>35.60%                       |
| 2008 | 799               | 776  | 58<br>7.50%                           | 275<br>35.40%                       |
| 2009 | 919               | 707  | 50<br>7.10%                           | 247<br>34.90%                       |
| 2010 | 850               | 821  | 70<br>8.50%                           | 268<br>32.60%                       |
| 2011 | 884               | 821  | 62<br>7.60%                           | 81<br>34.20%                        |
| 2012 | 1,021             | 729  | 86<br>11.80%                          | 242<br>33.20%                       |
| 2013 | 996               | 764  | 105<br>13.70%                         | 260<br>36.90%                       |
| 2014 | 1,063             | 817  | 122<br>14.90%                         | 328<br>40.10%                       |
| 2015 | 1,066             | 808  | 156<br>19.30%                         | 298<br>36.90%                       |
| 2016 | 1,140             | 860  | 189<br>22.30%                         | 312<br>36.30%                       |

Πηγή: Colorado Department of Public Health and Environment, Colorado Violent Death Reporting System

##### Οδήγηση υπό την επήρεια κάνναβης:

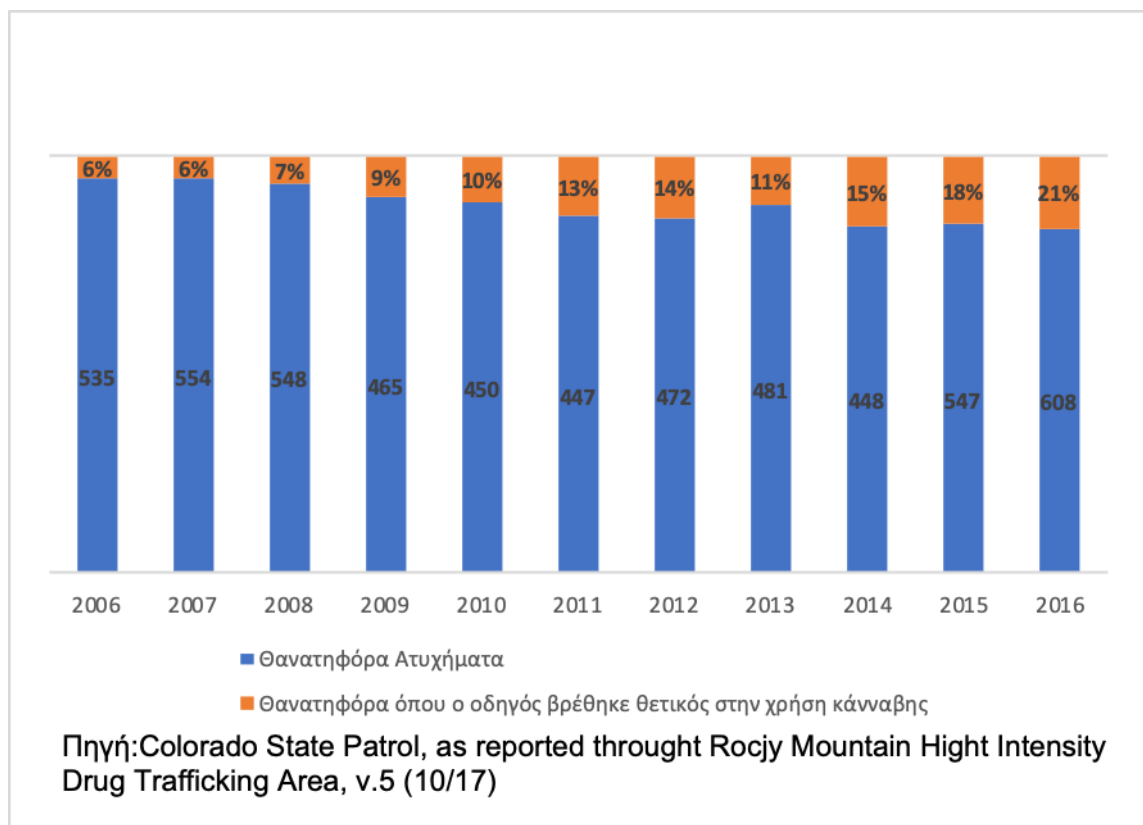
Η οδήγηση υπό την επήρεια κάνναβης δεν καταγραφόταν στο Κολοράντο πριν από το 2014. Μεταξύ του 2014 και του 2016, τα στοιχεία δείχνουν αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων οδήγησης υπό την επήρεια μόνο κάνναβης και του αριθμού των περιπτώσεων όπου η κάνναβη χρησιμοποιήθηκε και με άλλες ουσίες.

Σχέδιο 19: Οδήγηση υπό την επήρεια ουσιών στο Κολοράντο, 2014-2016



Σύμφωνα με τα στοιχεία (*Department of Public Safety, Division of Criminal Justice Colorado, 2018*) για τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, στο Κολοράντο σημειώθηκε σταθερή αύξηση του αριθμού των θανάτων από τροχαία ατυχήματα κατά τη διάρκεια της οποίας ένας οδηγός βρέθηκε θετικός στη χρήση κάνναβης. Κατά μέσο όρο, κατά την περίοδο 2009-2012, σημειώθηκαν 53 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στους οποίους ο οδηγός βρέθηκε θετικός την κάνναβη, ποσοστό που αυξήθηκε σε 88 θανάτους κατά την περίοδο 2013-2016.

Σχέδιο 20: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, όπου ένας οδηγός βρέθηκε θετικός σε κάνναβη, Κολοράντο 2006-2016



## Λοιπή εγκληματικότητα

Όπως προκύπτει από Γραφείο Διερεύνησης του Κολοράντο (*Department of Public Safety, Division of Criminal Justice Colorado, 2018*), σημειώθηκε αύξηση επίσης τόσο στα περιουσιακά όσο και στα βίαια εγκλήματα στο κράτος. Ο μέσος όρος των εγκλημάτων ιδιοκτησίας αυξήθηκε κατά 9% από την περίοδο 2009-2012 στην περίοδο 2013-2016, ενώ ο μέσος αριθμός των βίαιων εγκλημάτων αυξήθηκε κατά 14%.

Ωστόσο η αύξηση αυτή δεν μπορεί να συσχετιστεί άμεσα με την αλλαγή της νομοθεσίας, ωστόσο παραμένει άξια μνείας.

Πίνακας 15:Βεβαιωμένα αδικήματα κατά της περιουσίας και Βίας, Κολοράντο 2008-2017

| ΑΡΙΘΜΟΣ ΒΕΒΑΙΩΜΕΝΩΝ ΕΓΚΛΗΜΑΤΩΝ |                 |                  |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| ΕΤΟΣ                           | Περί Περιουσίας | Βίαια Εγκλήματα* |
| 2008                           | 132.212         | 16.062           |
| 2009                           | 131.141         | 16.608           |
| 2010                           | 132.623.        | 16.676           |
| 2011                           | 131.800         | 16.278           |
| 2012                           | 136.483         | 15.719           |
| 2013                           | 138.275         | 16.056           |
| 2014                           | 133.927         | 16.355           |
| 2015                           | 141.634         | 17.450           |
| 2016                           | 149.713         | 18.787           |
| 2017                           | 150.775         | 20.254           |

\*Στα βίαια εγκλήματα περιλαμβάνονται η ανθρωποκτονία, ο βιασμός, η ληστεία, η βαριά σωματική βλάβη.

Πηγή : Colorado bureau of investigation

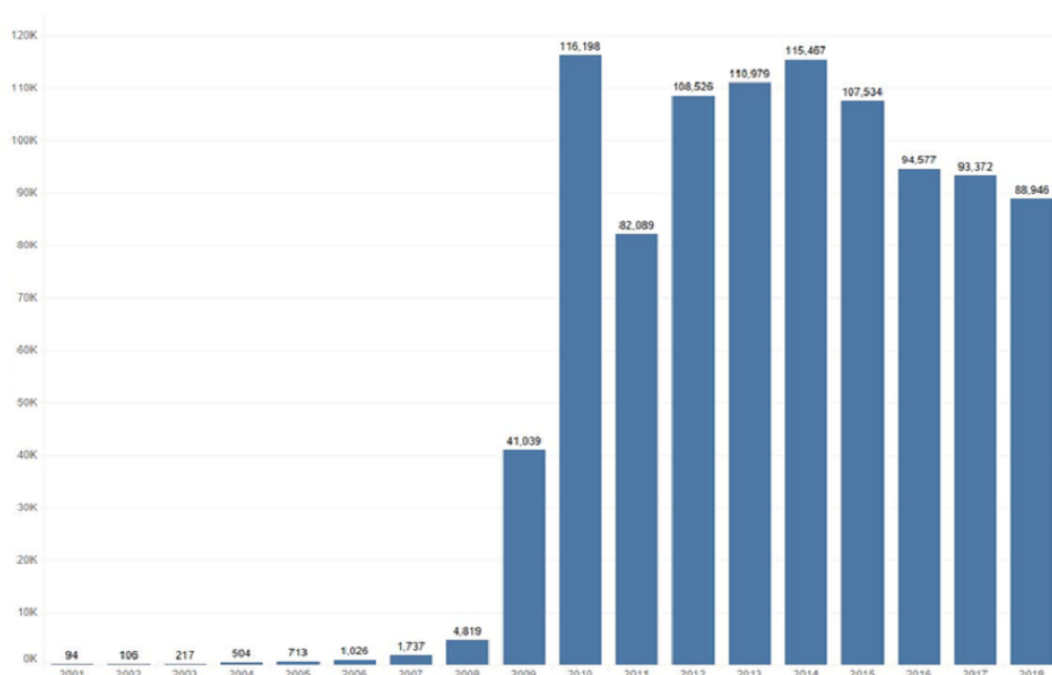
### B.3.2.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας

#### Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα.

Στο Κολοράντο υφίσταται το Μητρώο Ιατρικής Κάνναβης που το διαχειρίζεται το Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος του Κολοράντο (CDPHE). Για να γίνει δεκτή η αίτηση για ιατρική κάρτα μητρώου κάνναβης, ο αιτών πρέπει να είναι κάτοικος του Κολοράντο με έγκυρο αριθμό κοινωνικής ασφάλισης, να λαμβάνει θεραπεία για ιατρική ασθένεια και να εξετάζεται από γιατρό. Ο γιατρός πρέπει να συστήσει τη χρήση κάνναβης για την κατάσταση του ασθενούς και να καθορίσει τον αριθμό των φυτών που απαιτούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της πάθησης. Εάν ο αιτών είναι ανήλικος, ισχύουν πρόσθετες απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένου ενός υπογεγραμμένου εντύπου

γονικής συναίνεσης, δύο ξεχωριστές συστάσεις γιατρού και ένα αντίγραφο του πιστοποιητικού γέννησης του ανηλίκου.

Σχέδιο 21: Αριθμός κατόχων κάρτας ιατρικής κάνναβης, Κολοράντο 2001-2016



Πηγή: Medical Marijuana Registry, Colorado Department of Public Health and Environment (2018). Medical marijuana statistics and data, at <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/medical-marijuana-statistics-and-data>

Οι κάτοχοι καρτών μπορούν να επιλέξουν να καλλιεργήσουν τα δικά τους φυτά κάνναβης ή να ορίσουν έναν φροντιστή να καλλιεργεί τα φυτά για αυτούς. Τα αδειοδοτημένα εμπορικά ιατρεία μπορεί να ενεργήσουν ως φροντιστές και εξυπηρετούν τον αριθμό των ασθενών που επιτρέπεται από τη Διεύθυνση Εκτέλεσης Κάνναβης. Ο αριθμός των κατόχων ιατρικών καρτών μαριχουάνας άρχισε να αυξάνεται το 2009, με τη ρύθμιση της εμπορευματοποίησης της ανάθεσης της καλλιέργειας σε φροντιστές (Σχέδιο 25). Από το 2008 έως το 2010, 111.379 κάτοχοι καρτών προστέθηκαν στο μητρώο. Ο αριθμός των κατόχων καρτών κορυφώθηκε το 2010 στα 116.198. Ο αριθμός των κατόχων καρτών μειώθηκε κατά 23% μεταξύ 2014 (115.467) και Απριλίου 2018 (88.946), μετρά τα μέτρα για τη νομιμοποίηση της ψυχαγωγικής χρήσης το 2012.

## Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά.

Το Υπουργείο δημόσιας υγείας και περιβάλλοντος του Κολοράντο (Colorado Department of Public Health and Environment -CDPHE) χρηματοδοτείται για να παρέχει εκπαίδευση, δημόσια ενημέρωση και προγράμματα πρόληψης στους κατοίκους αλλά και στους επισκέπτες σχετικά με τις παραμέτρους της ασφαλούς, νόμιμης και υπεύθυνης χρήσης της κάνναβης.

Οι κρατικοί φορείς αναπτύσσουν συνεργασία και με τις τοπικές κοινότητες για την ενσωμάτωση προγραμμάτων σε όλη την πολιτεία.

Στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών εντάσσονται:

- Εκστρατείες δημόσιας εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης.
- Το πρόγραμμα εκπαίδευσης κάνναβης στα μέσα ενημέρωσης
- Εκστρατείες για την εκπαίδευση και την πρόληψη για νέους, γονείς και καθηγητές, έγκυες/θηλάζουσες γυναίκες και ισπανόφωνους πληθυσμούς.

Τα προγράμματα αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους και τη μείωση των συνεπειών της δημόσιας υγείας, καθόσον όπως επίσημα δηλώνεται από την κυβέρνηση, είναι σημαντική η αξιολόγηση καθόσον το Κολοράντο είναι η πρώτη Πολιτεία που νομιμοποίησε την κάνναβη.

Ενδεικτικά αναφέρεται το πρόγραμμα Good to know που απαριθμεί 60.700.000 εμφανίσεις στα μέσα και απευθύνεται στο ευρύ κοινό, χρήστες και τουρίστες. Η καμπάνια ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2015 με ενημερώσεις καθολικής πρόληψης και σήμερα έχει μετεξελιχθεί σε ειδικά προγράμματα για ευάλωτους πληθυσμούς. Στα μηνύματα του συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους για την ανάπτυξη του εγκεφάλου των νέων, τους κινδύνους για τη μη γνώση των περιορισμών της νομοθεσίας για τη κάνναβη και τη σημασία της ασφαλούς αποθήκευσης για την αποτροπή ακούσιων δηλητηριάσεων. Οι πρώτες αξιολογήσεις του προγράμματος έδειξαν ότι οι κάτοικοι του Κολοράντο εξοικειώθηκαν με τη νομοθεσία για την κάνναβη 2,5 φορές περισσότερο (Retail Marijuana Education Program: Annual Report October 1). Πιο πρόσφατες αξιολογήσεις δείχνουν ότι οι ενεργοί χρήστες (80%) έχουν σημαντικά υψηλότερη γνώση των νόμων σε σύγκριση με τους μη χρήστες (59%).

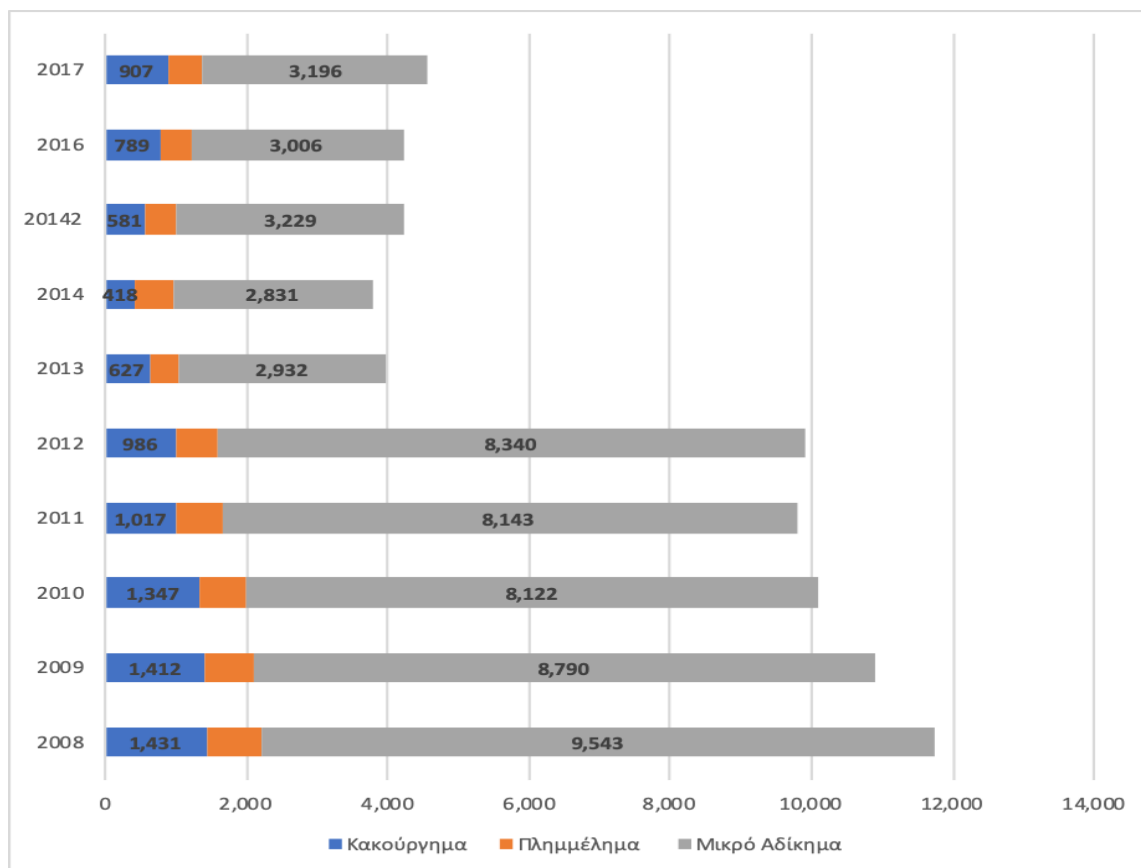
Σημειώθηκε επίσης σημαντική αύξηση στην αντίληψη για τους κίνδυνο και την επίδραση στην υγεία από τη χρήση κάνναβης. Ενδεικτικά αναφέρεται:

- Αύξηση της αντίληψης του κινδύνου (26%) ότι η καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση της ψυχαγωγικής κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε διαρκή μειωμένη μνήμη.
- Αύξηση της αντίληψης του κινδύνου (12%) σχετικά με την πρακτική της αποθήκευσης κάνναβης σε ανοιχτό δοχείο σε ένα σπίτι με παιδιά ή εφήβους.
- Αύξηση της αντίληψης του κινδύνου (23%) της οδήγησης εντός 6 ωρών από τη χρήση κάνναβης.
- Αύξηση της αντίληψης του κινδύνου (12%) ότι οι χρήστες κάνναβης μπορούν να αναπτύξουν εθισμό.
- Αύξηση της αντίληψης του κινδύνου (12%) των κινδύνων για την υπερκατανάλωση των φαγώσιμων προϊόντων κάνναβης.

#### **Δείκτης 4: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών.**

Ο αριθμός των ποινικών διώξεων που σχετίζονται με τη κάνναβη μειώθηκε κατά 47% μεταξύ 2012 και 2017, από 9.923 σε 5.288 (Πίνακας 16 ). Ο αριθμός των κακουργημάτων μειώθηκε αρχικά (986 το 2012 σε 418 το 2014) αλλά επανέκαμψε στα επίπεδα προ της νομιμοποίησης (907 το 2017). Σε αντίθεση σημειώθηκε μείωση στα βεβαιωμένα πλημμελήματα (-13%) και στα μικρότερα αδικήματα (-62%), που σχετίζονται με την κάνναβη, μεταξύ 2012 και 2017 (Σχέδιο 23).

Σχέδιο 22: Αριθμός ποινικών διώξεων που σχετίζονται με την κάνναβη, Κολοράντο 2008-2017



Πίνακας 16: Αριθμός δικαστικών υποθέσεων κάνναβης ανά είδος και τύπο, Κολοράντο 2008-2017

|                  | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Υποθέσεις        | 11,753 | 10,902 | 10,108 | 9,791  | 9,923  | 4,041 | 4,619 | 4,934 | 4,913 | 5,288 |
| Κατηγορίες       | 18,183 | 14,222 | 11,518 | 11,123 | 11,238 | 4,845 | 5,515 | 6,544 | 6,891 | 7,477 |
| Ηλικιακές Ομάδες |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |
| 10-17 ετών       | 1,754  | 1,616  | 1,640  | 1,544  | 1,624  | 1,492 | 1,532 | 1,766 | 1,496 | 1,607 |
| 18-20 ετών       | 3,093  | 2,785  | 2,451  | 2,456  | 2,381  | 1,491 | 1,579 | 1,610 | 1,621 | 1,710 |
| 21+ ετών         | 6,880  | 6,484  | 6,002  | 5,777  | 5,901  | 1,049 | 1,502 | 1,548 | 1,786 | 1,949 |
| Είδος Διώξης     |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |
| Κακούρηγμα       | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013  | 2014  | 2014  | 2016  | 2017  |
|                  | 1,431  | 1,412  | 1,347  | 1,017  | 986    | 627   | 418   | 581   | 789   | 907   |

|                         |        |        |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Πλημμέλημα              | 778    | 694    | 637   | 628   | 594   | 406   | 531   | 428   | 427   | 472   |
| Μικρό Αδίκημα           | 9,543  | 8,790  | 8,122 | 8,143 | 8,340 | 2,932 | 2,831 | 3,229 | 3,006 | 3,196 |
| Διακίνηση               | 0      | 0      | 0     | 0     | 0     | 76    | 837   | 694   | 690   | 713   |
| Άλλο                    | 1      | 3      | 1     | 1     | 3     | 0     | 2     | 2     | 1     | 0     |
| Τύπος Αδικήματος        | 2008   | 2009   | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2014  | 2016  | 2017  |
| Συνωμοσία (Conspiracy)  | 96     | 142    | 178   | 208   | 168   | 126   | 71    | 112   | 179   | 243   |
| Διακίνηση               | 440    | 440    | 455   | 428   | 438   | 401   | 305   | 323   | 351   | 398   |
| Παραγωγή                | 320    | 331    | 464   | 460   | 467   | 169   | 141   | 329   | 564   | 661   |
| Άλλο                    | 5,745  | 1,917  | 23    | 5     | 10    | 5     | 1     | 2     | 3     | 4     |
| Κατοχή                  | 10,651 | 10,417 | 9,580 | 9,279 | 9,475 | 3,477 | 2,659 | 1,295 | 883   | 837   |
| Κατοχή κάτω των 21 ετών |        |        |       |       |       | 3     | 731   | 2,927 | 3,306 | 3,502 |
| Κατοχή για διακίνηση    | 823    | 823    | 643   | 547   | 464   | 328   | 284   | 470   | 609   | 745   |
| Κατοχή-Χρήση σε Όχημα   |        |        |       | 1     | 10    | 95    | 1,012 | 874   | 830   | 856   |
| Δημόσια Χρήση           | 108    | 152    | 175   | 195   | 206   | 241   | 311   | 212   | 166   | 231   |

Πηγή: Colorado Bureau of Investigation, National Incident-Based Reporting System data.

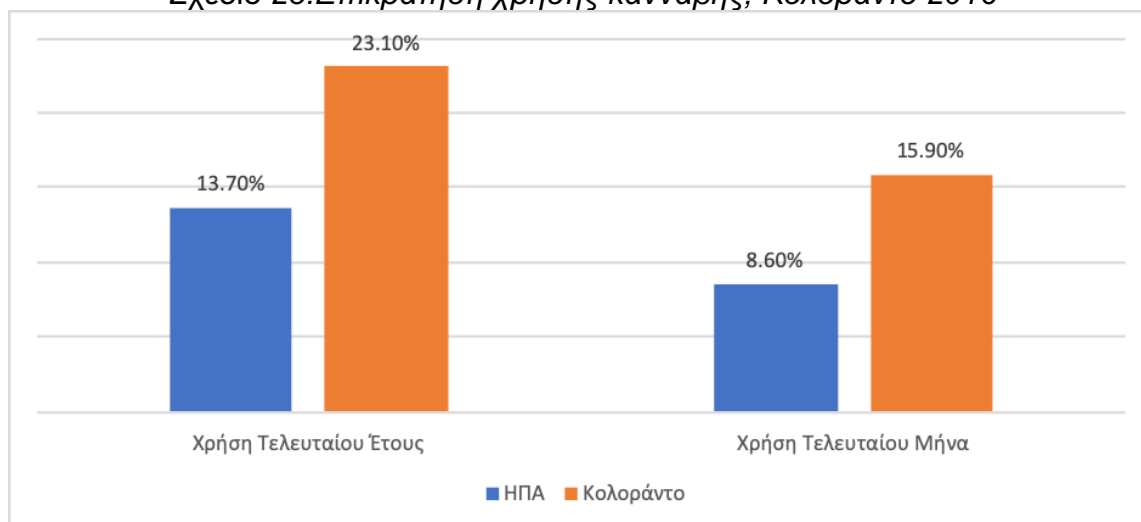
#### **B.3.2.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων**

##### **Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό.**

Το ποσοστά επικράτησης της χρήσης της κάνναβης τελευταίου έτους (χρήση μέσα στον τελευταίο χρόνο) και τελευταίου μήνα (χρήση μέσα στον τελευταίο μήνα) το 2016 στο Κολοράντο, που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο των Η.Π.Α. Του τελευταίου έτους και μήνα ήταν 13.7% και 8.6% αντίστοιχα στις ΗΠΑ, ενώ στο Κολοράντο ήταν 23.1% και 15.9%.



Σχέδιο 23:Επικράτηση χρήσης κάνναβης, Κολοράντο 2016



Χρησιμοποιώντας στοιχεία από την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση και την Υγεία των Ναρκωτικών (**NSDUH 2018**), συγκρίνεται η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου μήνα στο Κολοράντο κατά την περίοδο πριν από τη νομιμοποίηση (2009-2012) και μετά τη νομιμοποίηση (2013-2016), η επικράτηση της χρήσης του τελευταίου μήνα αυξήθηκε κυρίως μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 18-25 ετών και 26 ετών και άνω. Μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 26 ετών και άνω, η χρήση κάνναβης στο τελευταίο μήνα αυξήθηκε κατά περισσότερο από το ήμισυ, ενώ αυξήθηκε κατά 18% μεταξύ των νέων ενηλίκων ηλικίας 18-25 ετών από τη μια περίοδο στην άλλη. Ωστόσο από μόνα τους αυτά τα στοιχεία δεν είναι αρκετά για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της νέας νομοθεσίας.

Σχέδιο 24: Χρήση κάνναβης τελευταίου μήνα, Κολοράντο 2009-2012, 2013-2016



## Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι.

Διαφορετικές έρευνες τόσο σε ΗΠΑ όσο και σε επίπεδο πολιτείας παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών μεταξύ των μαθητών λυκείου.

Υπάρχουν τρεις κύριες έρευνες που μας παρέχουν στοιχεία (**Committee on the Health Effects of Marijuana**) :

A) Η Εθνική Έρευνα για τη Χρήση και την Υγεία των Ναρκωτικών αναφέρει δεδομένα σχετικά με την έκταση της χρήσης ναρκωτικών μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 12-17 ετών σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. (**NSDUH 2018**). Σε περιφερειακό επίπεδο το Κολοράντο διεξήγαγε την έρευνα Υγιή Παιδιά (**CDPHE 2016**), με τελευταία διαθέσιμα στοιχεία το 2015.

Και οι δύο έρευνες καταδεικνύουν ότι η χρήση κάνναβης σε μαθητές γυμνασίου παρέμεινε μάλλον σταθερή από τη νομιμοποίηση της χρήσης κάνναβης σε νέους ηλικίας 12-17 ετών παρέμεινε σχετικά σταθερή. Σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση και την Υγεία των Ναρκωτικών μεταξύ 10% και 11% κατά τα έτη 2009-2012 και 2013-2016 (Σχέδιο 25), ενώ σύμφωνα με την έρευνα Υγιή Παιδιά η χρήση της κάνναβης από μαθητές γυμνασίου το 2015 ανέρχεται σε ποσοστό 21.2 %, σχετικά σταθερό με τα προηγούμενα έτη. (Σχέδιο 26). Ανησυχία ωστόσο γεννούν τα αποτελέσματα της Εθνικής Έρευνα για τη Χρήση που αφορούν τη χρήση κάνναβης του τελευταίου μήνα από μαθητές ηλικίας δώδεκα (12) ετών, που σημειώνει αύξηση το διάστημα πριν και μετά τη νομιμοποίηση της ψυχαγωγικής χρήσης. (Σχήμα 25).

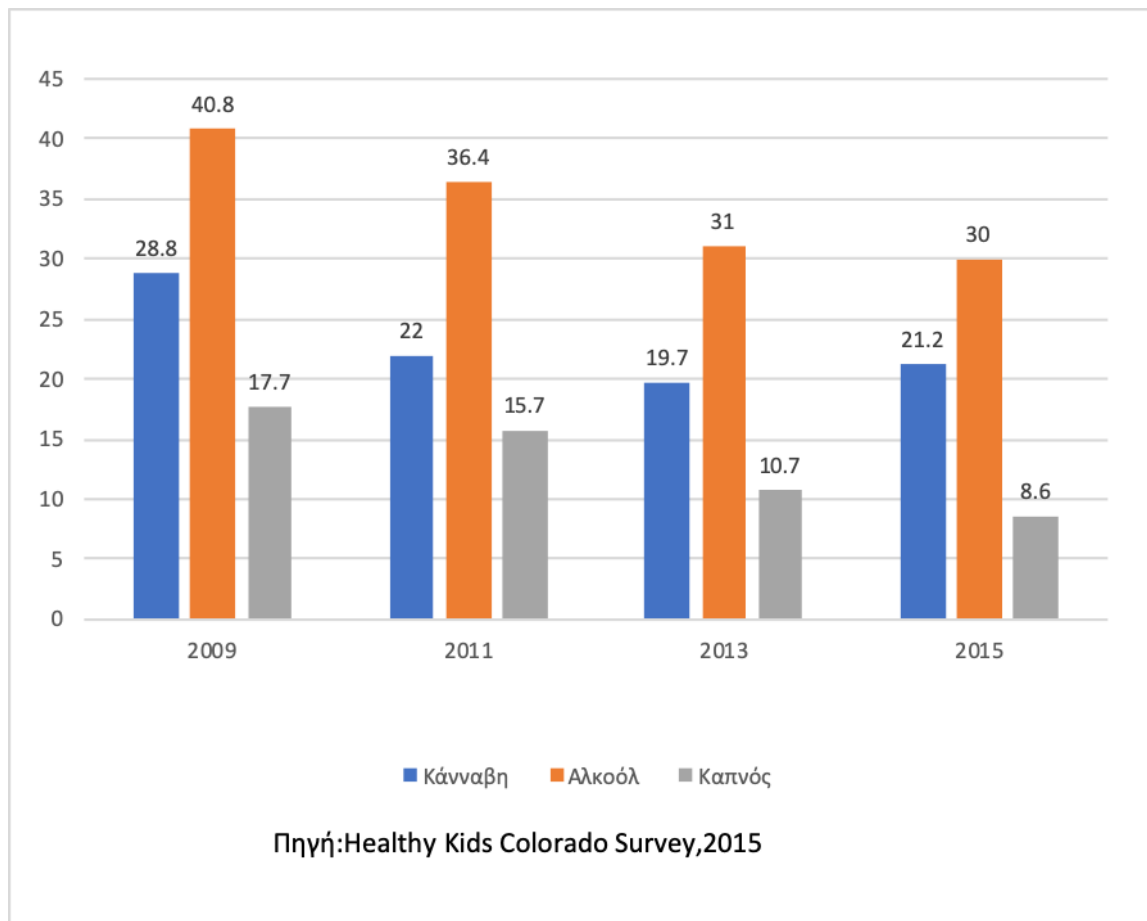
B) Η έρευνα "Παρακολούθηση του μέλλοντος" (Monitoring the Future Survey) παρουσιάζει αποτελέσματα σε εθνικό επίπεδο για τους μαθητές της όγδοης,δέκατης και δωδέκατης τάξης, αλλά το μέγεθος του δείγματος παραμένει σχετικά χαμηλό για την επίτευξη έγκυρων αποτελεσμάτων σε επίπεδο κράτους. (**NIDA 2017**). Από την έρευνα ωστόσο προκύπτει ότι πάνω από το ένα πέμπτο (21.3%) των μαθητών των μεγάλων τάξεων του γυμνασίου ανέφεραν χρήση στο παρελθόν μήνα το 2015. Ενώ η χρήση παραμένει σχετικά σταθερή τα τελευταία χρόνια, εξακολουθεί να υπάρχει μεταβολή των στάσεων όσον αφορά τον αντιληπτό κίνδυνο βλάβης που συνδέεται με τη χρήση κάνναβης. Η πλειοψηφία των μαθητών γυμνασίου δεν πιστεύει ότι το κάπνισμα της κάνναβης είναι επιβλαβές, με μόλις 36.1% να λέει ότι πιστεύει ότι η τακτική χρήση θέτει το χρήστη σε μεγάλο κίνδυνο σε σχέση με το 52.4% πριν από πέντε χρόνια. Ωστόσο, το 56.7% των μαθητών δηλώνει ότι δεν συμφωνεί με το περιστασιακό κάπνισμα κάνναβης και το 73.4% να δηλώνει ότι δεν συμφωνεί με το συχνό κάπνισμα κάνναβης, συγκριτικά μικρότερα ποσοστά από αυτά του 2009, 65.6% και το 80.3% αντίστοιχα. Τέλος το 81% των μαθητών δηλώνουν ότι είναι εύκολο να προμηθευτούν κάνναβη.

Γ) Η Ετήσια Έρευνα Επικίνδυνων Συμπεριφορών Νέων από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (**CDC 2018**), η οποία εξετάζει επίσης και τη χρήση ουσιών από τους μαθητές γυμνασίου, αλλά η συμμετοχή σε επίπεδο κράτους είναι ανομοιόμορφη κάθε χρόνο. Τα αποτελέσματα του 2017 έδειξαν ότι πολλοί μαθητές γυμνασίου επιδίδονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές. Όσον αφορά τη χρήση ουσιών το 29.8% ανέφερε πρόσφατη χρήση αλκοόλ και το 19.8% ανέφερε πρόσφατη χρήση κάνναβης. Επιπλέον, το 14.0% των μαθητών έκανε χρήση ή

υπερκατανάλωση συνταγογραφούμενων ναρκωτικών δισκίων χωρίς συνταγή ή παραβαίνοντας την ιατρική συνταγή.

Δεδομένου ότι το μέγεθος και η μεθοδολογία των δειγμάτων των εθνικών και περιφερειακών ερευνών διαφέρουν, έχουν καταγράψει διαφορετικά αποτελέσματα ωστόσο σε όλα τα δείγματα σημειώνεται μία μικρή αύξηση της χρήσης κάνναβης στις μακρότερες κυρίως ηλικίες των νέων στο Κολοράντο. Η αύξηση αυτή έχει εκκινήσει μία σημαντική συζήτηση στο Κολοράντο και στις Ηνωμένες Πολιτείες συνολικά.

Σχέδιο 25: Τάσεις σε χρήση αλκοόλ, καπνό και κάνναβη τελευταίου χρόνου σε σχολικό πληθυσμό γυμνασίου, Κολοράντο 2015



### B.3.2.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και την ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών

#### Φορολογικά έσοδα και πωλήσεις

Τα συνολικά έσοδα από φόρους, άδειες και τέλη αυξήθηκαν κατά 266% από το έτος 2014 έως το 2017, φτάνοντας από \$ 67.594.325 σε \$ 247.368.474 (Πίνακας 16). Η αύξηση των εσόδων προήλθε από τους φόρους επί των πωλήσεων, τους ειδικούς φόρους κατανάλωσης, τις άδειες εκμετάλλευσης και τα τέλη για τη

λιανικής πώλησης κάνναβης. Στο ημερολογιακό έτος 2017, οι συνολικοί φόροι πωλήσεων, οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης, οι άδειες και τα τέλη από τη λιανική πώληση αντιπροσώπευαν 226.812.442 δολάρια ή το 92% των εσόδων από τη κάνναβη. Κατά μέσο όρο, το Κολοράντο συγκεντρώνει περίπου 20 εκατομμύρια δολάρια το μήνα σε φόρους, άδειες και τέλη από όλες την εμπορικές δραστηριότητες της κάνναβης (Πίνακας 16).

Πίνακας 17: Ετήσιο και μηνιαίως μέσος όρος φόρων και λοιπών εσόδων από την Κάνναβη, Κολοράντο 2014-Ιούνιος 2018

| Έτος | Ετήσιο Σύνολο |                        |             | Μηνιαίως Μέσος Όρος |                        |             |
|------|---------------|------------------------|-------------|---------------------|------------------------|-------------|
|      | Φόρος (\$)    | Τέλη Αδειοδότησης (\$) | Σύνολο(\$)  | Φόρος (\$)          | Τέλη Αδειοδότησης (\$) | Σύνολο (\$) |
| 2014 | 56.102.639    | 11.491.688             | 67.594.325  | 5.100.240           | 1.044.699              | 6.144.939   |
| 2015 | 116.003.360   | 14.407.811             | 130.411.174 | 9.666.947           | 1.200.651              | 10.867.598  |
| 2016 | 179.619.617   | 13.985.195             | 193.604.811 | 14.968.301          | 1.165.433              | 16.133.734  |
| 2017 | 234.014.747   | 13.353.727             | 247.368.474 | 19.501.229          | 1.112.811              | 20.614.040  |
| 2018 | 124.696.564   | 6.235.099              | 130.931.662 | 10.782.761          | 1.039.183              | 21.821.944  |

Πηγή: Colorado Department of Revenue, Marijuana Tax Data, at <https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-tax-data>.

Τα έσοδα από τους φόρους κατανάλωσης διατέθηκαν για τη χρηματοδότηση του Ταμείου Ενίσχυσης και Κατασκευής Δημοτικών Σχολείων και ανήλθαν σε 40.256.542 δολ. το έτος 2017, ενώ άλλα 31.558.383 δολάρια χορηγήθηκαν στο Ταμείο Δημοσίου Σχολείου. Μεταξύ 2016 και 2018 οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης της κάνναβης έχουν συνεισφέρει μεταξύ των \$ 5-6 εκατομμυρίων δολαρίων μηνιαίως απευθείας στην κατασκευή σχολείων ή σε άλλες δημόσιες σχολικές ανάγκες. Οι φόροι που διανεμήθηκαν στις τοπικές κυβερνήσεις αυξήθηκαν κατά 305%, από \$ 4,005,458 το 2014 σε \$ 16,204,671 το 2017.

### **B.3.3.Συμπεράσματα, Μοντέλο II**

Η ρητορική του ρυθμιστικού μοντέλου αγοράς, βασίζεται στη δεδομένη αδυναμία των περιοριστικών συστημάτων να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα των ναρκωτικών.

Το νέο ρυθμιστικό μοντέλο βασίζεται στην υπόθεση πως μόνο εάν μπορέσουμε να ρυθμίσουμε/περιορίσουμε το ποιος μπορεί να αγοράζει ναρκωτικά θα είμαστε σε θέση να παράσχουμε πραγματικές πληροφορίες για τη δημόσια υγεία και τους κινδύνους που συνδέονται με την κάνναβη. Σύμφωνα με την προσέγγιση της νομιμοποίησης οι μόνοι εταίροι που επωφελούνται από μια προσέγγιση μηδενικής ανοχής στην κάνναβη είναι οι βίαιες συμμορίες και τα διεθνή καρτέλ ναρκωτικών, οπότε μέσω της ρύθμισης της αγοράς της κάνναβης περνά η εξουσία από τους εγκληματίες στο κράτος με επιπλέον κέρδος τα κρατικά έσοδα τα οποία δύναται να ενισχύσουν προγράμματα στην παιδεία και στην υγεία.

Στο χρήστη δίνεται η δυνατότητα επιλογής ικανοποίησης της έξης τους έχοντας φροντίσει το κράτος να τον έχει ενημερώσει για του κινδύνους της υγείας.

#### **Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα,**

##### **✓ Επικράτηση χρήσης της κάνναβης**

Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης της κάνναβης (τελευταίου έτους και μήνα) το 2016 στο Κολοράντο είναι υψηλότερα από τον μέσο όρο των Η.Π.Α. Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου έτους και μήνα το 2016 ήταν 13.7% και 8.6% αντίστοιχα στις ΗΠΑ, ενώ στο Κολοράντο ήταν 23,1% και 15,9%.

Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου μήνα στο Κολοράντο κατά την περίοδο πριν από τη νομιμοποίηση (2009-2012) και μετά τη νομιμοποίηση (2013-2016), αυξήθηκε κυρίως μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 18-25 ετών και 26 ετών και άνω.

##### **✓ Επικίνδυνη χρήση**

Η αναλογία των χρηστών που ταξινομούνται ως εξαρτώμενοι από την κάνναβη παρέμεινε σταθερή, περίπου στο ένα τρίτο αυτών. Το ποσοστό της κατάχρησης ουσιών μειώθηκε, ενώ η χρήση αυξήθηκε κυρίως στη νεολαία στο Κολοράντο. Το ποσοστό της κατάχρησης ουσιών μειώθηκε, από 51% το 2008 σε 32% το 2017, ενώ η χρήση αυξήθηκε από 16% το 2008 σε 28% το 2017.

##### **✓ Νέοι και χρήση**

Κατά μέσο όρο, η χρήση κάνναβης σε νέους ηλικίας 12-17 ετών παρέμεινε σχετικά σταθερή, αλλά αυξάνεται η χρήση στο ηλικιακό έτος των 12.

##### **✓ Παροχή θεραπείας**

Ο συνολικός αριθμός εισαγωγής για όσους ανέφεραν την κάνναβη ως την κύρια ουσία κατάχρησης μετά από τα υψηλά νούμερα του 2010 σημειώνει μείωση το 2017 σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία για αριθμούς νέων αιτήσεων προκειμένου να εξετάσουμε εάν πράγματι υπάρχει ζήτηση μικρότερη για θεραπεία.

✓ Θάνατοι από ναρκωτικά

Οι θάνατοι από υπερβολική δόση υπερδιπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια, δηλαδή από το 2001, ωστόσο, διαφαίνεται ότι το ποσοστό αυτό τείνει να σταθεροποιηθεί τα τελευταία έτη. Σε επίπεδο Η.Π.Α. καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό από το αυτό του Κολοράντο.

Κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους είναι τα συνταγογραφούμενα οπιούχα φάρμακα.

✓ Επιπρόσθετα Αποτελέσματα δημόσιας υγείας

Κατά την περίοδο 2013-2014, ο συνολικός αριθμός των νοσηλειών/εισαγωγών που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης αυξήθηκε κατά 20%. Σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των κλήσεων στο κέντρο δηλητηριάσεων και ναρκωτικών στο Κολοράντο κυρίως τα έτη μετά τη ρύθμιση της ιατρικής κάνναβης (2010) και τις ψυχαγωγικής (2013). Ανησυχητικός ήταν ο αυξανόμενος αριθμός παιδιών που εισήχθησαν στα επείγοντα λόγω ακούσιας κατανάλωσης προϊόντων κάνναβης.

✓ Αριθμός αδικημάτων

Ο συνολικός αριθμός συλλήψεων που σχετίζεται με την κάνναβη μειώθηκε κατά 56% μεταξύ 2012 και 2017.

Οι συλλήψεις για παράνομη κατοχής κάνναβης, οι οποίες αποτελούν την πλειοψηφία όλων των συλλήψεων, μειώθηκαν κατά περισσότερο από το ήμισυ (-59%).

Οι συλλήψεις των πωλήσεων κάνναβης μειώθηκαν κατά 17%, ενώ οι συλλήψεις για παραγωγή κάνναβης αυξήθηκαν σημαντικά (+ 51%).

Το 2017, οι ανήλικοι αντιπροσωπεύουν πάνω από τέσσερις στους δέκα (43%) συλληφθέντες κάνναβης σε σύγκριση με 25% το 2012.

✓ Οργανωμένη εγκληματικότητα

Ο αριθμός των υποθέσεων σοβαρής και οργανωμένης εγκληματικότητας αυξήθηκε σημαντικά, από 31 το 2012 σε 119 το 2017

Οι κατασχέσεις κάνναβης αυξήθηκαν κατά 50% από το 2013, όταν η μη ιατρική χρήση κάνναβης νομιμοποιήθηκε στο Κολοράντο.

✓ Διαφθορά

Στην τελευταία αξιολόγηση (2015) το Κολοράντο έλαβε συνολική βαθμολογία D + και βαθμό 67, κατατάσσοντας το 13ο σε εθνικό επίπεδο (συνδεδεμένο με το Ιλλινόις). Παρόλο που η βαθμολογία είναι σχεδόν ίδια με αυτή που δόθηκε το 2012, οι βαθμολογίες δεν είναι άμεσα συγκρίσιμες λόγω των αλλαγών που έγιναν για τη βελτίωση και την ενημέρωση του σχεδίου και της μεθοδολογίας του.

✓ Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία

Αυξήθηκε ο αριθμός των περιπτώσεων αυτοκτονίας όπου ανιχνεύτηκαν τοξικολογικά ουσίες από 11,8% το 2012 σε 22,3% το 2016.

Μεταξύ του 2014 και του 2016, τα στοιχεία δείχνουν αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων οδήγησης υπό την επήρεια μόνο κάνναβης και του αριθμού των περιπτώσεων όπου η κάνναβη χρησιμοποιήθηκε και με άλλες ουσίες.

Σημειώθηκε σταθερή αύξηση του αριθμού των θανάτων από τροχαία ατυχήματα κατά τη διάρκεια της οποίας ένας οδηγός βρέθηκε θετικός στη χρήση κάνναβης.

Την περίοδο της νομιμοποίησης σημειώθηκε αύξηση επίσης τόσο στα περιουσιακά όσο και στα βίαια εγκλήματα στο κράτος.

✓ Πρόσβαση σε φάρμακα

Στο Κολοράντο υφίσταται το Μητρώο Ιατρικής Κάνναβης. Επιτρέπεται η καλλιέργεια στο σπίτι ή ο ορισμός έναν φροντιστή να καλλιεργεί τα φυτά για τους χρήστες.

Ο αριθμός των κατόχων ιατρικών καρτών μειώθηκε κατά 23% μεταξύ 2014 (115.467) και Απριλίου 2018 (88.946), περίοδο που η ψυχαγωγική χρήση κάνναβης νομιμοποιείται.

✓ Πρόληψη και Εκπαίδευση

Από το κράτος παρέχεται εκπαίδευση, ενημέρωση και προγράμματα πρόληψης στους κατοίκους αλλά και στους επισκέπτες σχετικά με την ασφαλή, νόμιμη και υπεύθυνη χρήση της κάνναβης

Οι πρώτες αξιολογήσεις του προγράμματος Good to know έδειξαν ότι οι κάτοικοι του Κολοράντο εξοικειώθηκαν με τη νομοθεσία για την κάνναβη 2,5 φορές περισσότερο.

Σημειώθηκε επίσης σημαντική αύξηση στην αντίληψη για τους κίνδυνους και την επίδραση στην υγεία από τη χρήση κάνναβης.

✓ Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται

Ο αριθμός των ποινικών διώξεων που σχετίζονται με τη κάνναβη μειώθηκε κατά 47% μεταξύ 2012 και 2017.

Ο αριθμός των κακουρηγιμάτων μειώθηκε αρχικά (986 το 2012 σε 418 το 2014) αλλά επανέκαμψε στα επίπεδα προ της νομιμοποίησης (907 το 2017).

Σε αντίθεση σημειώθηκε μείωση στα πλημμελήματα (-13%) και στα μικρότερα αδικήματα (-62%), που σχετίζονται με την κάνναβη, μεταξύ 2012 και 2017.

✓ Κόστος και ωφέλεια

Τα συνολικά έσοδα από φόρους, άδειες και τέλη αυξήθηκαν κατά 266% από το έτος 2014 έως το 2017. Κατά μέσο όρο, το Κολοράντο συγκεντρώνει περίπου 20 εκατομμύρια δολάρια το μήνα σε φόρους, άδειες και τέλη από όλες τις εμπορικές δραστηριότητες της κάνναβης.

Τα έσοδα από τους φόρους κατανάλωσης διατέθηκαν για τη χρηματοδότηση του Ταμείου Ενίσχυσης και Κατασκευής Δημοτικών Σχολείων και ανήλθαν σε 40.256.542 δολ. το έτος 2017, ενώ άλλα 31.558.383 δολάρια χορηγήθηκαν στο Ταμείο Δημοσίου Σχολείου.

Μεταξύ 2016 και 2018 οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης της κάνναβης έχουν συνεισφέρει μεταξύ των \$ 5-6 εκατομμυρίων δολαρίων μηνιαίως απευθείας στην κατασκευή σχολείων ή σε άλλες δημόσιες σχολικές ανάγκες. Οι φόροι που διανεμήθηκαν στις τοπικές κυβερνήσεις αυξήθηκαν κατά 305%.



## Γ. Μέρος Τρίτο-

### Λοιπές συνέπειες της πολιτικής για τα ναρκωτικά

Στην προηγούμενη ενότητα έγινε αναφορά ορισμένων μετρήσιμων συνεπειών των διαφορετικών προσεγγίσεων. Μολονότι η πολιτική για τα ναρκωτικά αποσκοπεί στην προστασία της υγείας και της ασφάλειας μέσω της μείωσης της προσφοράς και της ζήτησης, οι παρεμβάσεις της πολιτικής έχουν και ακούσιες συνέπειες. Κρίνεται σκόπιμο προτού συνεχίσουμε να γίνει αναφορά και στις έμμεσες συνέπειες, οι οποίες παράγονται από τις πολιτικές πρωτοβουλίες, ωστόσο συχνά δεν λαμβάνονται υπόψη κατά τη σχεδίαση αυτών.

#### Γ.1. Ακούσιες συνέπειες των περιοριστικών μοντέλων πολιτικής.

##### ➤ Εμφάνιση Νέων Ψυχοτρόπων Ουσιών

Μια απροσδόκητη συνέπεια του περιοριστικού καθεστώτος και των πρακτικών επιβολής του νόμου κατά ορισμένων ναρκωτικών είναι η χημική γένεση νέων ουσιών, μεγαλύτερης επικινδυνότητας που μπορούν να πωληθούν και να χρησιμοποιηθούν νόμιμα, έχοντας παρόμοια επίδραση με τις απαγορευμένες ουσίες. Οι προμηθευτές ναρκωτικών σε μια προσπάθεια να διαφύγουν του ελέγχου και της ποινικής δίωξης, σχεδιάζουν νέες χημικές ενώσεις ("νόμιμες ουσίες") που μιμούνται τη δράση των απαγορευμένων ουσίες όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και η ηρωίνη, έτσι με μία μικρή παραλλαγή στη χημική δομή μίας ήδη απαγορευμένης ουσίας αλλάζεται η χημική της ονομασία και αυτομάτως γίνεται νόμιμη ουσία αφού δεν εμπεριέχεται στους περιοριστικούς ονομαστικούς πίνακες των συστημάτων ταξινόμησης. Ετησίως, καταγράφονται στην Ευρώπη περίπου 50 νέες ουσίες (**EMCDDA 2018**) ενώ συνολικά έχουν αναφερθεί στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της ΕΕ από το 2005 που καταγράφονται 730 νέες ουσίες.

Η εμφάνιση αυτών των νέων ουσιών με άγνωστη δραστηριότητα και τοξικότητα σχετίζεται με έναν εκτεταμένο κατάλογο επιβλαβών αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων των έκτακτων εισαγωγών σε γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία και των θανάτων από δηλητηρίαση.

##### ➤ Παράνομες Αγορές και συνδεδεμένες απειλές

Η δημιουργία της "μαύρης αγοράς και εμπορίου" που προμηθεύει τις παράνομες ουσίες στους χρήστες είναι ένα αναπόφευκτο αποτέλεσμα της απαγόρευσης των ναρκωτικών ουσιών. Η παράνομη παραγωγή γεννά τους άμεσους κινδύνους της κατανάλωσης αμφιβόλου ποιότητας ουσιών ή του πειραματισμού του χρήστη με νέες παράνομες ή μη ουσίες. Δεδομένης της παραγωγής και νοθεύσεως των καταναλωθισών ναρκωτικών ουσιών σε παράνομα εργαστήρια καθώς και της παντελής έλλειψης τυποποίησης και ποιοτικού ελέγχου, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στην καθαρότητα των ουσιών που διατίθενται στην αγορά των ναρκωτικών. Η διακύμανση της καθαρότητας συνεπάγεται και αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και πρόωρης

θνησιμότητας, τα τελευταία χρόνια αύξηση καταγράφεται στους θανάτους που σχετίζονται με μολυσμένη ηρωίνη, δηλητηρίαση σκοπολαμίνης, PMA σε δισκία «έκστασης» και λοιμώξεις κλωστηριδίου όπως ο αλλαντισμός (Bargagli AM, Hickman M, Davoli M, Perucci CA, Schifano P, Buster M, 2006) (Degenhardt L, 2011) και το EMCCDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Selected issue 2011).

Η κοινωνία όμως απειλείται εμμέσως και από τα τεράστια παράνομα χρηματικά κέρδη της παράνομης παραγωγής και πώλησης ναρκωτικών, τα οποία συνδέονται με διαφθορά των κρατικών φορέων, βία μεταξύ των εγκληματικών δικτύων, αυξημένο κίνδυνο ένοπλων συγκρούσεων και τρομοκρατικών επιθέσεων στις χώρες παραγωγή και διέλευσης, οικονομική αστάθεια των Χώρων και πολλά άλλα. Σημειώνεται ότι μέσω των αυστηρών μοντέλων πολιτικής δύναται να επιτευχθεί μόνο περιορισμός της παράνομης αγοράς, καθόσον η καθολική διάρρηξη της αγοράς των ναρκωτικών αποτελεί στις μέρες μας ουτοπία, ωστόσο η διατήρηση του εμπορίου των ναρκωτικών διατηρεί και τη συνδεδεμένη εγκληματικότητα.

#### ➤ **Μειωμένη πρόσβαση σε ουσίες για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς**

Μέσω των περιοριστικών μοντέλων και των αυστηρών μέτρων αυτών περιορίζεται ταυτόχρονα και η διαθεσιμότητα των ελεγχόμενων φαρμάκων. Ο σκοπός των Συμβάσεων του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά είναι διπλός: πρώτον, να αποφευχθεί οποιαδήποτε κατάχρηση ελεγχόμενων ουσιών και δεύτερον, να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητά τους για επιστημονικούς και ιατρικούς σκοπούς. Αυτό συνεπάγεται ότι οι κυβερνήσεις έχουν επίσης διπλή υποχρέωση να αναπτύξουν πολιτικές και κανονισμούς για την πρόληψη ενδεχόμενης κατάχρησης και βλάβης, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα επαρκή διαθεσιμότητα για επιστημονικούς και ιατρικούς σκοπούς. Στην πράξη, ωστόσο, πολλά κράτη επικεντρώνονται κυρίως στον έλεγχο και τον περιορισμό των απαριθμούμενων ουσιών, παρεμποδίζοντας τη διαθεσιμότητα ελεγχόμενων φαρμάκων για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Ως αποτέλεσμα, η εφαρμογή των συμβάσεων στις εθνικές νομοθεσίες και πολιτικές είναι συχνά πολύ αυστηρότερη από ό,τι απαιτείται από τις συμβάσεις, με το κόστος να πληρώνεται από τους ασθενείς που έχουν ανάγκη, ιδιαίτερα των ασθενών που χρειάζονται ανακούφιση από τον πόνο και την παρηγορητική φροντίδα και χρήστες ναρκωτικών που εξαρτώνται από οπιοειδή (**World Health Organization World Health Organization, 2011**).

#### ➤ **Επιπτώσεις από την αυξημένη τιμή ναρκωτικών ουσιών.**

Οι παράνομοι παραγωγοί και διακινητές των απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών αποσκοπούν σε οικονομικά οφέλη που θα καλύπτουν και το κόστος για τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν (κίνδυνοι για τη σύλληψη, τη βία, τη φυλάκιση κ.λπ.). Η στόχευση του κέρδους αλλά και τα αυξανόμενα έξοδα (μεταφορά, αμοιβή συνεργών, διεφθαρμένων υπαλλήλων κτλ) οδηγούν αυτόματα και σε υψηλή τιμολόγηση των παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Βασίζόμενοι στους οικονομικούς όρους της αγοράς, οι αυξημένες τιμές οδηγούν συνήθως σε μειωμένη κατανάλωση και, ως εκ τούτου, θεωρητικά αποτελούν στόχο της πολιτικής για τα ναρκωτικά, ωστόσο, το υψηλό επίπεδο τιμών ορισμένων ουσιών,

μπορεί επίσης να ωθήσει ορισμένους χρήστες ναρκωτικών στην χρήση πιο επικίνδυνων αλλά φθηνότερων ουσιών, είτε να οδηγηθούν σε πιο επιβλαβή πρότυπα χρήσης. Για παράδειγμα, οι χρήστες ηρωίνης μπορούν να μεταπηδήσουν από το κάπνισμα στην ενέσιμη χρήση, καθώς η ενδοφλέβια έγχυση της ουσίας έχει αμεσότερη επίδραση στον οργανισμό με λιγότερη καταναλωθείσα ποσότητα. Ωστόσο, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας, μεταδοτικών ασθενειών και μίας σειράς άλλων προβλημάτων σχετικών με την υγεία. Χαρακτηριστικό, το παράδειγμα της Ελλάδος με την αύξηση ποσοστών χρήσης μεθαμφεταμινών το 2009, με την έναρξη της οικονομικής κρίσης, όπου παρατηρήθηκε μία μετάπτωση των χρηστών ηρωίνης στη χρήση μεθαμφεταμίνης, η οποία κυκλοφορούσε στην παράνομη αγορά σε χαμηλότερη τιμή.

Τέλος, το υψηλό επίπεδο τιμών συχνά υποδηλώνει ότι οι χρήστες ναρκωτικών, και ιδιαίτερα οι προβληματικοί, δαπανούν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους για την υποστήριξη της συνήθειας τους. Εκτός από την πιθανότητα αύξησης των παραβατικών συμπεριφορών των χρηστών για την ανεύρεση του απαραίτητου χρηματικού ποσού αγοράς ναρκωτικών, το αυξημένο κόστος συντήρησης της συνήθειας τους οδηγεί στη μείωση της διαθεσιμότητας χρημάτων για σημαντικά προϊόντα όπως είδη υγιεινής, τρόφιμα, ρούχα, καταλύματα και υγειονομική περίθαλψη, που εν τέλει πλήττουν την υγεία των χρηστών ναρκωτικών και την ποιότητα ζωής τους.

#### ➤ **Στιγματισμός των χρηστών με περιορισμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας**

Στις σύγχρονες κοινωνίες τα άτομα υφίστανται διακρίσεις λόγω προκατειλημμένων κρίσεων που βασίζονται στην εμφάνιση, στις τυχόν αναπηρίες ή στον τρόπο ζωής τους που δύναται να διαφοροποιείται από το μέσο άνθρωπο. Διαχρονικά οι χρήστες ναρκωτικών υφίστανται τον στιγματισμό και οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό, με γενόμενα αρνητικά αποτελέσματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές. Η αντίληψη ότι οι χρήστες ναρκωτικών είναι «εγκληματίες» μπορεί συχνά να οδηγήσει σε συμπεριφορές διάκρισης έναντι αυτών. Η πολιτική και κοινωνική αποδοχή της εξάρτησης ως κατάσταση υγείας, υπονομεύεται σοβαρά από την έλλειψη γνώσης και την ύπαρξη προκατάληψης και στιγματισμού σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας. Μέχρι πρόσφατα, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά δεν αναγνωριζόταν ως πρόβλημα υγείας στην κοινωνία γενικότερα και το στίγμα αποτελούσε ένα από τα κυριότερα εμπόδια στην αναζήτηση κατάλληλης θεραπείας. Το στίγμα στου χρήστη επεκτείνεται και μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών, εμποδίζοντας την ανεύρεση αποτελεσματικής θεραπείας τόσο για την εξάρτηση όσο και για τα συνδεόμενα προβλήματα της χρήσης ναρκωτικών όπως η ηπατίτιδα και η μόλυνση από τον ιό HIV (**Churcher S., 2013**). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, πολλοί άνθρωποι με διαταραχές χρήσης ουσιών δεν λαμβάνουν αποτελεσματική θεραπεία και φροντίδα (**World Health Organization,, 2012 updated 26 June; 15,**). Μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν αρνητικές αντιλήψεις για τους χρήστες ναρκωτικών, θεωρώντας για παράδειγμα ότι χρησιμοποιούν υπερβολικούς πόρους υγείας, ότι καταχράζονται το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γιατί είναι βέβαιη η αποτυχία τήρησης της συνιστώμενης θεραπείας και φροντίδας (**Livingston JD, 2012**).

Επιπροσθέτως η εγκληματική ετικέτα μπορεί να οδηγήσει τους χρήστες να αυτοπροσδιορίζονται ως εγκληματίες (επομένως και ενεργή αποδοχή εκ μέρους τους της παραβατικής δραστηριότητας ως μέρος του «περιθωριακού/εναλλακτικού» τρόπου ζωής) και περεταίρω να οδηγήσει τρίτους, όπως οι εργοδότες, να τους αντιμετωπίζουν ως εγκληματίες. Ο στιγματισμός προέρχεται από μια διαδικασία εσωτερικής και εξωτερικής αναγνώρισης και μπορεί να μειώσει τόσο την ευκαιρία όσο και το κίνητρο για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή. Το στίγμα που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών και την ποινικοποίησή του μπορεί να μειώσει τις προοπτικές απασχόλησης ενός ατόμου μειώνοντας την παραγωγικότητα και την πιθανότητα εργασίας. Με τη σειρά του, η ανεργία μπορεί να προκαλέσει άγχος και δυσαρέσκεια, τα οποία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την έναρξη, τη διαιώνιση, την εντατικοποίηση ή την επανάληψη της χρήσης ναρκωτικών (**Sumnall H, October 2012**). Επιπλέον, οι πρακτικές που εισάγουν διακρίσεις από τους εργοδότες, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με το ποινικό μητρώο ή το κοινωνικό στίγμα ως χρηστών ναρκωτικών, συχνά μειώνουν τις πιθανότητες για κανονική απασχόληση ή σε αρκετές περιπτώσεις το καθιστούν πρακτικά αδύνατο, ιδιαίτερα σε περιόδους υψηλής γενικής ανεργίας. Πολλοί χρήστες ναρκωτικών γνωρίζουν καλά αυτόν τον στιγματισμό, καθώς οι περιορισμένες δεξιότητές τους, οι κακές ή ανύπαρκτες ικανότητες και τα κενά στο εργασιακό τους ιστορικό μπορεί να καταστήσουν την απασχόληση αδύνατη. Αυτό συχνά οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αναζήτηση απασχόλησης είναι τελείως άσκοπη, και ως εκ τούτου, υπάρχει ο υψηλός κίνδυνος να αναληφθεί σκόπιμα ο ρόλος του κοινωνικά αναπήρου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τους χρήστες να ταυτιστούν με τον κόσμο των εγκληματιών και της εγκληματικής δραστηριότητας ως πηγή αναγνώρισης, συμμετοχής και ως τρόπος ζωής.

Ο στιγματισμός και η επακόλουθη περιθωριοποίηση των ατόμων που χρησιμοποιούν τακτικά ναρκωτικά έχει επίσης αρνητικό αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις. Το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορούν να οδηγήσουν στην απώλεια ανθρώπινου κεφαλαίου, καθώς οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά δεν μπορούν να συνεισφέρουν ή να συμμετέχουν στην κοινωνία και την κοινότητα (**United Nations Office on Drugs and Crime, 2016**). Η χρήση ναρκωτικών και η ποινικοποίησή τους μπορούν να οδηγήσουν τους χρήστες στο περιθώριο της κοινωνίας και να δημιουργήσουν απόσταση μεταξύ τους και των κοινοτήτων και των οικογενειών τους. Αυτή η κοινωνική δυσλειτουργία μπορεί, με τη σειρά της, να οδηγήσει σε υποτροπή και περαιτέρω χρήση ναρκωτικών. Περαιτέρω, η περιθωριοποίηση μπορεί να συμβάλει στη χρήση ναρκωτικών, όπως και η χρήση ναρκωτικών μπορεί να συμβάλει στην περιθωριοποίηση ορισμένων χρηστών.

### ➤ **Διασύνδεση με άλλες μορφές οργανωμένης εγκληματικότητας**

Οι αγορές παράνομων ναρκωτικών είναι ελκυστικές για τους εγκληματίες και τις ομάδες οργανωμένου εγκλήματος λόγω των υψηλών περιθωρίων κέρδους. Η μαύρη αγορά των ναρκωτικών κεντρίζει το ενδιαφέρον και άλλων δικτύων οργανωμένου εγκλήματος, ιδίως εκείνων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες, της λαθραίας διακίνησης προσώπων και όπλων και της τρομοκρατίας. Οι τρομοκρατικές ομάδες βλέπουν

στην παράνομη αγορά ναρκωτικών την ευκαιρία να κερδίσουν χρηματοδότηση για τις δραστηριότητές τους (**Reuter P, 2005**).

Η εκτροπή σημαντικών παράνομων χρηματικών ποσών προκαλεί οικονομική ζημία τόσο στα χρηματοπιστωτικά συστήματα όσο και στους κυβερνητικούς προϋπολογισμούς. Η διαφθορά των δημόσιων φορέων, από τις αρχές επιβολής του νόμου, στο ένα άκρο του φάσματος, προς τα ανώτατα μέλη της δικαιοσύνης και τους πολιτικούς στο άλλο άκρο, αποτελεί συστηματικό χαρακτηριστικό όλων των παράνομων αγορών. Η διακίνηση ναρκωτικών έχει αναγνωριστεί ως μία από τις δύο κυριότερες αιτίες διαφθοράς στην Ευρώπη, με τις ομάδες του οργανωμένου εγκλήματος να στοχεύουν συνήθως σε χαμηλόβαθμους υπαλλήλους της αστυνομίας και της δημόσιας διοίκησης (**EMCDDA, 2016**). Η διαφθορά των υπαλλήλων επιβολής του νόμου συνίσταται στη διαροή πληροφοριών σχετικά με έρευνες ή επιχειρήσεις ή στην προστασία των παράνομων δραστηριοτήτων που βρίσκονται σε εξέλιξη. Η άσκηση πίεσης από διεφθαρμένους δικαστές ή εισαγγελείς μπορεί, για παράδειγμα, να παρεμποδίσει τις αστυνομικές έρευνες σε άτομα που είναι μέλη του εγκληματικού δικτύου. Η διαφθορά των κυβερνήσεων σε όλα τα επίπεδα, και ειδικότερα στον τομέα των υπηρεσιών επιβολής του νόμου, των δικαστικών θεσμών και των σωφρονιστικών συστημάτων, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας παράνομων αγορών. Αυτό, κατά συνέπεια, παράγει μία διάβρωση των δημοσίων θεσμών, υπονομεύοντας την κρατική εξουσία.

## **Γ.2. Ακούσιες συνέπειες των νέων μοντέλων πολιτικής**

### **➤ Επικοινωνιακό μήνυμα ότι δεν υπάρχει κίνδυνος από την χρήση και κατάχρηση ουσιών.**

Η εύκολη πρόσβαση στα προϊόντα κάνναβης δύναται να ταυτιστεί επικοινωνιακά με ότι δεν υπάρχει κίνδυνος από τη χρήση και την κατάχρηση αυτής. Στα νέα μοντέλα έχει καταγραφεί αύξηση επικράτησης της χρήσης ιδίως σε νέους πληθυσμούς.

Η επικινδυνότητα και η σημασία αυτού του μηνύματος καθώς και οι συνέπειες δεν έχουν ακόμα αποτιμηθεί καθώς η βλάβη που πιθανόν να προξενείται από τη συχνή και μακροχρόνια χρήση της ουσίας. Πχ σύμφωνα με τις έρευνες η χρήση κάνναβης σε άτομα νεαρής ηλικίας αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση των ψυχωσικών διαταραχών (**Στεφανής κα**)

### **➤ Εκτροπή συνταγογραφούμενων στην παράνομη αγορά**

Στα μοντέλα όπου έχει προβλεφθεί η ιατρική/φαρμακευτική χρήση της κάνναβης γεννάται η πιθανότητα σύγχυσης και σύγκρουσης μεταξύ της ιατρικής και μη κανονιστικής ρύθμισης, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν ευρύτερες απαγορεύσεις χρήσης ναρκωτικών ουσιών, είτε ανεπαρκής ρύθμιση των ιατρικών μοντέλων, μπορούμε να οδηγηθούμε στην εκτροπή ουσιών στην παράνομη αγορά για μη ιατρική χρήση. Αντίστοιχο φαινόμενο καταγράφεται στη χρήση των βενζοδιαζεπινών. Η μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων βενζοδιαζεπίνης είναι ένα μακροχρόνιο πρόβλημα που συνδέεται με μεγάλο

αριθμό θανάτων από υπερβολική δόση σε όλο τον κόσμο. Όπως σημειώνει ο ΟΗΕ (UNODC, 2017), η ταυτόχρονη χρήση βενζοδιαζεπινών και οπιοειδών έχει συνδεθεί με έναν αριθμό θανάτων που σημειώθηκαν στην πρόσφατη κρίση των οπιοειδών (μειωμένη προσφορά).

Αναμένεται να διαπιστωθεί λοιπόν αν η χορήγηση συνταγογραφούμενης κάνναβης οδηγήσει στην κακή χρήση και στην ανάπτυξη μίας άλλης αγοράς όπου τα φάρμακα κάνναβης θα πωλούνται παράνομα.

#### ➤ **Εκτροπή των χρηστών-πωλητών στην παράνομη αγορά**

Στα μοντέλα όπου ρυθμίζεται η χρήση αλλά όχι η παραγωγή εμφανίζεται το φαινόμενο «backdoor problem» -όπου η παραγωγή και η προμήθεια των ποσοτήτων που πωλούνται στα καταστήματα «coffee shop» γίνεται μέσω της παράνομης αγοράς, οπότε η εγκληματικότητα που συνδέεται με αυτή την αγορά παραμένει, με την παραγωγή και προμήθεια να παραμένει στα χέρια της οργανωμένης εγκληματικότητας, ενώ οι Χώρες δύναται να αποτελέσουν πόλο έλξης κυκλωμάτων, όπως συμβαίνει στην Ολλανδία σήμερα.

Ακόμα και στις ρυθμιζόμενες αγορές ουσιών δεν είμαστε σε θέση να δηλώσουμε ότι έχει παρθεί εξολοκλήρου η δύναμη από την παράνομη αγορά και τους εγκληματίες. Εάν τα μοντέλα, ιατρικής και ψυχαγωγικής χορήγησης, είναι υπερβολικά περιοριστικά ή δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη ζήτηση (από άποψη είτε παραγόμενης ποσότητας είτε διαθέσιμης σειράς προϊόντων) υφίστανται η πιθανότητα εκτροπής των χρηστών στην παράνομη αγορά με την επέλευση των αρνητικών συνεπειών αυτής. Σημειώνεται ότι η διαθεσιμότητα της νόμιμα χορηγούμενης κάνναβης στην Ουρουγουάη περιορίζεται σε μικρό αριθμό χρηστών, ενώ στον Καναδά τα αποθέματα κάνναβης τελείωσαν μόλις σε διάστημα δύο ημερών από την έναρξη της νόμιμης χορηγίας.

#### ➤ **Επιζήμιες ποινές που μπορούν να καταλήξουν στη φυλάκιση**

Η μη επιβολή ποινικών κυρώσεων αλλά διοικητικών προστίμων στους χρήστες ενδέχεται να είναι εξίσου επιζήμια και δυσανάλογη. Για παράδειγμα η μη καταβολή των επιβληθέντων χρηματικών προστίμων μπορεί τελικά να οδηγήσει σε ποινικές κυρώσεις με τον χρήστη να καταλήγει στη φυλακή. Εάν τα εναλλακτικά της ποινής μέτρα δεν σχεδιαστούν λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, μπορεί να οδηγήσουν σε επαφή περισσότερων ατόμων με τις αρχές (ιδίως όταν τα έσοδα των αρχών συνδέονται με τα πρόστιμα) και ενδεχομένως να επιδεινώσουν τις φυλετικές και κοινωνικές ανισότητες.

#### ➤ **Εμπορευματοποίηση και κίνδυνος υπερεκμετάλλευσης.**

Τα έσοδα που παράγονται από κρατικά μονοπώλια και τη φορολόγηση έχουν τη δυνατότητα να στρεβλώνουν τις προτεραιότητες των κυβερνήσεων. Σε μοντέλα, όπως στις ΗΠΑ, όπου επιτρέπεται ο ανταγωνισμός, γεννάται ο κίνδυνος υπερεκμετάλλευσης. Η εμπορική βιομηχανία μπορεί να ασκήσει πιέσεις και κατά τη διάρκεια τη ρύθμιση των λιανικών πωλήσεων και της εμπορίας ενώ η πιστοποίηση και έλεγχος της ποιότητας των προϊόντων γίνεται από τους ιδιώτες.

Η εμπειρία από τις αγορές του ρυθμιζόμενου αλκοόλ και καπνού υποδεικνύει ότι η εμπορική στόχευση δεν συμβαδίζει πάντα με το συμφέρον της δημόσιας υγείας και ευημερίας. Η ποιότητα και η καταλληλότητα των προϊόντων δύναται να καμφθεί για να ελαχιστοποιηθούν τα κόστη παραγωγής και να μεγαλώσουν τα περιθώρια κέρδους των εταιριών.

#### ➤ **Κυκλοφορία επικίνδυνων προϊόντων .**

Μια από τις ανησυχίες που γεννούνται με τη νομιμοποίηση της ψυχαγωγικής κάνναβης είναι η τοξικότητα των λιπασμάτων και παρασιτοκτόνων που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας καλλιέργειας κάνναβης (**Government of Canada, 2016**). Το 2016, η *Globe and Mail* εξέτασε εννέα δείγματα ιατρικής κάνναβης που αγοράστηκαν από διανομείς στο Τορόντο. Σε εργαστηριακό έλεγχο σε πιστοποιημένο εργαστήριο, το ένα τρίτο του δείγματος δεν πέρασε τις κατευθυντήριες γραμμές για τους καλλιεργητές και τους λιανοπωλητές εγκεκριμένης μαριχουάνας που τέθηκαν από το Υπουργείο Υγείας του Καναδά (**Robertson, 2016**). Επιβλαβείς και μολυσματικές χημικές ουσίες βρέθηκαν στα δείγματα. Σε ένα δείγμα εντοπίστηκε ακόμη και το *Citrobacter freundii*, ένας παθογόνο παράγοντας που θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρή μόλυνση.

### **Γ.3. Ανάλυση SWOT-Δυνατά (Strengths) και Αδύνατα σημεία (Weaknesses) καθώς Ευκαιρίες (Opportunities) και Απειλές (Threats) κάθε προσέγγισης/μοντέλου.**

Αφού συλλέξαμε και αναλύσαμε τα στοιχεία των προαναφερόμενων δεικτών και ολοκληρώθηκε η αναφορά των ακούσιων συνεπειών των περιοριστικών και φιλελευθέρων προσεγγίσεων θα ακολουθήσει μια συγκριτική επισκόπηση των διαφόρων μοντέλων πολιτικής παρουσιάζοντας τα Δυνατά (Strengths) και Αδύνατα σημεία (Weaknesses) καθώς τις Ευκαιρίες (Opportunities) και τις Απειλές (Threats) κάθε προσέγγισης/μοντέλου (SWOT ανάλυση) .

Το εργαλείο ανάλυσης τύπου SWOT θα τα δανειστούμε από την επιστήμη της διοίκησης των επιχειρήσεων, είναι εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού το οποίο χρησιμοποιείται για την ανάλυση του περιβάλλοντος (δυνατά και αδύνατα σημεία, ευκαιρίες και απειλές) μίας επιχείρησης όταν αυτή καλείται να λάβει μία απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει, μέσω λοιπόν της ίδιας μεθοδολογία στο παρόν εγχείρημα θα γίνει προσπάθεια αξιολόγησης της νομιμοποίησης και της αποποινικοποίησης της κατοχής ναρκωτικών ουσιών, για ψυχαγωγικούς σκοπούς.

Βασιζόμενοι στις βασικές αρχές της αποποινικοποίησης και της νομιμοποίησης διάφοροι συνδυασμοί μοντέλων πολιτικής με διαφοροποιήσεις είναι δυνατόν να υιοθετηθούν, για παράδειγμα, η Ουρουγουάη και το Κολοράντο έχουν παράλληλες διατάξεις για την προσωπική καλλιέργεια αλλά η Ουρουγουάη επιτρέπει επιπλέον στους κοινωνικούς συλλόγους να παράγουν νόμιμα και να πωλούν.

Τα μοντέλα εκτείνονται από πλήρως περιοριστικά σε πιο φιλελεύθερα. Σε κάθε μοντέλο παρουσιάζονται αποκλίσεις τόσο στον σχεδιασμό αλλά και στην εφαρμογή, δίνοντας αντίστοιχα δικαιοδοσία σε διαφορετικούς φορείς.

### **Γ.3.1.Μοντέλο Απαγόρευση παραγωγής, προμήθειας και κατοχής.**

Σε αυτή την παραδοσιακή προσέγγιση προβλέπονται κυρώσεις για παραβιάσεις της νομοθεσίας, οι οποίες ποικίλλουν από πρόστιμα μέχρι ποινικές διώξεις με φυλάκιση και, σε ακραίες περιπτώσεις συντηρητικών Κρατών, γίνεται χρήση της θανατικής ποινής για το αδίκημα της διακίνησης. Όπως έχει προαναφερθεί αυτό είναι το προεπιλεγμένο σύστημα για το μεγαλύτερο μέρος του κόσμου για περισσότερα από 50 χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.

#### **Δυνατά Σημεία**

α) Η βασική ρητορική της παραδοσιακής προσέγγισης υποστηρίζει ότι η επικράτηση της χρήσης μειώνεται ή περιορίζεται μέσω συνδυασμού αποτρεπτικών μέτρων χρήσης (μείωση ζήτησης) και περιορισμένης διαθεσιμότητας (μείωση προσφοράς). Ωστόσο, η γραμμική σχέση των δύο αυτών ισχυρισμών με την επιτυχημένη αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, σήμερα επανεξετάζεται.

β) Το κράτος διατηρεί τον πρωταρχικό ρόλο στην πολιτική των ναρκωτικών έχοντας ως στρατηγικές την προστασία της υγείας και της ασφάλειας.

#### **Αδύνατα σημεία**

α) Η εγκληματοποίηση όλων των πράξεων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, σε συνδυασμό με την υψηλή ή αυξανόμενη ζήτηση συνεπάγεται σημαντικό χρηματικό κόστος σε όλο το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

β) Δημιουργεί και συντηρεί την παράνομη αγορά ναρκωτικών καθώς και τις συνδεδεμένες εγκληματικές συμπεριφορές (βία, εκβιασμοί, ανθρωποκτονίες, διαφθορά).

γ) Οδηγεί σε στιγματισμό των χρηστών και μη σεβασμό των βασικών ατομικών δικαιωμάτων (δικαίωμα στην κατάλληλη θεραπεία κτλ).

δ) Η κυβέρνηση δεν έχει δυνατότητα να ρυθμίζει βασικές πτυχές της αγοράς ή να δημιουργεί φορολογικά έσοδα.

ε) Άτομα καταναλώνουν άτυπα προϊόντα άγνωστης ασφάλειας και ποιότητας.

#### **Ευκαιρίες**

α) Το κράτος δίνει ένα ισχυρό μήνυμα κατά των ναρκωτικών.

β) Η βιομηχανία δεν έχει δύναμη και δεν μπορεί να παρέμβει στην άσκηση της πολιτικής, όποτε το κράτος δύναται να νομοθετεί και να εφαρμόζει σύμφωνα με τους δικούς του στόχους.



## **Απειλές**

α) Ο στιγματισμός των χρηστών γεννά περιθωριοποίηση και κοινωνικό αποκλεισμό που μπορεί να γεννήσει εγκληματικές συμπεριφορές.

β) Οι παρεμβάσεις μείωσης βλάβης είναι περιορισμένες με συνέπειες στο άτομο που νοσεί καθώς και στη δημόσια υγεία (π.χ Επιδημία HIV)

### **Γ.3.2. Μοντέλο απαγόρευσης παραγωγής και προμήθειας, παράλληλα με τη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για ιατρική χρήση.**

Απαγορεύεται η παραγωγή για ψυχαγωγική χρήση, αλλά η παραγωγή και η προμήθεια για ιατρικές χρήσεις είναι νόμιμη, συνήθως υπό ρυθμισμένο μοντέλο συνταγογράφησης. Τα διαθέσιμα προϊόντα κυμαίνονται από φυτική κάνναβη έως παρασκευάσματα κάνναβης και εκχυλίσματα (τα συνθετικά προϊόντα κάνναβης είναι ευρύτερα διαθέσιμα).

#### **Παραδείγματα**

20 Πολιτείες των ΗΠΑ (και Ουάσιγκτον), Ολλανδία, Τσεχία και Ισραήλ και Ελλάδα προσεχώς.

#### **Δυνατά Σημεία**

α) Επιτρέπει στους ασθενείς πρόσβαση σε δυνητικά ιατρικά οφέλη από τη χρήση της κάνναβης και των φαρμακευτικών σκευασμάτων αυτής.

β) Σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών που έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη θεραπεία.

#### **Αδύνατα Σημεία**

α) Όσον αφορά τη ψυχαγωγική χρήση, η οποία παραμένει παράνομη, τα αδύνατα σημεία αυτής της προσέγγισης είναι όμοια με το μοντέλο 1 παραπάνω.

β) Υπάρχει η πιθανότητα σύγχυσης και σύγκρουσης μεταξύ της ιατρικής και μη χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ειδικότερα εάν είναι ανεπαρκής η ρύθμιση των ιατρικών μοντέλων.

#### **Ευκαιρίες**

α) Το κράτος μπορεί να αναπτύξει εμπορική δραστηριότητα στην παραγωγή φαρμάκων που συνεπάγεται κέρδη.

β) Διευκολύνει την έρευνα για ιατρική χρήση που διαφορετικά θα μπορούσε να παρεμποδιστεί.

## **Απειλές**

Η μη ύπαρξη επαρκών ρυθμιστικών μοντέλων δύναται να οδηγήσει:

α) Στην εκτροπή ουσιών στην παράνομη αγορά για μη ιατρική χρήση.

β) Σε χρήση της κάνναβης για ιατρικούς λόγους κατά των φαρμακευτικών προτύπων, ενώ στην περίπτωση της χρήσης και της καπνιστής κάνναβης ενέχεται ο κίνδυνος κακού ποιοτικού έλεγχος των καταναλωθισών ποσοτήτων.

γ) Αύξηση της συνταγογράφησης λόγω διαφθοράς των συνταγογραφούντων ιατρών και κινδύνου εκτροπής στην παράνομη αγορά.

### **Γ.2.3. Μοντέλο απαγόρευσης παραγωγής και προμήθειας -με αποποινικοποίηση της κατοχής για προσωπική χρήση.**

Στην εν λόγω προσέγγιση διατηρείται η απαγόρευση της παραγωγής και της προμήθειας, αλλά καταργούνται οι ποινικές κυρώσεις για την κατοχή μικρών ποσοτήτων για προσωπική χρήση. Τα κατώτατα όρια για προσωπική κατοχή ποικίλλουν, όπως και οι μη ποινικές κυρώσεις που συνήθως περιλαμβάνουν κατάσχεση και επιβολή διοικητικών προστίμων, παραπομπές σε θεραπευτική αγωγή ή κοινωνική εργασία ή άλλες κυρώσεις. Η αποποινικοποίηση όπως έχει αναφερθεί μπορεί να είναι *de facto* ή *de jure*.

#### **Παραδείγματα**

16 Πολιτείες της Αμερικής, 28 Χώρες της Λατινικής Αμερικής και 30 ευρωπαϊκές χώρες (μερικές μόνο κάνναβη – άλλες για όλες τις ουσίες).

#### **Δυνατά Σημεία**

α) Μειώνεται το κόστος του ποινικού συστήματος όσον αφορά τις υποθέσεις ναρκωτικών.

β) Καταργείται το στίγμα του εγκληματία για ορισμένους χρήστες.

#### **Αδύνατα Σημεία**

α) Δεν αντιμετωπίζονται οι ζημίες που συνδέονται με την εγκληματική αγορά και ενδέχεται να διευκολύνονται ορισμένες μορφές εγκληματικότητας που σχετίζεται με αυτήν (βία, διαφθορά)

β) Οι μη ποινικές κυρώσεις ενδέχεται να είναι δυσανάλογες (χρηματικές ποινές που δεν δύναται να πληρωθούν από τους χρήστες).

#### **Ευκαιρίες**

α) Διευκολύνονται οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας με την ανακατεύθυνση των δαπανών της ποινικής δικαιοσύνης

β) Καταργείται ένας φραγμός που αποτρέπει στους προβληματικούς χρήστες που αναζητούν βοήθεια.

#### **Απειλές**

α) Εάν δεν εφαρμοστεί επιτυχώς, μπορεί να οδηγήσει σε επαφή περισσότερων ατόμων με τις αρχές (ιδίως όταν τα έσοδα των αρχών συνδέονται με τα πρόστιμα)

β) Η μη καταβολή των προστίμων μπορεί να οδηγήσει σε ποινικές κυρώσεις, ιδίως για πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος, ενδεχομένως επιδεινώνοντας τις φυλετικές και κοινωνικές ανισότητες.

#### **Γ.2.4. Μοντέλο απαγόρευση της παραγωγής και της προσφοράς - με αποποινικοποίηση της κατοχής για προσωπική χρήση και μερικών λιανικών πωλήσεων.**

Οι ρυθμίσεις είναι παρόμοιες με το προαναφερόμενο μοντέλο, αλλά με πρόσθετο μέτρο την αποποινικοποίηση και αδειοδότηση για εμπορικές πωλήσεις ή / και χώρους πώλησης και κατανάλωσης. Η προσφορά στα καταστήματα εξακολουθεί να είναι παράνομη.

##### **Παραδείγματα:**

- Ολλανδικό μοντέλο καφέ «coffe shop».

##### **Δυνατά σημεία**

- α) Μειώνει τις παράνομες πωλήσεις στην αγορά και τη συναφή παραβατική συμπεριφορά.
- β) Επιτρέπει τη ρύθμιση των σημείων πώλησης και των πωλητών.
- γ) Δημιουργεί φορολογικά έσοδα από τα κέρδη των καταστημάτων (αν και όχι από φόρους επί των προϊόντων)
- δ) Οι χρήστες της κάνναβης απομακρύνονται από την παράνομη αγορά όπου κυκλοφορούν και πιο επικίνδυνα ναρκωτικά.

##### **Αδύνατα σημεία**

- α) Το «backdoor problem» - η παραγωγή και η προμήθεια των ποσοτήτων που πωλούνται στα καταστήματα «coffee shop» γίνεται μέσω της παράνομης αγοράς. Η εγκληματικότητα που συνδέεται με αυτή την αγορά παραμένει.
- β) Αδυναμία φορολόγησης προϊόντων που παραμένουν παράνομα.
- γ) Αντιφάσεις μεταξύ του νόμου και των πολιτικών πρακτικών / στόχων

##### **Ευκαιρίες**

- α) Δύναται η δυνατότητα σχεδιασμού και εφαρμογής ποικίλων παρεμβάσεων μείωσης βλάβης.
- β) Επιτρέπει την συλλογή στοιχείων και αξιολόγησης της προσέγγισης της αποποινικοποίησης και της νομιμοποίησης.

##### **Απειλές**

- α) Η παραγωγή και η προμήθεια παραμένει στα χέρια της οργανωμένης εγκληματικότητας, ενώ οι Χώρες με αυτό το μοντέλο δύναται να αποτελέσουν πόλο έλξης οργανωμένων εγκληματικών κυκλωμάτων.

β) Η αύξηση της επιρροής της οργανωμένης εγκληματικότητας μπορεί να αυξήσει την παρουσία βίας και διαφθοράς

### **Γ.2.5. Μοντέλο απαγόρευσης της παραγωγής και της προσφοράς - με αποποινικοποίηση της μικρής έκτασης καλλιέργειας για προσωπική χρήση και ύπαρξη κοινωνικών συλλόγων «social clubs» κάνναβης.**

Σε αυτό το μοντέλο επεκτείνεται η αποποινικοποίηση της προσωπικής κατοχής και στην καλλιέργεια φυτών για προσωπική χρήση, με μέγιστο επιτρεπτό αριθμό που συνήθως ορίζεται από την νομοθεσία (συνήθως μεταξύ 1 και 10 φυτών). Συνήθως επιτρέπεται και σε συνεταιρισμούς χρηστών κάνναβης ή σε «κοινωνικούς συλλόγους για την κάνναβη» να καλλιεργούν φυτά που καλύπτουν τις ανάγκες των μελών τους.

#### **Παραδείγματα**

Ατομικές καλλιέργειες για παραγωγή ποσοτήτων για προσωπική είναι ανεκτή ή επιτρέπεται, μεταξύ άλλων, στο Βέλγιο, στην Ισπανία, στην Ολλανδία, στην Ουρουγουάη και στην Ελβετία

Στην Ισπανία επιτρέπονται επιπλέον και οι κοινωνικοί σύλλογοι.

#### **Δυνατά σημεία**

α) Μειώνεται το μέγεθος του παράνομου εμπορίου, που τροφοδοτεί την αγορά, και των συναφών βλαβών αυτού. (βία, διαφθορά κτλ).

β) Απομακρύνονται ορισμένοι χρηστές κάνναβης από την παράνομη αγορά και τον κίνδυνο πειραματισμού με πιο επικίνδυνες ουσίες.

#### **Αδύνατα σημεία**

α) Δεν είναι εύκολη η νομική ρύθμιση της ατομικής καλλιέργειας για προσωπική χρήση (π.χ. ποιες ποσότητες, είδος φυτών κτλ).

β) Τα τρέχοντα μοντέλα για τους κοινωνικούς συλλόγους κάνναβης στερούνται νομιμότητας ή κανονιστικού πλαισίου που να διασφαλίζει την καλή λειτουργία αυτών.

γ) Περιορίζει την πρόσβαση σε κάνναβη σε ορισμένους χρήστες και έτσι μπορεί να υπάρξει διάκριση σε ορισμένους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς,

#### **Ευκαιρίες**

α) Γεννάται η δυνατότητα έρευνας και αξιολόγησης μιας τέτοιας παρέμβασης σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (πχ συγκεκριμένου συλλόγου).

β) Δίνεται η δυνατότητα σχεδιασμού οργανωμένων παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας.

## **Απειλές**

α) Ειδικότερα καθώς το μοντέλο των κοινωνικών συλλόγων για την κάνναβη επεκτείνεται, η διατήρηση της αποτελεσματικής ρύθμισης και του μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα αυτών δυσχεραίνεται από τη μη ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών

β) Οι απειλές από την κατανάλωση μη τυποποιημένων και πιστοποιημένων προϊόντων παραμένουν και δυνητικά μπορούν να αυξηθούν.

## **Γ.2.6. Μοντέλο ρυθμιζόμενης νόμιμης παραγωγής και προμήθειας - εξ ολοκλήρου υπό το κρατικό μονοπώλιο**

Η παραγωγή και η προσφορά νομιμοποιούνται και ρυθμίζονται, αλλά όλες οι πτυχές της αγοράς καθιερώνονται ως κυβερνητικό μονοπώλιο, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο των εμπορικών ιδιωτικών φορέων στη νόμιμη αγορά.

### **Παραδείγματα**

- Τα κρατικά μονοπώλια για το αλκοόλ - όπως το μονοπώλιο της ρωσικής κυβέρνησης στη βότκα μέχρι το 1992 .
- Η κινεζική κυβέρνηση διατηρεί ένα εικονικό μονοπώλιο στην παραγωγή καπνού / λιανική πώληση

### **Δυνατά Σημεία**

α) Επιτρέπεται η ρύθμιση των σημείων πώλησης και των πωλητών

β) Επιτρέπεται η περιορισμένη ρύθμιση των προϊόντων

γ) Δημιουργούνται φορολογικά έσοδα από τα κέρδη και τις πωλήσεις (αν και όχι από φόρους επί των προϊόντων)

δ) Οι χρηστές απομακρύνονται από την παράνομη αγορά και τον κίνδυνο πειραματισμού με πιο επικίνδυνες ουσίες.

### **Αδύνατα Σημεία**

α) Υφίστανται η πιθανότητα εκτροπής των χρηστών στην παράνομη αγορά και των αρνητικών συνεπειών αυτής, εάν τα μοντέλα είναι υπερβολικά περιοριστικά ή δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη ζήτηση (από άποψη είτε παραγόμενης ποσότητας είτε διαθέσιμης σειράς προϊόντων).

β) Απαιτείται επιβολή κυρώσεων σε όλες τις μη μονοπωλιακές αγορές που εμφανίζονται.

### **Ευκαιρίες**

α) Δίνεται στο κράτος η δυνατότητα να περιορίσει την παράνομη παραγωγή και αγορά καθώς και τις συνέπειες αυτών (βία, συναφή εγκληματικότητα κτλ).

β) Τα έσοδα του Κράτους δίνεται να υποστηρίξουν την παιδεία και άλλα προγράμματα (πρόληψη, θεραπεία, τομέα υγείας).

## **Απειλές**

α) Τα έσοδα που παράγονται από κρατικά μονοπώλια έχουν τη δυνατότητα να στρεβλώνουν τις προτεραιότητες των κυβερνήσεων.

β) Ο κίνδυνος διαφθοράς των κρατικών υπαλλήλων αυξάνεται.

## **Γ.2.7. Ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση - με ένα συνδυασμό εμπορικών και κυβερνητικών μονοπωλιακών στοιχείων**

Νόμιμη, ρυθμιζόμενη εμπορική αγορά, αλλά με κυβερνητικό μονοπώλιο σε ορισμένα στοιχεία της αγοράς - κυρίως στο στάδιο της λιανικής πώλησης

### **Παραδείγματα**

- Το μοντέλο νόμιμης ρύθμισης της κάνναβης της Ουρουγουάης
- Πώληση αλκοόλ και καπνού.

## **Δυνατά σημεία**

α) Ανάπτυξη της εμπορικής δραστηριότητας και του ανταγωνισμού.

β) Επιτρέπεται στην κυβέρνηση να διατηρεί τον πλήρη έλεγχο της αγοράς της κάνναβης μετριάζοντας πιθανές βλάβες π.χ. υπερεμπορευματοποίηση, εκτροπή, ποιοτικός έλεγχος προϊόντων.

γ) Δημιουργεί έσοδα από τη φορολογία

## **Αδύνατα σημεία**

α) Εάν τα μοντέλα είναι υπερβολικά περιοριστικά ή δεν ανταποκρίνονται επαρκώς (από άποψη είτε παραγόμενης ποσότητας είτε διαθέσιμης σειράς προϊόντων) υφίστανται η πιθανότητα εκτροπής των χρηστών στην παράνομη αγορά.

β) Όταν δεν υπάρχει λεπτομερής σχεδιασμός που να ανταποκρίνεται πραγματικά στην ζήτηση, η προσφορά περιορίζεται μόνο σε ένα συγκεκριμένο αριθμό χρηστών, μη επιτρέποντας σε όλους την ίση μεταχείριση από την νομοθεσία.

## **Ευκαιρίες**

α) Δίνεται στο κράτος η δυνατότητα να περιορίσει την παράνομη παραγωγή και αγορά καθώς και τις συνέπειες αυτών (βία, συναφή εγκληματικότητα κτλ).

β) Τα έσοδα του Κράτους δίνεται να υποστηρίξουν την παιδεία και άλλα προγράμματα (πρόληψη, θεραπεία, τομέα υγείας).

## **Απειλές**

α) Κίνδυνος αύξησης της επικράτησης της χρήσης ιδίως σε νέους πληθυσμούς.

β) Κίνδυνος υπερεκμετάλλευσης όπου επιτρέπεται ο ανταγωνισμός

γ) Κίνδυνος προβλημάτων που σχετίζονται με την άσκηση πιέσεων από την εμπορική βιομηχανία.

δ) Επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία που δεν είναι δυνατόν να υπολογισθούν στον παρόντα χρόνο

### **Γ.2.8. Ρυθμιζόμενη νόμιμη παραγωγή και προμήθεια για μη ιατρική χρήση - αδειοδοτημένοι παραγωγοί ή / και αδειοδοτημένοι πωλητές**

Ρυθμιστικό μοντέλο εμπορικής αγοράς εφάμιλλο με αυτό που ήδη υπάρχει για το αλκοόλ και τον καπνό. Οι λεπτομέρειες του πλαισίου αδειοδότησης και κανονιστικών ρυθμίσεων μπορούν να διαφέρουν όσον αφορά τους ελέγχους σχετικά με τα προϊόντα, τους πωλητές, τα καταστήματα λιανικής, το μάρκετινγκ και την πρόσβαση στις αγορές.

#### **Παραδείγματα**

- Διάφορα καθεστώτα ελέγχου αλκοόλ και καπνού
- Τα μοντέλα ρύθμισης της κάνναβης του Κολοράντο και της Ουάσινγκτον

#### **Δυνατά Σημεία**

- α) Επιτρέπει κέρδη της εμπορικής δραστηριότητας
- β) Διατηρείται η ικανότητα της κυβέρνησης να παρεμβαίνει σε βασικές πτυχές της αγοράς και να μειώνει τους κινδύνους της υπερ-εμπορευματοποίησης
- γ) Η φορολογία επιτρέπει έναν βαθμό ελέγχου των τιμών από την κυβέρνηση καθώς και τη δημιουργία εσόδων

#### **Αδύνατα Σημεία**

- α) Κίνδυνος υπερ-εμπορευματοποίησης εάν η ρύθμιση των λιανικών πωλήσεων και εμπορίας είναι ανεπαρκής
- β) Κίνδυνος προβλημάτων που σχετίζονται με την άσκηση πιέσεων από την εμπορική βιομηχανία

### **Γ.2.9. Μοντέλο ελεύθερης αγοράς**

Ευρεία μη ρυθμισμένη νόμιμη αγορά ή «μοντέλο σούπερ μάρκετ», όπου τα προϊόντα υπόκεινται μόνο σε βασικά εμπορικά πρότυπα και ελέγχους προϊόντων παρόμοιους με εκείνους που υπάρχουν για τα τρόφιμα ή τα ποτά. Οι προμηθευτές μπορούν να παρέχουν επιπλέον μέτρα πιστοποίησης.

#### **Παράδειγμα**

- Ρύθμιση των προϊόντων καφεΐνης

#### **Δυνατά Σημεία**

- α) Ελάχιστο ρυθμιστικό κόστος
- β) Ελάχιστη κρατική παρέμβαση στις εμπορικές ελευθερίες

### **Αδύνατα Σημεία**

α) Η πιστοποίηση και έλεγχος της ποιότητας των προϊόντων γίνεται από τους ιδιώτες παραγωγούς και η εμπειρία υποδεικνύει ότι η εμπορική στόχευση του κέρδους δεν συμβαδίζει πάντα με το συμφέρον της δημόσιας υγείας και ευημερίας.

β) Η πτώση των τιμών και η μη ελεγχόμενη πώληση θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυξημένη ή ανεύθυνη χρήση.

### **Ευκαιρίες**

α) Ο ανταγωνισμός ενδέχεται να οδηγήσει σε μείωση των τιμών για τους καταναλωτές

### **Απειλές**

α) Εύκολη πρόσβαση στα προϊόντα της κάνναβης η οποία δύναται να ταυτιστεί επικοινωνιακά με ότι δεν υπάρχει κίνδυνος από τη χρήση και κατάχρησης αυτής.

β) Αυξημένος κίνδυνος υπερ-εμπορευματοποίησης και εμφάνιση βιομηχανίας τύπου «καπνοβιομηχανίας».



## Δ. Μέρος Τέταρτο

### Δ.1. Το παραδοσιακό μοντέλο- Ελλάδα-Ο νόμος στην Ελλάδα

Μια πρώτη προσπάθεια ποινικοποίησης της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών στη χώρα μας πραγματοποιείται το 1919 με τον νόμο «περί αλητείας και επαιτείας»(Ν. 1681/19), όπου με το άρθρο 5 του Ν.1681/19 προβλέπεται ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους και επί υποτροπής μέχρι δύο ετών σε όσους έκαναν χρήση ή πωλούσαν χασίς, ή είχαν χώρους στους οποίους επιτρεπόταν το χασίς. (Κοτσαλής Λ., 2010).

Έως το 1954 ο χρήστης ναρκωτικών αντιμετωπιζόταν από το νομοθέτη ως άνθρωπος του υποκόσμου, ύποπτος για την τέλεση διαφόρων εγκληματικών πράξεων και επικίνδυνος για το κοινωνικό σύνολο. Για πρώτη φορά με το Νομικό Διάταγμα 3084/1954 εκφράστηκε έμμεσα η αντίληψη ότι ο «τοξικομανής» χρήστης είναι ασθενής και όχι κοινός εγκληματίας, και θεσπίστηκε αντί ποινής ο εγκλεισμός του προς θεραπεία σε ειδικό Κρατικό Κατάστημα, από το οποίο μπορούσε να απολυθεί μετά την παρέλευση εξαμήνου και εφόσον κρίνετο ότι είχε αποθεραπευθεί. Στο άρθρο 122 του ΝΔ 3084/1954 αναφέρονται ορισμένοι όροι που μπορούσαν να τεθούν στον απολυόμενο, όπως να μη συχνάζει σε τόπους όπου γίνεται χρήση ναρκωτικών, να μη συναναστρέφεται άτομα τοξικομανή, να μην παραμένει εκτός της κατοικίας του πέρα από μια ορισμένη ώρα της νύχτας κ.ά.

Το 1970, όταν τέθηκε σε ισχύ το νδ 743/1970 περί ναρκωτικών, εισάγεται διάκριση των δραστών σε τοξικομανείς και μη. Με το άρθρο 72 θεσπίστηκε το ατιμώρητο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, όταν ο δράστης είναι εξαρτημένος, με τη σκέψη ότι ο τοξικομανής δράστης κυριευμένος από την εξάρτησή του δεν μπορεί να πράξει αλλιώς. Για πρώτη φορά δίνεται στο νόμο ορισμός της τοξικομανίας (άρθρο 131): τοξικομανείς θεωρούνται όσοι, κτησάμενοι την έξι της χρήσεως ναρκωτικών ουσιών, αδυνατούν ν' αποβάλουν αυτοδυνάμως ταύτην, δεόμενοι ειδικής προς τούτο θεραπευτικής μεταχείρισεως. Η ιδιότητα του εξαρτώμενου χρήστη διατυπώνεται με τον ίδιο ορισμό μέχρι και σήμερα με τις διατάξεις του Ν4139/13 (Άρθρο 30: Όσοι απέκτησαν την έξι της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορούν να την αποβάλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση) και διαπιστώνεται με πραγματογνωμοσύνη, η οποία κατ' αρχήν δεν δεσμεύει το δικαστήριο.

Την δεκαετία του 80 καταγράφονται πέντε επίσημοι θάνατοι από ηρωίνη, ενώ ακολουθεί η ψήφιση του Ν.1729/87, ο οποίος αποτελεί τον κορμό της βασικής νομοθεσίας για τα Ναρκωτικά μέχρι σήμερα (4139/13) και περιλαμβάνει πίνακες με απαγορευμένες είτε περιορισμένης κυκλοφορίας ουσίες κατ' αναλογία των Διεθνών Συνθηκών.

Το 2013 ψηφίζεται ο τελευταίος νόμος Ν. 4139/2013 "Περί εξαρτησιογόνων ουσιών" με τον οποίο βελτιώνεται και εκσυγχρονίζεται η Νομοθεσία που αφορά στα ναρκωτικά. Ο ισχύων Νόμος για τα ναρκωτικά κωδικοποιεί ρυθμίσεις που τέθηκαν σε εφαρμογή σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, ενώ οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις του αφορούν στην:

- ✓ Καθιέρωση του δικαιώματος στη θεραπεία του κρατουμένου με την αναγνώριση της αναγκαιότητας θεραπευτικής μεταχείρισης σε όλα τα στάδια της δικαστικής διαδικασίας αλλά και της κράτησης

- ✓ Πρόβλεψη δυνατότητας επιβολής εναλλακτικών μέτρων απεξάρτησης από το δικαστήριο.
- ✓ Αναλογικοποίηση των ποινών για αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά εκσυγχρονίζοντας και ορθολογικοποιώντας την ποινική αντιμετώπιση
- ✓ Θεσμοθέτηση κεντρικών οργάνων όπως: η Διυπουργική Επιτροπή, ο Εθνικός συντονιστής για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών.
- ✓ Αναγνώριση συγκεκριμένων υπηρεσιών, φορέων και οργανισμών που ασχολούνται επισήμως με την πρόληψη, τη θεραπεία, την απεξάρτηση και την επανένταξη των χρηστών στο σχετικό πεδίο.

Σύμφωνα με το άρθρο 29 η χρήση και η προμήθεια για ατομική χρήση παραμένει αδίκημα (πλημμέλημα) και βάσει νόμου τιμωρείται με ποινή φυλακίσεως πέντε μηνών, ενώ αιτιώμενος μένει ο περιστασιακός χρήστης, εάν το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις τέλεσης της πράξης και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν εντελώς περιστασιακή και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί.

Ο νομοθέτης εισάγει ένα πλήθος μέτρων ειδικής μεταχείρισης του ουσιοξερτημένου παραβάτη, με συνέπεια η επίκληση της ουσιοεξάρτησης ως αυτοτελής ισχυρισμός να οδηγεί στην α) Άρση του άδικου χαρακτήρα της πράξης, β) Άρση ή μείωση της ικανότητας προς καταλογισμό, γ) Απόσβεση του αξιόποινου ή δ) Μείωση της ποινής.

Εισάγεται επίσης η δυνατότητα επιβολής εναλλακτικών μέτρων από το δικαστήριο, που σημαίνει ότι σύμφωνα με το άρθρο 31 σε περίπτωση εγκλημάτων Διακίνησης, Πρόκλησης και Διαφήμισης, Οδήγησης μεταφορικών μέσω, Χρήσης και καλλιέργεια για ίδια χρήση όπως και σε περίπτωση εγκλήματος που φέρεται ότι τελέστηκε για να διευκολυνθεί η χρήση ναρκωτικών ουσιών, εφόσον τα εγκλήματα αυτά έχουν τελεστεί από ουσιο-εξαρτώμενο πρόσωπο:

A) Αντί της προσωρινής κράτησης να επιβάλλεται ως περιοριστικός όρος η εισαγωγή του συλληφθέντα σε εγκεκριμένο κατά νόμο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.

B) Σε περίπτωση επιβολής προσωρινής κράτησης εάν ο κατηγορούμενος δηλώσει ότι επιθυμεί έχει τη δυνατότητα να παρακολουθήσει εντός καταστήματος ειδικό συμβουλευτικού προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης και πλέον φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης

Γ) Σε περίπτωση αντικατάστασης της προσωρινής κράτησης με περιοριστικούς όρους, μεταξύ των όρων, είναι και η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης του αιτούντος.

Με το άρθρο 33 καθορίζονται οι έννομες συνέπειες της συμμετοχής ενός παραβάτη σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης εκτός καταστημάτων κράτησης.

A) Αναβολή/αποχή από ποινικής δίωξης όταν παραβάτης οικειοθελώς παρακολουθήσει/ολοκληρώσει συμβουλευτικού ή θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης.

- Β) Αναστολή εκτέλεσης εντάλματος σύλληψης  
Γ) Αναστολή εκτέλεσης των στερητικών της ελευθερίας και των χρηματικών ποινών

## **Δ.2.Η κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα**

Προκειμένου να είμαστε σε θέση να τοποθετηθούμε εάν πράγματι είναι εφικτή και σκόπιμη μία αλλαγή της πολιτικής για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα θα ακολουθήσει περιγραφή της κατάστασης των Ναρκωτικών στην Ελλάδα και για να είναι δυνατή η σύγκριση της με τις υπόλοιπες προσεγγίσεις θα περιγράψει σύμφωνα με τους στόχους και δείκτες τους οποίους χρησιμοποιήσαμε για τα μοντέλα της αποποινικοποίησης και νομιμοποίησης.

### **Δ.2.1. Στόχος Α: Προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας:**

#### **Δείκτης 1: Αριθμός των πολιτών που βιώνουν την τοξικομανία/υψηλής επικινδυνότητας χρήση.**

Δυστυχώς για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία που να προσδιορίζουν τους χρήστες υψηλής επικινδυνότητας με κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη.

Γενικότερα, ο πιθανός αριθμός χρηστών υψηλού κίνδυνου στην Ελλάδα, τουλάχιστον όσο αφορά τα οπιοειδή, υπολογίζεται με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου των πολλαπλών εγγράφων (multiple records ή capture-recapture), στα ετησία δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας. Σε αυτή τη μεθοδολογία η προσαρμογή ενός κατάλληλου στατιστικού μοντέλου στις εγγραφές χρηστών από τρεις πηγές πληροφόρησης (ΚΕΘΕΑ, «18 ΑΝΩ», λοιπό δίκτυο) επιτρέπει την εκτίμηση του μεγέθους του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών που δεν παρουσιάστηκαν σε καμιά θεραπευτική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του έτους. Σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία, ο χρήστης υψηλού κίνδυνου ορίζεται ως εκείνος που κάποια στιγμή θα ζητήσει τη βοήθεια μιας θεραπευτικής υπηρεσίας για τη χρήση ηρωίνης.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το έτος 2016, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κυρία ουσία τα οπιοειδή είναι 17.067 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 14.663 – 20.103. Σε σχέση με το μέγεθος του γενικού πληθυσμού αυτής της ηλικίας, αντιπροσωπεύει μία αναλογία 2,46 τοις χιλίοις (95% δ.ε. 2,11 – 2,90). (ΕΚΤΠΝ, 2018). Η εκτίμηση αυτή δεν διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη εκτίμηση για το 2015 (16.701 με 95% δ.ε. από 14.346 έως 19.677), δίνοντας ένδειξη σταθεροποίησης του συνολικού αριθμού χρηστών, σε ένα χαμηλότερο επίπεδο από τη μέγιστη εκτίμηση των 24.000 χρηστών το 2009.

#### **Δείκτης 2: Αριθμός θεραπευμένων ατόμων σε σχέση με τους προβληματικούς χρήστες (Παροχή θεραπείας)**

Στην Ελλάδα οι δομές που παρέχουν θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση χωρίζονται σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους παρέμβασης:

- α. Θεραπεία φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης (ΘΦΑΕ),

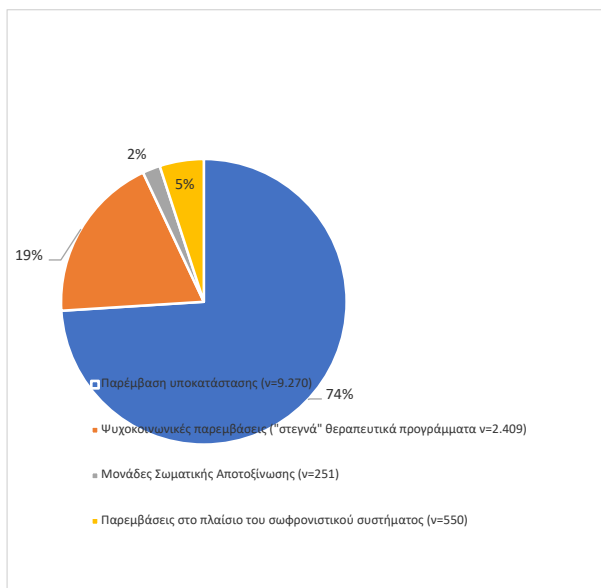
β. ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (εσωτερικής διαμονής ενηλικών, εξωτερικής παραμονής ενηλικών, εξωτερικής παραμονής εφήβων),

γ. ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος και

δ. σωματική αποτοξίνωση

Στοιχεία για τις εισόδους των ατόμων σε θεραπεία συλλέγονται συνολικά από όλα τα προγράμματα μέσω του συστήματος του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) του ΕΚΤΕΠΝ.

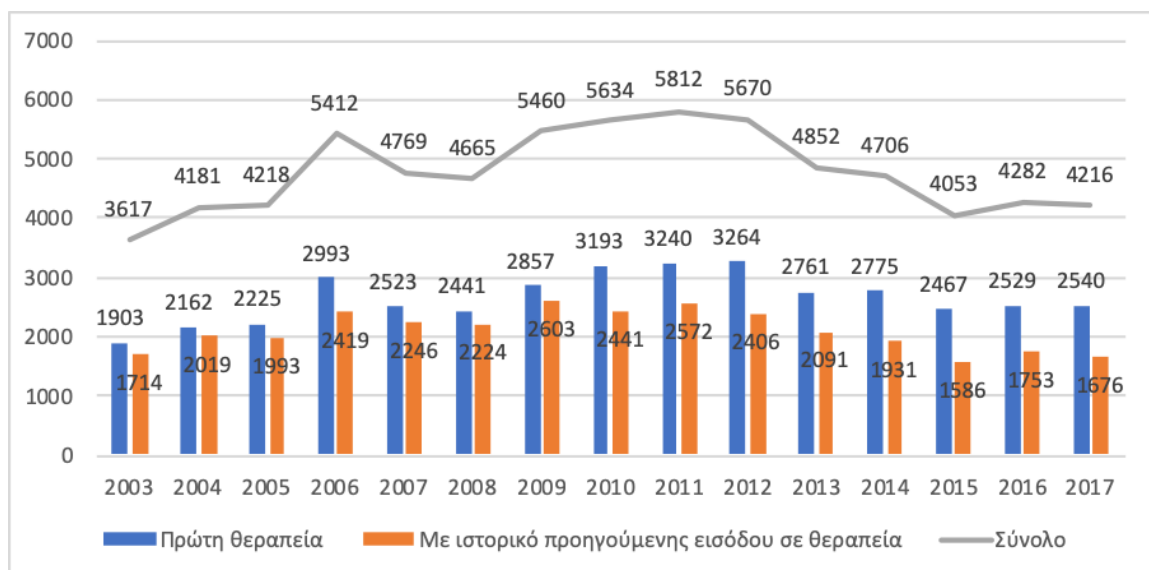
Σχέδιο 26: Αριθμός θεραπευμένων για κάθε τύπο παρέμβασης, Ελλάδα 2016



Το 2017 ο συνολικός αριθμός των ατόμων που δέχτηκαν θεραπεία για κάθε τύπο παρέμβασης ανήλθε στους 12.480 (Σχέδιο 27), εκ των οποίων το 74% των θεραπευμένων βρισκόταν στο πρόγραμμα υποκατάστασης, το 19% δέχτηκε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, το 5% δέχτηκε παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος (φυλακισμένοι-αποφυλακισμένοι), ενώ το 2% βρισκόταν στο πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης.

Το 2017 εισήλθαν στα αναγνωρισμένα προγράμματα

θεραπείας για προβλήματα από τη χρήση ουσιών τουλάχιστον 4.216 άτομα, εκ των οποίων το 60% αφορούσε πρώτες αιτήσεις θεραπείας. (Πίνακας 18).



Σχέδιο 27: Αριθμός ατόμων που εισήλθαν σε θεραπεία, Πρώτες Αιτήσεις και Με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία, Ελλάδα 2003-2017

Ενδιαφέρον έχει να παρατηρήσουμε ότι κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης στις πρώτες αιτήσεις θεραπείες είναι τα οπιοειδή με 60.9%, ενώ ακολουθεί η κάνναβη με 26.9% και η κοκαΐνη 9.3%. Ανοδική είναι η τάση του αριθμού των αιτημάτων για προβλήματα από την κάνναβη από το 2014 (είχε καταγραφεί μείωση μόνο για το 2015). Η κατάχρηση οπιοειδών αναφέρθηκε σε υψηλότερο ποσοστό από τα άτομα με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία (συγκριτικά με τις περιπτώσεις πρώτης θεραπείας, 78,8% και 48,1% αντίστοιχα). Η κατάχρηση κάνναβης αναφέρθηκε σε υπερτριπλάσιο ποσοστό στις περιπτώσεις αιτήσεων πρώτης θεραπείας (46,1%) συγκριτικά με τα άτομα με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία (14,7%). Πίνακας 18.

Πίνακας 18: Ποσοστά εισόδων σε θεραπεία ανά αναφερόμενη ουσία κατάχρησης (Πρώτη θεραπεία και Με Προηγούμενο Ιστορικό), Ελλάδα 2014-2017.

|      | Σύνολο εισόδων (%) |          | Με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία (%) |          | Πρώτη θεραπεία (%) |          |
|------|--------------------|----------|--|----------|--------------------|----------|
| 2017 | Οπιοειδή           | 60.9%    | Οπιοειδή   | 74.8%    | Οπιοειδή           | 38.9%    |
|      | Κοκαΐνη            | 9.3%     | Κοκαΐνη  | 7.5%     | Κοκαΐνη            | 12.1%    |
|      | Κάνναβη            | 26.9%    | Κάνναβη  | 14.7%    | Κάνναβη            | 46.1%    |
|      | Άλλες Ουσίες       | 2.9%     | Άλλες Ουσίες                                     | 3%       | Άλλες Ουσίες       | 2.9%     |
| 2016 | Οπιοειδή           | 66.4 (%) | Οπιοειδή   | 78.8 (%) | Οπιοειδή           | 48.1 (%) |
|      | Κοκαΐνη            | 6.8 (%)  | Κοκαΐνη  | 5.5 (%)  | Κοκαΐνη            | 8.8 (%)  |
|      | Κάνναβη            | 23.0 (%) | Κάνναβη  | 11.7 (%) | Κάνναβη            | 39.7 (%) |
|      | Άλλες Ουσίες       | 3.8 (%)  | Άλλες Ουσίες                                     | 4.0 (%)  | Άλλες Ουσίες       | 3.4 (%)  |
| 2015 | Οπιοειδή           | 69.8 (%) | Οπιοειδή   | 80.8 (%) | Οπιοειδή           | 52.8 (%) |
|      | Κοκαΐνη            | 5.1(%)   | Κοκαΐνη  | 5.0 (%)  | Κοκαΐνη            | 5.2 (%)  |
|      | Κάνναβη            | 19.4 (%) | Κάνναβη  | 5.2 (%)  | Κάνναβη            | 34.2 (%) |
|      | Άλλες Ουσίες       | 3.4(%)   | Άλλες Ουσίες                                     | 3.8 (%)  | Άλλες Ουσίες       | 2.9 (%)  |
| 2014 | Οπιοειδή           | 69.2 (%) | Οπιοειδή   | 78.9 (%) | Οπιοειδή           | 55.3 (%) |
|      | Κοκαΐνη            | 5.1 (%)  | Κοκαΐνη  | 5.0 (%)  | Κοκαΐνη            | 5.2 (%)  |
|      | Κάνναβη            | 22.3 (%) | Κάνναβη  | 12.3 (%) | Κάνναβη            | 36.5 (%) |
|      | Άλλες Ουσίες       | 3.4 (%)  | Άλλες Ουσίες                                     | 3.8 (%)  | Άλλες Ουσίες       | 2.9 (%)  |

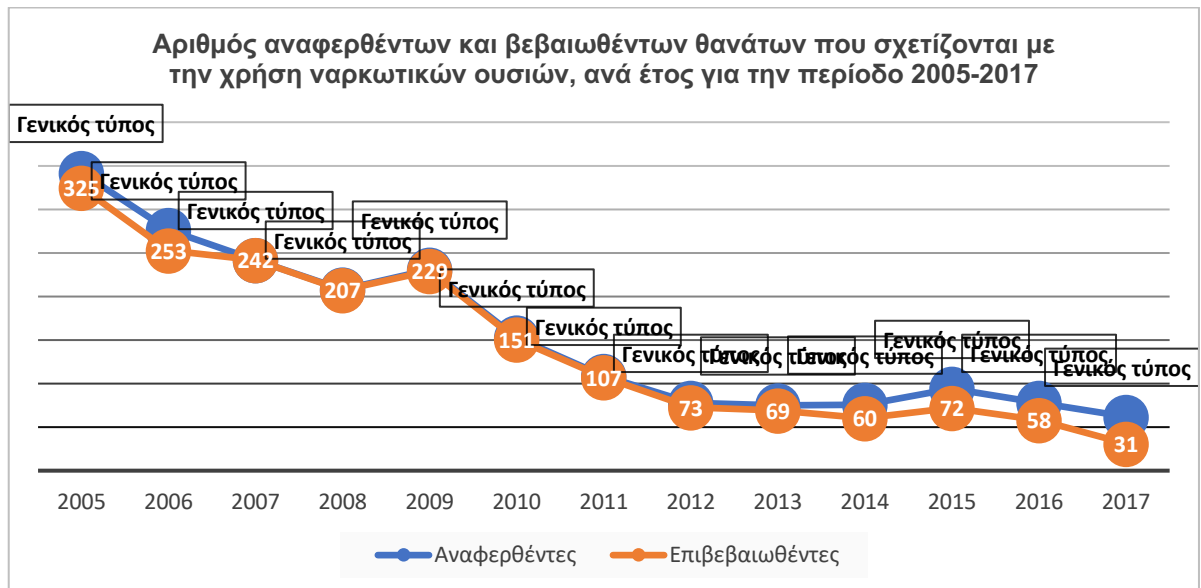
**Δείκτης 3: Αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.**

Στην Ελλάδα καταγράφονται μόνον οι θάνατοι που προέρχονται από οξείες δηλητηριάσεις. Δεν καταγράφονται οι θάνατοι που σχετίζονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών (π.χ. θάνατοι από μολυσματικές ασθένειες οι οποίες σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, με ατυχήματα, με αυτοκτονίες κτλ.). Πηγή των στοιχείων είναι η Ελληνική Αστυνομία, όπου αρχικώς συλλέγει τους αναφερθέντες θανάτους από τις Αστυνομικές Αρχές και στη συνέχεια τους επιβεβαιωθέντες θανάτους από τις Υπηρεσίες Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, τα οποία στη συνέχεια αποστέλλονται στο ΕΚΤΠΝ σε ετήσια βάση. Οι επιβεβαιωθέντες θάνατοι βασίζονται στα αποτελέσματα των ιατροδικαστικών εξετάσεων και των τοξικολογικών αναλύσεων οι οποίες διενεργούνται σε περιπτώσεις θανάτων από τους αρμόδιους φορείς (εργαστήρια ιατροδικαστικής και τοξικολογίας των πανεπιστημίων και ιατροδικαστικές υπηρεσίες του Υπουργείου Δικαιοσύνης).

| Ελλάδα                 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Αναφερθέντες           | 78   | 75   | 76   | 94   | 78   | 62   |
| Επιβεβαιωθέντες        | 73   | 69   | 60   | 72   | 58   | 31   |
| Όχι από Ναρκωτικά      | 4    | 5    | 13   | 15   | 11   | 2    |
| Απροσδιόριστη Αιτία    | 1    |      |      | 1    |      |      |
| Ηλικία                 |      |      |      |      |      |      |
| έως 19 ετών            | 1    | 1    | 0    | 2    | 1    | 0    |
| 20-29 ετών             | 21   | 12   | 9    | 13   | 10   | 6    |
| άνω 30 ετών            | 51   | 56   | 51   | 57   | 47   | 25   |
| Φύλο                   |      |      |      |      |      |      |
| Άνδρες                 | 66   | 59   | 53   | 66   | 51   | 29   |
| Γυναίκες               | 7    | 10   | 7    | 6    | 7    | 2    |
| Εθνικότητα             |      |      |      |      |      |      |
| Ελληνική               | 68   | 63   | 52   | 64   | 52   | 28   |
| Αλλοδαπή               | 5    | 6    | 8    | 8    | 6    | 3    |
| Γεωγραφικό Διαμέρισμα  |      |      |      |      |      |      |
| Αττική                 | 26   | 28   | 27   | 11   | 12   | 2    |
| Θεσσαλονίκη            | 15   | 19   | 15   | 33   | 21   | 10   |
| Λοιπές Περιοχές        | 32   | 22   | 18   | 28   | 25   | 19   |
| Οικογενειακή κατάσταση |      |      |      |      |      |      |
| Άγαμος                 | 51   | 44   | 41   | 50   | 27   | 17   |
| Παντρεμένος            | 2    | 4    | 2    | 8    | 5    | 0    |
| Διαζευγμένος           | 0    | 1    | 0    | 2    | 4    | 1    |
| Άγνωστο                | 20   | 20   | 17   | 12   | 22   | 13   |
| Εργασιακή Κατάσταση    |      |      |      |      |      |      |
| Άνεργος-Άγνωστο        | 72   | 65   | 56   | 69   | 51   | 28   |
| Άλλο                   | 1    | 4    | 4    | 3    | 7    | 3    |
| Ουσίες                 |      |      |      |      |      |      |
| Ηρωίνη-Μορφίνη         | 64   | 57   | 50   | 64   | 55   | 25   |
| Κοκαΐνη                | 3    | 2    | 4    | 2    | 1    |      |
| Άλλο                   | 6    | 10   | 6    | 6    | 2    | 6    |

Πίνακας 19: Αριθμός θανάτων ανά ουσία, ηλικιακή ομάδα, φύλο και λοιπά δημογραφικά στοιχεία

Στην επικράτεια όπως διαφαίνεται και στο Σχέδιο 29 από το 2005 και έπειτα παρατηρείται μία μείωση των θανάτων από δηλητηρίαση. Μία μικρή αύξηση παρατηρήθηκε το 2015 που όμως στα επόμενα έτη δεν διατηρήθηκε.

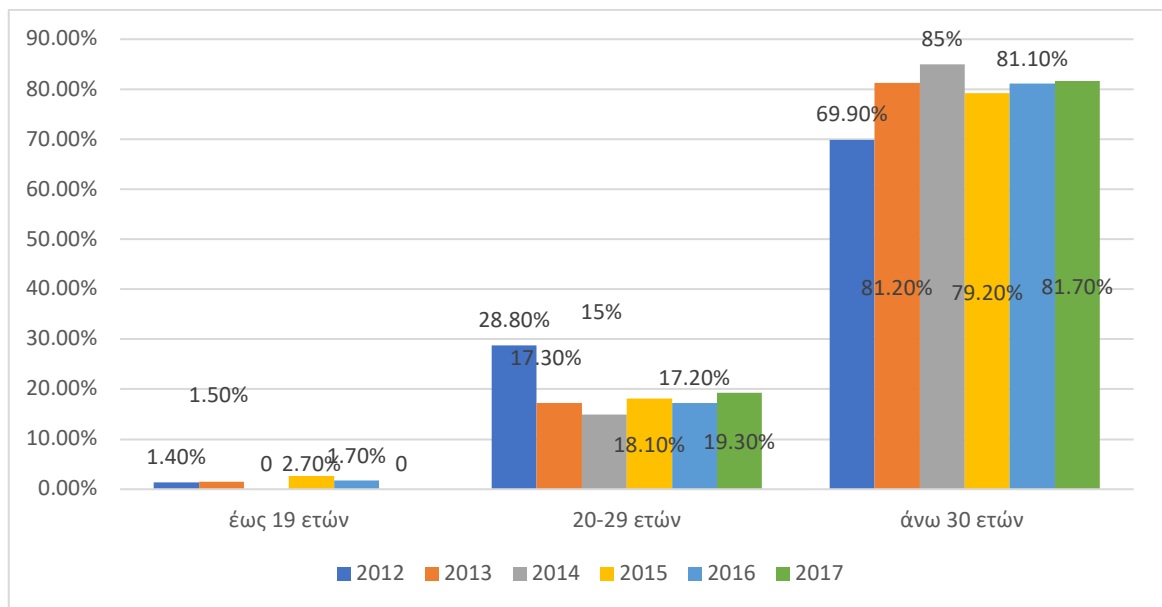


Σχέδιο 28: Αναφερθέντες και Επιβεβαιωθένες Θάνατοι από Ναρκωτικά στην Ελλάδα,

Πηγή: ΣΟΔΝ

Το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν 10.52 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων ανήκει στην ηλικιακή κλίμακα άνω των 30 ετών, ωστόσο σημειώνεται αυξητική τάση τα έτη 2014 και 2015 στους θανάτους και των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων (έως 19 και 20-29 ετών) Σχέδιο 2.3.1.



Σχέδιο 29: Θάνατοι από Ναρκωτικά, ανά ηλικιακή ομάδα, 2012-2017 στην Ελλάδα, Πηγή: ΣΟΔΝ

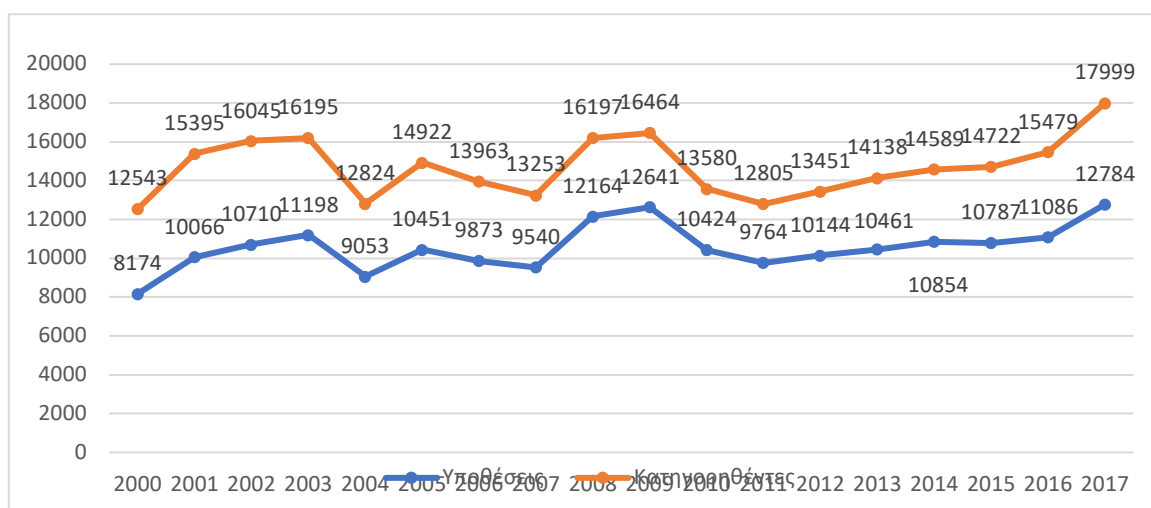
Η πλειονότητα των θανάτων στην επικράτεια συνδέονταν με τη χρήση ηρωίνης / μορφίνης (87.7% το 2012, 82.6% το 2013, 83.4% το 2014, 93% το 2016 και 95% το 2017), ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό αφορά άνδρες ημεδαπούς.

## Δ.2.2. Στόχος Β: Για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας

### Δείκτης 1: Αριθμός αδικημάτων που σχετίζεται με τα ναρκωτικά

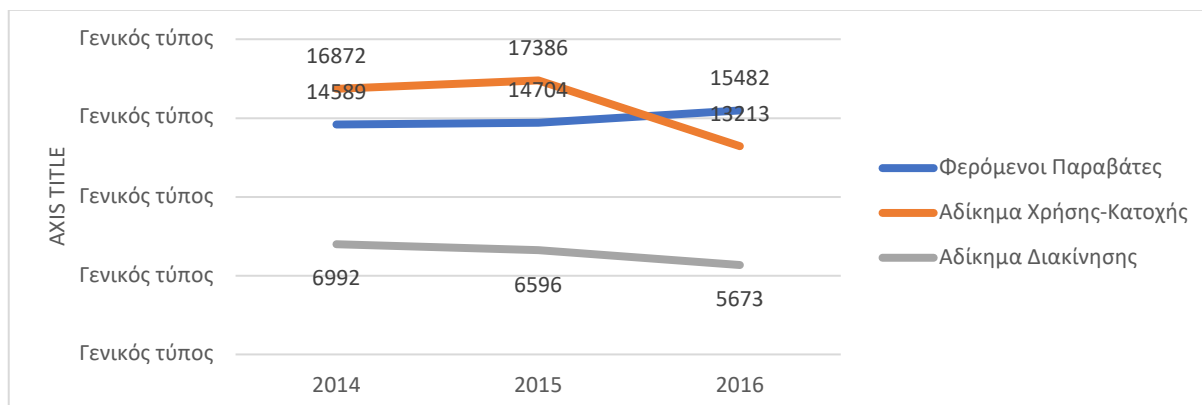
Τα στοιχεία που αφορούν τις κατηγορίες για αδικήματα που σχετίζονται με παραβάσεις του ισχύοντος νόμου συλλέγονται ετησίως από το Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης. Το 2017 οι ελληνικές αρχές επιβολής του νόμου απήγγειλαν κατηγορίες εις βάρος 17.999 ατόμων για χρήση, παραγωγή / καλλιέργεια, διακίνηση και άλλες κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών.

Στο Σχέδιο 30 παρουσιάζεται ο αριθμός των κατηγορηθέντων ατόμων και υποθέσεων από το 2000 έως σήμερα, καταγράφεται αμφότερα μία βαθμιαία αύξηση από το 2011 και έπειτα.



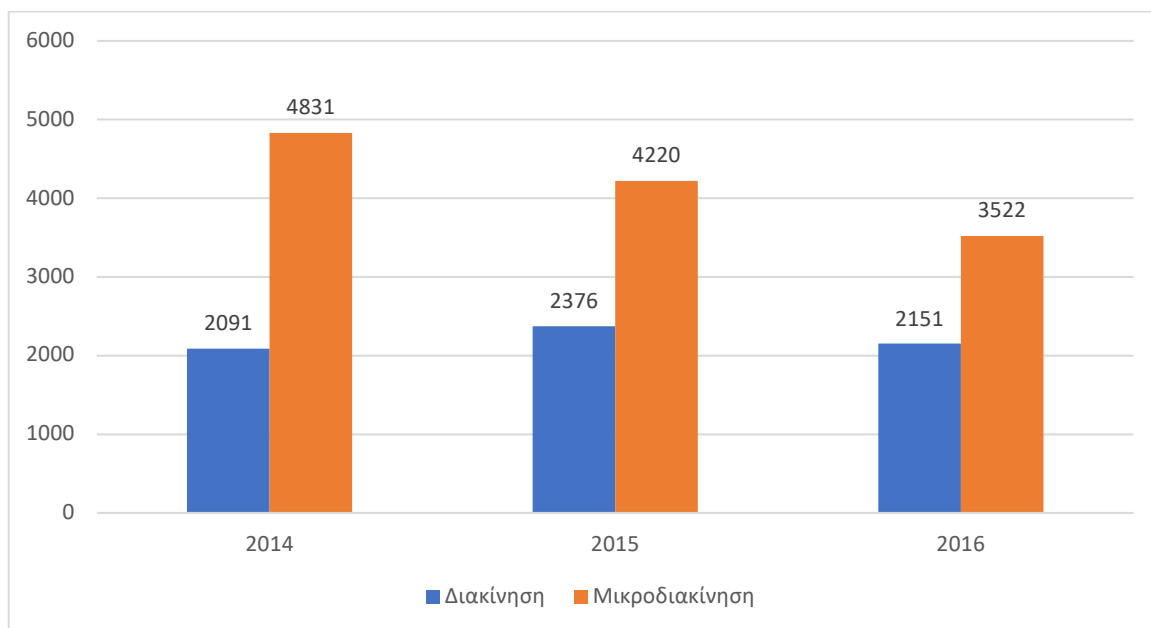
Σχέδιο 30: Αριθμός κατηγορηθέντων ατόμων και υποθέσεις για Ναρκωτικά, Ελλάδα 2000-2016

Το μεγαλύτερο μέρος των φερόμενων δραστών κατά τα έτη 2014 έως 2016 είχαν διαπράξει το αδίκημα της χρήσης-κατοχής (75% το 2014, 73% το 2015 και 74% το 2016) με το μεγαλύτερο ποσοστό της διακίνησης να αφορά τη μικροδιακίνηση (69% το 2014, 63% το 2016 και 57% το 2016).





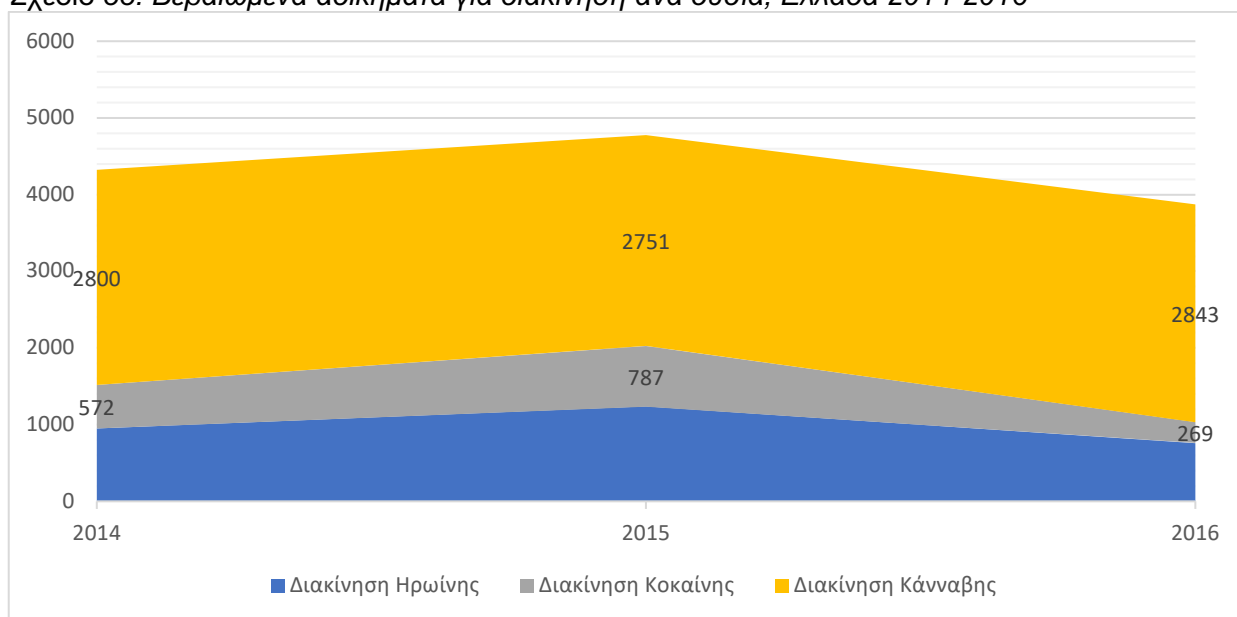
Σχέδιο 31: Αδικήματα της περί ναρκωτικών νομοθεσίας, Ελλάδα 2014-2016



Σχέδιο 32: Βεβαιωμένα αδικήματα διακίνησης και μικροδιακίνησης, Ελλάδα 2008-2016

Τόσο στις παραβάσεις της διακίνησης (40% το 2014, 41% το 2015 και 50% το 2016) αλλά και της κατοχής (60% το 2014, 51% το 2015 και 62% το 2016) η κάνναβη αποτελεί την πιο συχνά κατασχεθείσα ουσία με την ηρωίνη να ακολουθεί. Οι βεβαιωθείσες παραβάσεις που αφορούν τη χρήση κάνναβη μειώνονται σταδιακά ενώ παραμένουν σταθερές οι περιπτώσεις της διακίνησης.

Σχέδιο 33: Βεβαιωμένα αδικήματα για διακίνηση ανά ουσία, Ελλάδα 2014-2016



Πίνακας 20: Αδικήματα της Περί Ναρκωτικών Νομοθεσίας, Ελλάδα 2014-2016

| Πράξη/Έτος                         | 2014         | 2015         | 2016         |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Αδικήματα</b>                   | <b>22422</b> | <b>23748</b> | <b>17741</b> |
| Συλληφθέντες                       | 14589        | 14704        | 15482        |
| <b>Χρήση-Κατοχή</b>                | <b>16872</b> | <b>17386</b> | <b>13213</b> |
| Διακίνηση Σύνολο                   | 6992         | 6596         | 5673         |
| <b>Διακίνηση</b>                   | <b>2091</b>  | <b>2376</b>  | <b>2151</b>  |
| Μικροδιακίνηση                     | 4831         | 4220         | 3522         |
| <b>Χρήση-Κατοχή Κάνναβης</b>       | <b>10182</b> | <b>8918</b>  | <b>8172</b>  |
| Διακίνηση Κάνναβης                 | 2800         | 2751         | 2843         |
| <b>Χρήση-Κατοχή Ηρωίνης</b>        | <b>2790</b>  | <b>3585</b>  | <b>2256</b>  |
| Διακίνηση Ηρωίνης                  | 948          | 1238         | 762          |
| <b>Χρήση-Κατοχή Κοκαίνης</b>       | <b>628</b>   | <b>909</b>   | <b>567</b>   |
| Διακίνηση Κοκαίνης                 | 572          | 787          | 269          |
| <b>Χρήση-Κατοχή ΧCΤ</b>            | <b>63</b>    | <b>64</b>    | <b>112</b>   |
| Διακίνηση ΧCΤ                      | 29           | 37           | 24           |
| <b>Χρήση-Κατοχή Μεθαμφεταμίνης</b> | <b>47</b>    | <b>114</b>   | <b>71</b>    |
| Διακίνηση Μεθαμφεταμίνης           | 29           | 37           | 24           |

+

**Δείκτης 2: Έκταση της δυναμικότητας του οργανωμένου εγκλήματος**

Η Ελλάδα, λόγω της γεωγραφικής της θέσης, που την καθιστά μέρος της παραδοσιακής «Βαλκανικής οδού» ναρκωτικών προς τη Δυτική Ευρώπη, αλλά και παραγόντων τρωτότητας που «διευκολύνουν» το σοβαρό και οργανωμένο έγκλημα διακίνησης ναρκωτικών, όπως η οικονομική κρίση, η εκτεταμένη συνοριακή γραμμή της ηπειρωτικής και νησιωτικής Χώρας με γειτνιάζουσες χώρες με έντονη δράση στη διακίνηση των ναρκωτικών, ο μεγάλος αριθμός μετακινούμενων πληθυσμών, οι διεθνείς εμπορικοί δρόμοι και η ελεύθερη κυκλοφορία προς Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί σημαντικό σημείο ενδιαφέροντος των εγκληματικών οργανώσεων διακίνησης ναρκωτικών ως πύλη εισόδου ή και διαμετακόμισης ναρκωτικών από Χώρες της Ανατολής ή και της Ν. Αμερικής προς τη Δυτική Ευρώπη.

Το 2017, στη Χώρα μας εξαρθρωθήκαν συνολικά εκατό είκοσι έξι (126) εγκληματικές ομάδες, οι οποίες αποτελούνταν συνολικά από (1195) μέλη. Επίσης, η πλειοψηφία αυτών (93) δραστηριοποιούνταν στη διακίνηση κάνναβης ενώ άξιο μνείας είναι το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό εξ αυτών (39) δραστηριοποιούνταν στη διακίνηση περισσοτέρων της μιας ουσίας (Polydrug groups), με το συνδυασμό κάνναβης και κοκαΐνης να υπερισχύει.

Το 2016, στη Χώρα μας εξιχνιάστηκαν συνολικά μικρότερος αριθμός εγκληματικών οργανώσεων, ήτοι εβδομήντα τρεις (73) εγκληματικές ομάδες, οι οποίες αποτελούνταν συνολικά από (942) μέλη. Σταδιακά στην πάροδο των ετών καταγράφεται μία αύξηση των εξιχνιασθεισών εγκληματικών ομάδων, ωστόσο αυτό μπορεί να μεταφραστεί και ως μία εξοικείωση των αρχών επιβολής του νόμου με τον Ν.4139/13.

Πίνακας 21: Αριθμός εξιχνιασθεισών Εγκληματικών Οργανώσεων Ναρκωτικών, Ελλάδα 2014-2017

|                                | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------------------|------|------|------|------|
| <i>Εγκληματικές Οργανώσεις</i> | 52   | 63   | 73   | 126  |
| <i>Μέλη</i>                    | 432  | 479  | 942  | 1198 |
| <i>Κάνναβη</i>                 | 36   | 27   | 22   | 93   |
| <i>Polydrug</i>                | 11   | 31   | 38   | 39   |

Η δράση των συγκεκριμένων ομάδων σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζεται και με άλλες εγκληματικές δραστηριότητες, όπως παραβάσεις της νομοθεσίας περί οπλών και περί αλλοδαπών, νομιμοποίηση εσοδών από εγκληματική δραστηριότητα, πλαστογραφία, κυκλοφορία παραχαραγμένων νομισμάτων, κ.ά.

Η Ελλάδα αποτελεί χώρα παραγωγής κάνναβης προς κάλυψη της εγχώριας ζήτησης, χώρα τελικού προορισμού ποσοτήτων από το εξωτερικό για εσωτερική κατανάλωση, αλλά και χώρα διαμετακόμισης της ουσίας.

Μεγάλες ποσότητες κάνναβης εισέρχονται στη χώρα μας, είτε από τα χερσαία ελληνοαλβανικά σύνορα, είτε δια θαλάσσης με ταχύπλοα σκάφη και στη συνέχεια μέσω των δυτικών λιμένων της Χώρας μας, διαμετακομίζονται σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης μέσω της Ιταλίας. Το μεγαλύτερο μέρος των εισαχθεισών ποσοτήτων αποκρύπτεται προσωρινώς σε αποθηκευτικούς χώρους στην Αττική ή στη Θεσσαλονίκη, όπου μετέπειτα οργανώνεται η εξαγωγή από τη Χώρα μας,

με μεταφορικές εταιρείες, εκμεταλλεούμενοι τους εμπορικούς οδούς εντός ΕΕ . Οι εγκληματικές ομάδες σε πολλές περιπτώσεις, έχοντας διπλό σκοπό, αφ' ενός το «ξέπλυμα χρήματος» και αφ' ετέρου τη διευκόλυνση των εξαγωγών, συστήνουν νομότυπες εξαγωγικές εταιρείες, αποκρύπτοντας έτσι εντός του νόμιμου φορτίου και τα προς εξαγωγή ναρκωτικά.

Οι κατασχέσεις κάνναβης παραμένουν υψηλές κατά την πάροδο των ετών.

Πίνακας 22: Κατασχέσεις Κάνναβης, Ελλάδα 2013-2017

| Καταχεθείσες Ποσότητες Κάνναβης | 2013   | 2014   | 2015    | 2016    | 2017      |
|---------------------------------|--------|--------|---------|---------|-----------|
| Ακατέργαστη (κιλά)              | 20.941 | 19.567 | 2.487   | 12.863  | 29.940    |
| Κατεργασμένη (κιλά)             | 8,110  | 35,760 | 329,897 | 155,003 | 6.251,053 |
| Δενδρύλλια                      | 23.008 | 52.284 | 60.922  | 55.705  | 46.907    |

Πηγή: ΣΟΔΝ, ΕΜΠ

Όσον αφορά την κατεργασμένη κάνναβη, η ζήτηση της στις παράνομες αγορές ναρκωτικών στην Ελλάδα, παραμένει μικρή δεδομένης της προσφοράς μεγάλων ποσοτήτων ακατέργαστης κάνναβης.

Πίνακας 23: Κατασχεμένες Ναρκωτικές Ουσίες, Ελλάδα 2009-2016

|                             | 2009      | 2010      | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015      | 2016       | 2017       |
|-----------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| Κατεργασμένη Κάνναβη (κιλά) | 46,825    | 17,648    | 121,966    | 44,404     | 8,110      | 35,760     | 329,897   | 155,003    | 6.251,053  |
| Ακατέργαστη Κάνναβη (κιλά)  | 7.318,956 | 7.708,632 | 13.402,533 | 22.373,433 | 20.941,865 | 19.567,625 | 2.487,298 | 12.863,155 | 29.940,861 |
| Φυτά Κάνναβης               | 15.515    | 21.607    | 33.242     | 34.040     | 23.008     | 52.284     | 60.922    | 55.702     | 46.907     |
| Ηρωίνη (κιλά)               | 589,757   | 520,768   | 340,470    | 331,143    | 235,504    | 2.528,738  | 566,639   | 220,280    | 358,879    |
| Κοκαΐνη (κιλά)              | 626,618   | 221,253   | 463,42     | 200,696    | 706,078    | 297,221    | 101,531   | 166,116    | 234,414    |
| Αμφεταμίνη (κιλά)           | -         | 0,008     | 1,835      | 0,277      | 1,175      | 1,387      | 1,966     | 1,81       | 0,065      |
| Μεθαμφεταμίνες              | 0,008     | 0,98      | 0,025      | 0,001      | 14,58      | 4,872      | 0,673     | 0,773      | 0,402      |
| ΧΤC δισκία                  | 46.115    | 12.823    | 70         | 3.253      | 34.579     | 102.299    | 163       | 9.522      | 566        |
| LCD τεμάχια                 | 244       | 141       | 2890       | 104        | 186        | 99         | 812       | 455        | 221        |

### Δείκτης 3: Διαφθορά και νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.

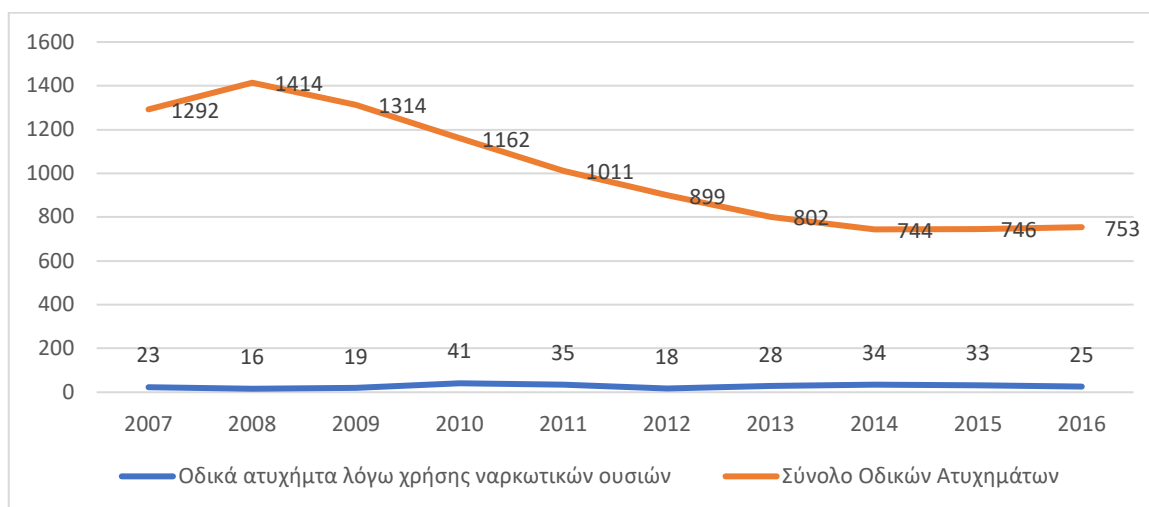
Στη βαθμολογία της οργάνωσης της Διεθνούς Διαφάνεια (Transparency International) η Ελλάδα το 2017, σύμφωνα «με το βαθμό στον οποίο η διαφθορά θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών

(δείκτης αντίληψης της Διαφθοράς-Corruption Perception Index-CPI), κατατάσσεται στην 48 θέση με 59 βαθμούς, πάνω από το μέσο όρο των 180 του ΟΗΕ (43). Από το 2010, που ταυτίζεται και με την έναρξη της οικονομικής κρίσης, σημειώνεται μία μείωση της βαθμολογίας, που μεταφράζεται σε αύξηση της διαφθοράς που θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών.

|      | Rank | CPI Score | Slovakia | SVK | WE/EU | 50 | 54 |
|------|------|-----------|----------|-----|-------|----|----|
| 2001 | 42   | 42        | Croatia  | HRV | WE/EU | 49 | 57 |
| 2003 | 43   | 50        | Greece   | GRC | WE/EU | 48 | 59 |
| 2007 | 46   | 56        | Romania  | ROU | WE/EU | 48 | 59 |
| 2010 | 35   | 78        | Hungary  | HUN | WE/EU | 45 | 66 |
| 2012 | 36   | 94        | Bulgaria | BGR | WE/EU | 43 | 71 |
| 2015 | 46   | 58        |          |     |       |    |    |
| 2017 | 48   | 59        |          |     |       |    |    |

#### Δείκτης 4: Σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά βία

Ένας από τους δείκτες που συλλέγονται στην Ελλάδα είναι ο αριθμός των τροχαίων όπου ανιχνεύτηκε η παρουσία ναρκωτικών ουσιών σε έναν τουλάχιστο οδηγό. Ο αριθμός αυτός αποτελεί συμπληρωματική ένδειξη της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά παραβατικότητας. Τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας για τη δεκαετία 2007-2016 παρουσιάζονται στο Σχέδιο 33. Όπως παρατηρείται, το σύνολο των οδικών ατυχημάτων μειώνεται κατά την εξαετία 2011-2016 και ο αριθμός των οδικών ατυχημάτων όπου ανιχνεύτηκαν στον οδηγό ουσίες παραμένει σταθερός κατά τη διετία 2014-2015. Στοιχεία που να αφορούν τη χρήση κάνναβης δεν είναι διαθέσιμα



Σχέδιο 34: Κατανομή συνολικών οδικών ατυχημάτων και τροχαίων όπου ανιχνεύτηκαν ναρκωτικές ουσίες, Ελλάδα 2007-2016

Μελέτες/στοιχεία για άλλες μορφές βίαιων εγκλημάτων που συνδέονται με τη χρήση ουσιών δεν είναι συλλέγονται.

Η ερευνητική βιβλιογραφία για ανθρωποκτονίες στην Ελλάδα έχει σε μεγάλο βαθμό επικεντρωθεί στις Ανθρωποκτονίες και το νόμο στην αρχαία Ελλάδα, στην εξέλιξη του θεσμού της βεντέτα και τις παραδοσιακές και ηθικές αξίες που μπορεί να ενθαρρύνουν τη διαπροσωπική βία. Αρκετές μελέτες σχετικά με τις ανθρωποκτονίες διεξήχθησαν κατά τη δεκαετία του 1960 και του 1990 { (Χριστοδούλου, 1966)· (Safilos-Rothenschild, 1969) (Chimbos, 1993). Λιγοστές έρευνες έχουν ασχοληθεί ερευνητικά με εξαίρεση την έρευνα για τα πρότυπα Ανθρωποκτονιών στην περιοχή της ηπείρου (Vougiouklakis T, Tsiligianni C, 2006) και (Fragkouli, 2016) · Ο Βουγιουκλάκης και Τσιλιγιάννη (2006, σ. 318) ανέλυσε τις εκθέσεις αυτοψίας και τους φακέλους των διωκτικών αρχών σε υποθέσεις ανθρωποκτονίας μεταξύ 1998 και 2005, και δεν βρέθηκαν ενδείξεις χρήσης ή ψυχοτρόπων ουσιών μεταξύ των δραστών ανθρωποκτονίας Η Φραγκούλη το 2016 επέκτεινε τις μετρήσεις της μελέτης σε 2013. Η τοξικολογική ανάλυση των συγγραφέων δεν αναφέρει περίπτωση όπου θύμα ανθρωποκτονίας να βρέθηκε θετικό σε Ναρκωτικές ουσίες.

### **Δ.2.3. Στόχος Γ: Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας**

#### **Δείκτης 1: Πρόσβαση σε φάρμακα σε άτομα με εξάρτηση.**

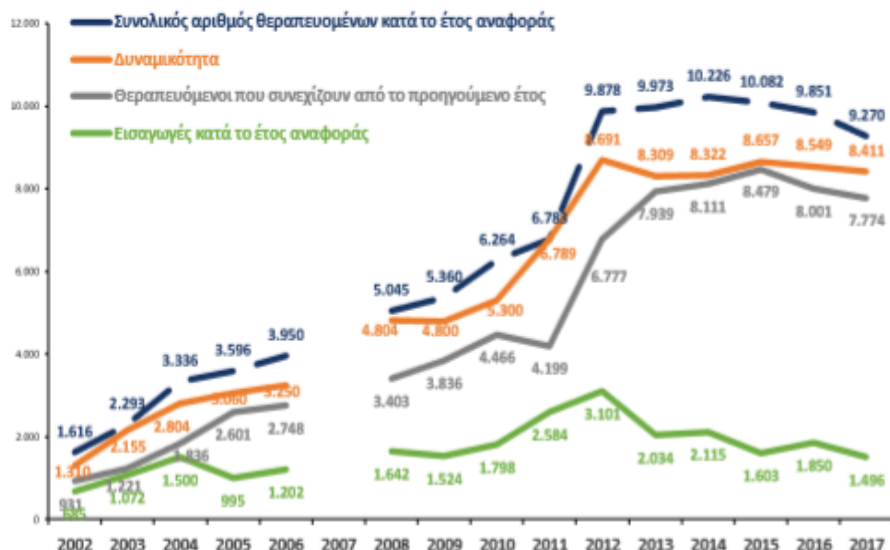
Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση.

Οι ΜΟΘΕ, που απευθύνονται στους χρήστες οπιοειδών, διακρίνονται σε δύο βασικούς τύπους, σύμφωνα με την κύρια φαρμακευτική ουσία που χορηγείται: α. στις μονάδες που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και β. στις μονάδες που χορηγούν βουπρενορφίνη ως φαρμακευτική ουσία. Το δίκτυο των ΜΟΘΕ του ΟΚΑΝΑ αριθμοί 56 Μονάδες σε όλη την Ελλάδα, δυναμικότητας το 2017 8.411 θέσεις.

Όσον αφορά τη λίστα αναμονής για ένταξη στο πρόγραμμα υποκατάστασης, στα τέλη Δεκεμβρίου του 2017 από τις συνολικά 1.155 εκκρεμείς αιτήσεις για το πρόγραμμα μεθαδόνης και 496 σε πρόγραμμα βουπρενορφίνη. Με εξαίρεση την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη όπου ο χρόνος αναμονής που απαιτείται για εισαγωγή στο πρόγραμμα υποκατάστασης είναι 6 και 5 μήνες αντίστοιχα, σε όλη την υπόλοιπη Ελλάδα δεν απαιτείται χρόνος αναμονής για την εισαγωγή των χρηστών στο πρόγραμμα.

Κατά τη δεκαετία 2002-2011, η δυναμικότητα και ο αριθμός των θεραπευμένων στο πρόγραμμα υποκατάστασης παρουσιάζουν σταθερά αυξητική

πορεία, ενώ το 2012 αυξάνεται κατακόρυφα (46% αύξηση σε σχέση με το 2011), αντανακλώντας τη μεγάλη επέκταση του προγράμματος που συντελέστηκε την τριετία 2010-2012, με νέες μονάδες στα νοσοκομεία της Αττικής.



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2019.

Σχέδιο 35: Τάση Δυναμικότητας και αριθμός των θεραπευμένων στις ΜΟΘΕ, Ελλάδα (2002-2017)

### ➤ Φαρμακευτική/Ιατρική χρήση της Κάνναβης

Τον Μάρτιο 2018 ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή το νομοσχέδιο «Διατάξεις για την Παραγωγή Τελικών Προϊόντων Φαρμακευτικής Κάνναβης» (Ν. 4523/2019), που τροποποιεί τη βασική νομοθεσία για τα ναρκωτικά. Η νέα νομοθετική ρύθμιση περιλαμβάνει τη δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών της χώρας στα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης, δεδομένων των θεραπευτικών ιδιοτήτων της κάνναβης σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Με τον όρο τελικά προϊόντα νοούνται φαρμακευτικά σκευάσματα με άδεια κυκλοφορίας από τον Εθνικό Οργανισμό Υγείας, στα οποία θα έχουν πρόσβαση οι ασθενείς σύμφωνα με τις διατάξεις του Πίνακα Γ του Ν.4139/13, ήτοι ελεγχόμενα μέσω ειδικής συνταγογράφησης σε ένα περιορισμένο αριθμό ασθενειών.

Ενώ με την ίδια διάταξη επιτρέπεται σε φυσικά και νομικά πρόσωπα να καλλιεργούν ποικιλίες κάνναβης για την καλλιέργεια, επεξεργασία των πρώτων υλών αποκλειστικό σκοπό την παραγωγή τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα.

Ενδιαφέρον έχει να παρατηρήσουμε ότι στην έκθεση αξιολόγησης των συνεπειών του προτεινόμενου σχεδίου νόμου αναγράφεται ότι κύριος σκοπός του νόμου είναι να δημιουργήσει το πλαίσιο για την παραγωγή τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης, επιτρέποντας την δραστηριοποίηση ιδιωτών στον τομέα αυτό. Όπως ρητώς αναφέρεται με τον τρόπο αυτό διανοίγεται ένα νέο πεδίο επιχειρηματικότητας το οποίο αξιοποιεί τα παραγωγικά πλεονεκτήματα της χώρας (κλιματολογικές συνθήκες, έδαφος) και άρα υπόσχεται νέες θέσεις εργασίας και

ενίσχυση των εξαγωγών, αφετέρου δε διευκολύνεται και ρυθμίζεται η πρόσβαση των ασθενών της χώρας σε φαρμακευτικά προϊόντα.

Μέχρι σήμερα δεν έχει αδειοδοτηθεί εργοστάσιο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση διαπιστωνουμε ότι πολιτικά η στόχευση της μεταρρύθμισης πρωτίστως αφορούσε τα οικονομικά οφέλη όπως η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, και η γέννηση οικονομικών οφελών για το κράτος από τις εξαγωγές τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κίνναβης και τη φορολογία των οικονομικών δραστηριοτήτων του κλάδου, δεδομένου και ότι η παγκόσμια αγορά για την καλλιέργεια και μεταποίηση της ιατρικής κίνναβης βρίσκεται στα αρχικά στάδια ανάπτυξης και κατά συνέπεια η προσφορά υστερεί σημαντικά της παγκόσμιας ζήτησης. Δευτερεύουσα στόχευση είναι η πρόσβαση σε κατάλληλη θεραπεία ασθενών.

## **Δείκτης 2: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις/παρεμβάσεις πρόληψης για τα ναρκωτικά**

Η πρόληψη των ουσιοεξαρτήσεων στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των 75 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (εφεξής Κέντρα Πρόληψης), το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς.

Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων (εφεξής Υπουργείο Παιδείας), κατά κύριο λόγο μέσω της υλοποίησης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ., οι οποίοι μεταξύ άλλων δραστηριοποιούνται και στην πρόληψη των ουσιοεξαρτήσεων. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται το ΚΕΘΕΑ (Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης), δύο κρατικοί φορείς (Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ / ΨΝΑ και ΨΝΘ), μία εθελοντική οργάνωση (Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής) και το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, το οποίο αποτελεί πρόγραμμα του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και του ΟΚΑΝΑ.

Τα τελευταία χρόνια οι παρεμβάσεις πρόληψης που υλοποιούνται στη σχολική κοινότητα δεν περιορίζονται σε θέματα εξαρτήσεων, αλλά καλύπτουν και ευρύτερα θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας.

Το σχολικό έτος 2016-2017 αυξήθηκε η δράση των Κέντρων / φορέων Πρόληψης στη σχολική κοινότητα, όπου υλοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης που απευθύνθηκαν σε 95.000 μαθητές της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ διοργανώθηκαν εκπαιδευτικά σεμινάρια και συναντήσεις για πάνω από 7.700 εκπαιδευτικούς.

Όσον αφορά τα προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας, το σχολικό έτος 2016-2017, όπως και τα προηγούμενα σχολικά έτη, περίπου το 40% των προγραμμάτων ΑΥ επικεντρώθηκε σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας (εξαρτήσεις, ψυχική υγεία/διαπροσωπικές σχέσεις, σχολικός



εκφοβισμός/διαδίκτυο, διαφορετικότητα / ρατσισμός). Ωστόσο, σε θέματα εξαρτήσεων (ναρκωτικών, οιοπνευματωδών και καπνού), τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί αξιοσημείωτα η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όπου το σχολικό έτος 2016-2017 συνολικά συμμετείχαν 2.730 μαθητές της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

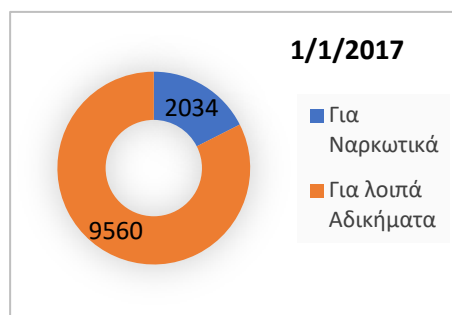
Η πλειονότητα των παρεμβάσεων πρόληψης που υλοποιούνται στην Ελλάδα, εντάσσεται στην καθολική πρόληψη. Σε γενικές γραμμές, οι παρεμβάσεις δεν επικεντρώνονται αποκλειστικά στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της πρόληψης των επικίνδυνων συμπεριφορών και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας.

Στις αρχές του 2017, τέθηκε σε πλήρη λειτουργία η Υπηρεσία Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης του ΟΚΑΝΑ για την έγκαιρη παρέμβαση σε ανήλικους και νεαρούς παραβάτες χρήστες ουσιών. Το σχολικό έτος 2016-2017 το Υπουργείο Παιδείας εισήγαγε στα γυμνάσια της χώρας την “Θεματική εβδομάδα”, όπου μαζί την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας αποσκοπεί στην περαιτέρω ευαισθητοποίηση της σχολικής κοινότητας σε διάφορα θέματα που θα επιλέγονται κάθε χρόνο. Στις αρχές του 2018, ξεκίνησε το πρόγραμμα REFRAME με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων στον προσφυγικό πληθυσμό. Το πρόγραμμα υλοποιείται με τη συνεργασία μεταξύ του ΚΕΘΕΑ και του Διεθνή Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ) με τη χρηματοδότηση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Ανάπτυξης. .

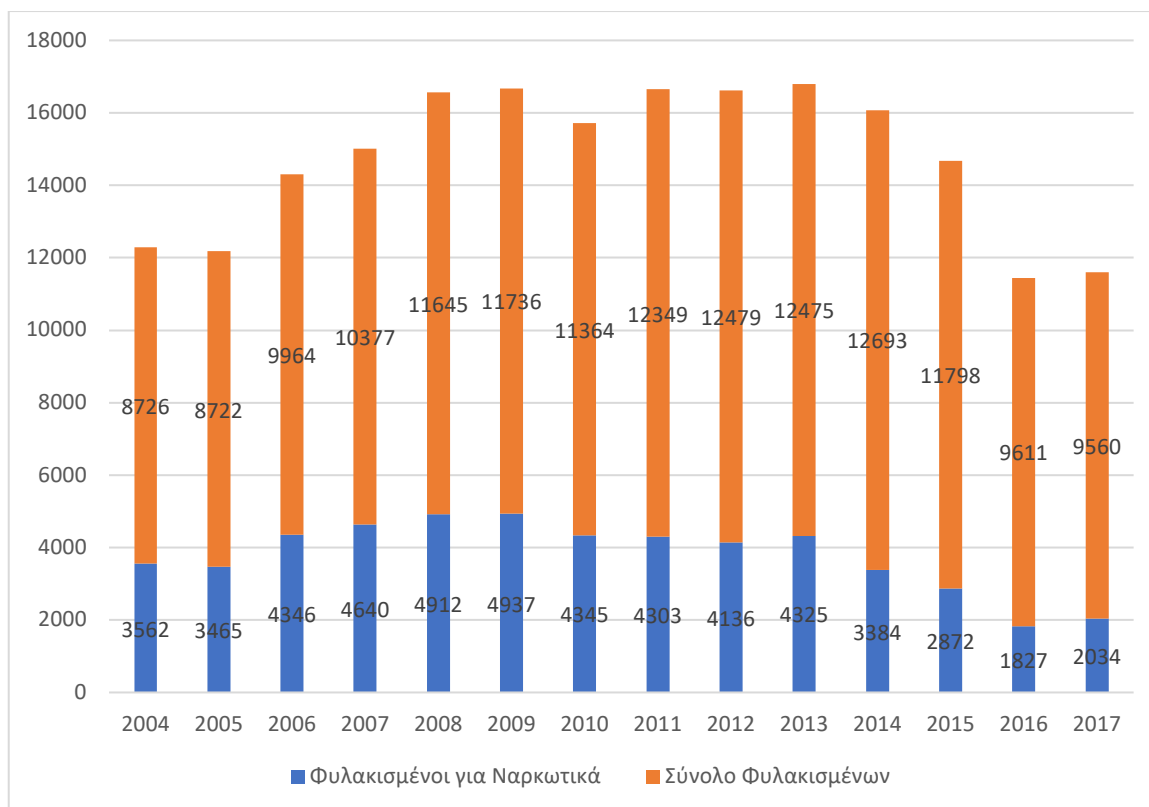
Σημειώνεται ότι παρά την ύπαρξη πολλών προγραμμάτων πρόληψης στην Ελλάδα δεν υφίστανται ενιαίες προδιαγραφές για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης σε εθνικό επίπεδο.

### **Δείκτης 3: Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται για μικρής εμβέλειας αδικήματα των ναρκωτικών.**

Σύμφωνα με στατιστικά δελτία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το ΕΚΤΠΝ συλλέγει στοιχεία για τον αριθμό των κρατουμένων για παράβαση του νομού περί ναρκωτικών στις ελληνικές φυλακές. Ειδικότερα, ο αριθμός των παραβατών του νομού Περί ναρκωτικών την 1η Ιανουαρίου του 2017 ανήλθε στους 2.034, επί συνόλου 9.560.



Όπως αποτυπώνεται στο Σχέδιο 35, τόσο ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων καθώς και ο αριθμός των κρατουμένων για παράβαση του νόμου Περί ναρκωτικών παρουσιάζει αύξηση κατά το χρονικό διάστημα 2004-2009 και διαρκή μείωση κατά τη χρονική περίοδο 2010- 2017.



**Σχέδιο 36: Αριθμός φυλακισθέντων για Ναρκωτικά, Ελλάδα 2004-2017**

Σημείωση: Η πληροφορία για τον αριθμό των κρατούμενων από το 2011 και μετέπειτα προσδιορίστηκε στις 1/1/2011-2015 ενώ τα προηγούμενα έτη ο προσδιορισμός γινόταν στις 1/12/2000-2010.

Πηγή: Εκπην 2018 (Στοιχεία: Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων).

Από τα τηρούμενα στοιχεία δεν προκύπτουν τα είδη των ποινών είτε των αδικημάτων της περί ναρκωτικών νομοθεσίας των φυλακισθέντων.

Σε έρευνες στις Ελληνικές προκύπτει ότι η χρήση ουσιών συνεχίζεται και μετά τον εγκλεισμό των χρηστών στις φυλακές και μάλιστα ένα μεγάλο ποσοστό κάνει χρήση ενδοφλεβίως, μοιραζόμενο σύριγγες και διατρέχοντας όλους τους συνεπαγόμενους κινδύνους. (Δουζένης Αθ., Λύκουρας Λ., 2008)

Ενδιαφέρον έχει να αναφερθεί η έρευνα που πραγματοποιήθηκε την περίοδο Οκτώβριος 2017-Μάρτιος 2018 στο Κατάστημα Κράτησης και το Νοσοκομείο Κρατούμενων Κορυδαλλού από το πρόγραμμα «Ηπατίτιδα C, Ηπατίτιδα Β, HIV και Φυματίωση σε Σωφρονιστικό Κατάστημα στην Ελλάδα». Σε 201 κρατούμενους με ιστορικό ενέσιμης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (79% με προηγούμενη φυλάκιση και 50% με χρόνο παραμονής σε φυλακή τουλάχιστον 5 έτη), ενέσιμη χρήση εντός φυλακής (σε οποιαδήποτε φυλάκιση) αναφέρθηκε από το 28,4%. Σε ποσοστό 6,0% αναφέρθηκε έναρξη της ενέσιμης χρήσης ενόσω ήταν στη φυλακή. Μεταξύ όσων ανέφεραν ενέσιμη χρήση μέσα στη φυλακή: το 65% ανέφεραν κοινή χρήση συριγγών, 72% κοινή χρήση άλλου ενέσιμου υλικού, ενώ 8,0% είχαν περιστατικό υπερδοσολογίας για το οποίο χρειάστηκε βοήθεια από επαγγελματία υγείας (Δραγασάκη Μ., 2018).

#### **Δ.2.4. Στόχος Δ: Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων**

##### **Δείκτης 1: Ποσοστό χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό**

Όσον αφορά τον «Δείκτη Επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στον πληθυσμό» στη χώρα μας, ελλείπει χρηματοδότησης, στη διάρκεια της 15ετίας 2004-2018 δεν έχει υλοποιηθεί έρευνα για τη χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό με τα ελάχιστα ευρωπαϊκά προαπαιτούμενα ήτοι: α) αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού και β) υιοθέτηση του ευρωπαϊκού πρότυπου ερωτηματολογίου (European Model Questionnaire), το οποίο έχει σχεδιασθεί από το Ευρωπαϊκό Κέντρο ειδικά για την αποτύπωση του φαινομένου της χρήσης ουσιών στην Ευρώπη.

Η τελευταία φορά που πραγματοποιήθηκε έρευνα αυτού του είδους ήταν το 2004, με την «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη ψυχοκοινωνική υγεία» από το ΕΠΙΨΥ

Ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών συμπεριλαμβάνονται κατά καιρούς σε άλλες επισκοπήσεις, οι οποίες απευθύνονται μεν σε αντιπροσωπευτικά, πιθανοτικά δείγματα του πληθυσμού, εστιάζουν δε σε ευρύτερη θεματολογία. Τέτοιες έρευνες είναι για παράδειγμα τα ελληνικά σκέλη της Ευρωπαϊκής Έρευνας για την Υγεία (European Health Interview Survey, EHIS, ΕΛΣΤΑΤ, 2009), του Ευρωβαρόμετρου «Νέοι ενήλικες και χρήση ουσιών» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014) και της Πανευρωπαϊκής πρότυπης έρευνας για τη Κατανάλωση Οινοπνευματωδών και τη Συνδεόμενη Βλάβη στον Πληθυσμό (RARHA-SEAS, ΕΠΙΨΥ, 2015). Μέσω των ερευνών αυτών αποκτάται εικόνα για τον επιπολασμό της χρήσης κάποιων ουσιών (κυρίως της κάνναβης), αλλά τόσο το εύρος, όσο και το βάθος της διερεύνησης του φαινομένου παραμένουν περιορισμένα.

Κάποια πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό προκύπτουν από την «Πανελλήνια έρευνα για τη κατανάλωση οινοπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη στο γενικό πληθυσμό»<sup>1</sup>, η οποία υλοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2015 με τη μέθοδο των τηλεφωνικών συνεντεύξεων στο νοικοκυριό σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 1519 ατόμων ηλικίας 18-64.

Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά στοιχεία της έρευνας τα οποία δημοσιευθήκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΤΠΝ 2018:

- ✓ 11,0% του δείγματος ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, 2,8% ανέφεραν χρήση τον τελευταίο χρόνο (πρόσφατη χρήση) και 1,3% τον τελευταίο μήνα (πολύ πρόσφατη χρήση).
- ✓ Χρήση κάποιας ουσίας εκτός κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 1,6% του δείγματος.

Πίνακας 24: Επικράτηση χρήσης κάνναβης, Ελλάδα 2015.

| Κάνναβη (%)                           | «Πανελλήνια έρευνα για τη κατανάλωση οινόπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη στον γενικό πληθυσμό RARHA-SEAS» ΕΠΙΨΥ 2015. |                       |                          |                       | «Νέοι και ενήλικες και χρήση ουσιών» Έρευνα Ευρωβαρόμετρο 2014. |  |  |  |
|---------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|---|--|--|--|
|                                       | 18-64 ετών<br>(N=1519)  | 18-34 ετών<br>(N=464) | 18-24<br>ετών<br>(N=196) | 15-24 ετών<br>(N=500) |   |  |  |  |
| Περίοδος Χρήσης                       |   |                       |                          |                       |   |  |  |  |
| Οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια της ζωής | 11%   | 11%                   | 5%                       | 17%                   |   |  |  |  |
| Τελευταίοι 12 μήνες                   | 2,8%  | 5%                    | 3%                       | 9%                    |   |  |  |  |
| Τελευταίος μήνας                      | 1,3%  | 2%                    | 2%                       | 2%                    |   |  |  |  |

«Πανελλήνια έρευνα για τη κατανάλωση οινόπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη στον γενικό πληθυσμό». Υλοποιήθηκε το 2015 ως το ελληνικό σκέλος της ευρωπαϊκής έρευνας που εκπονήθηκε στο πλαίσιο της Κοινής Δράσης για τον περιορισμό της Βλάβης από το Αλκοόλ (Joint Action, [www.rarha.eu](http://www.rarha.eu)). Η έρευνα ήταν τηλεφωνική και συμμετείχε σε αυτήν πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 1519 ατόμων ηλικίας 18-64 ετών [Βλ. Κοκκέβη, Φωτίου & Καναβού, 2017 για τη μεθοδολογία της έρευνας].

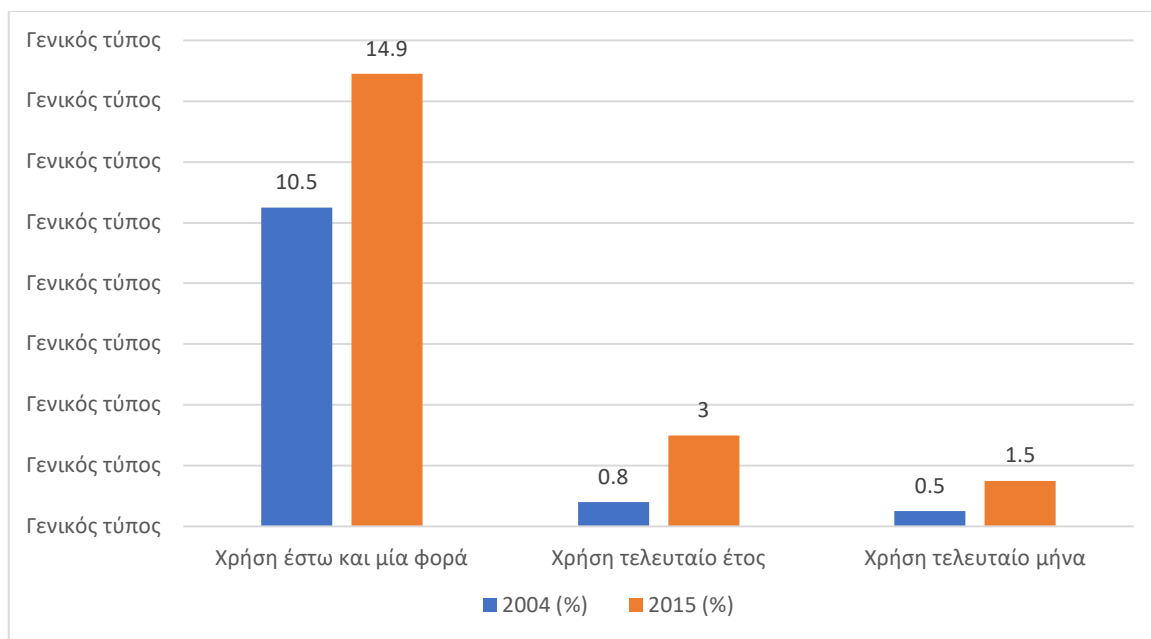
«Νέοι ενήλικες και χρήση ουσιών». Υλοποιήθηκε το 2014 ως το ελληνικό σκέλος της έρευνας κοινής γνώμης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Ευρωβαρόμετρο (No. 401). Η έρευνα ήταν τηλεφωνική και συμμετείχε σε αυτήν δείγμα 500 ατόμων ηλικίας 15-24 ετών.

Σε ό,τι αφορά ειδικά τη χρήση κάνναβης:

Οι άνδρες αναφέρουν σε υπερδιπλάσιο ποσοστό χρήση κάνναβης έναντι γυναικών (15,8% και 6,3%, αντίστοιχα για χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή και 4,1% και 1,6%, αντίστοιχα για πρόσφατη χρήση της ουσίας).

Συγκριτικά με τα άτομα της ηλικιακής κατηγορίας 50-64 ετών, υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 35- 49 ετών ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή (6,3% και 14,9%, αντίστοιχα), και υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 18-34 ετών ανέφεραν πρόσφατη χρήση (0,9% και 4,5%, αντίστοιχα).

Διαχρονικά αν και στη βάση σχετικά χαμηλών επίπεδων επιπολασμού της χρήσης, το 2015 υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 35-49 ετών ανέφεραν χρήση κάνναβης, σε σύγκριση με πριν από περίπου μια 10ετία (2004) (14,9% και 10,5%, αντίστοιχα για χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, 3,0% και 0,8%, αντίστοιχα, για πρόσφατη χρήση και 1,5% και 0,5%, αντίστοιχα για πολύ πρόσφατη χρήση). (Σχέδιο 37)



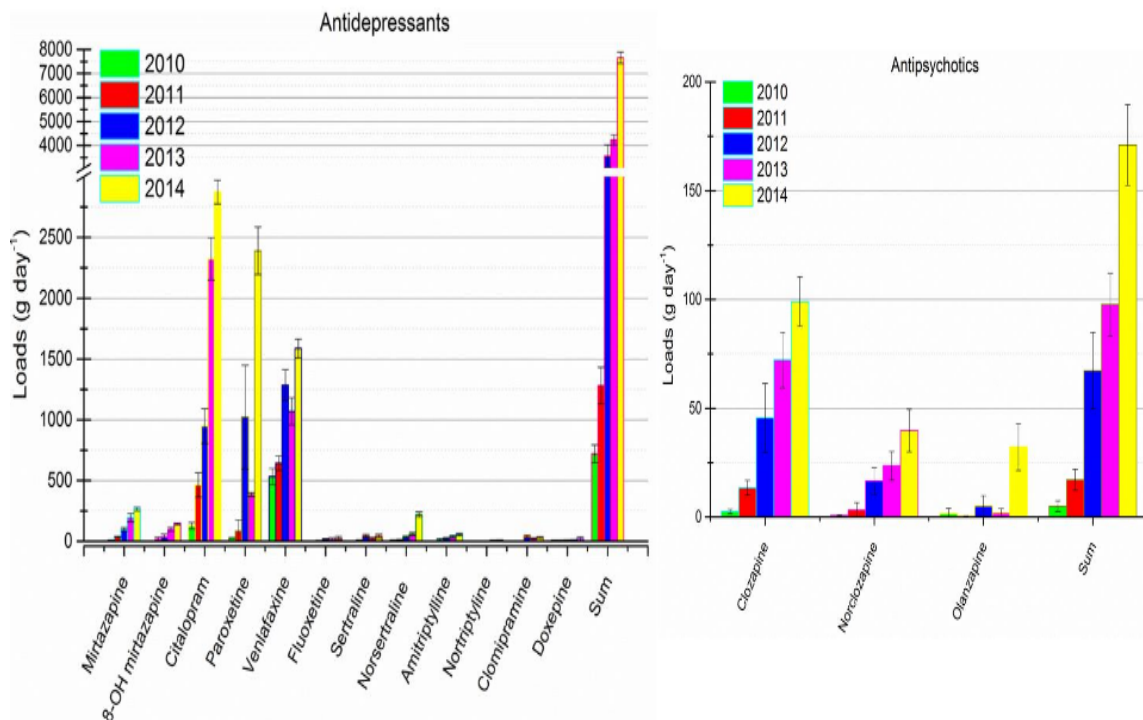
Σχέδιο 37: Επικράτηση χρήση κάνναβης στην Ελλάδα 2004 και 2015 σε ηλικίες, 35-49 ετών

### Έρευνα λυμάτων για τον προσδιορισμό της κατανάλωσης ψυχοτρόπων ουσιών και φαρμάκων.

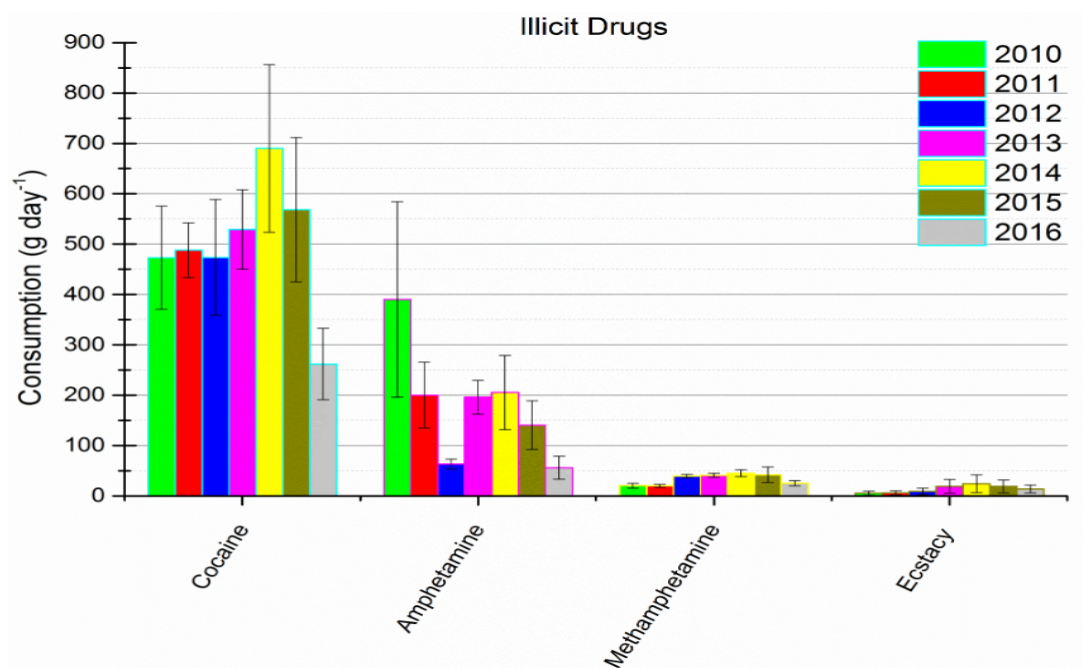
Μία από τις μεθόδους προσδιορισμού των επιπέδων χρήσης και κατανάλωσης ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και φαρμάκων αποτελεί η επιδημιολογική έρευνα σε λύματα αστικών πόλεων που φθάνουν σε μονάδες επεξεργασίας.

Στην Αθήνα, επιστημονική ομάδα του Πανεπιστημίου Αθηνών διενεργεί από το 2010, μελέτη στα λύματα της Αττικής (Ψυτάλεια), όπου με τις μεθόδους της υγρής χρωματογραφίας και της φασματομετρίας μάζας, μετρούνται τα επίπεδα κατανάλωσης 148 διαφορετικά φάρμακα, ναρκωτικά και οι μεταβολίτες τους. Οι μετρήσεις αποκάλυψαν ότι σε μια τετραετία η χρήση αντιψυχωτικών αυξήθηκε κατά 35 φορές, των αγχολυτικών βενζοδιαζεπινών κατά 19 φορές και των αντικαταθλιπτικών κατά 11 φορές, ενώ η χρήση παράνομων αμφεταμινών διπλασιάστηκε, γεγονός που επεξηγεί και την αυξανόμενη τάση που καταγράφεται και στους θανάτους από ναρκωτικά. Τα ποσοστά των οπιούχων και της κάνναβης παραμένουν υψηλά, ενώ το 2014 παρατηρείται μία μεγάλη αύξηση στην ανίχνευση της κοκαΐνης, αμφεταμινών, μεθαμφεταμινών και ΧΤC, τάση η οποία ανακόπτεται τα επόμενα χρόνια.

Στην μελέτη που παρουσιάστηκε στο περιοδικό Environmental Science and Technology οι συγγραφείς, αποπειρώνται να διασυνδέσουν τις κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές της Ελλάδος με τα αποτελέσματα, ωστόσο δεν μπόρεσε να επιβεβαιωθεί το εάν η αύξηση στη χρήση φαρμάκων και ουσιών είναι αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι επιστήμονες επισημαίνουν, ωστόσο, πως οι μετρήσεις αποτυπώνουν την κοινωνική κατάσταση στη χώρα, καθώς η αύξηση ακολούθησε χρονικά την αύξηση της ανεργίας και την πτώση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ).

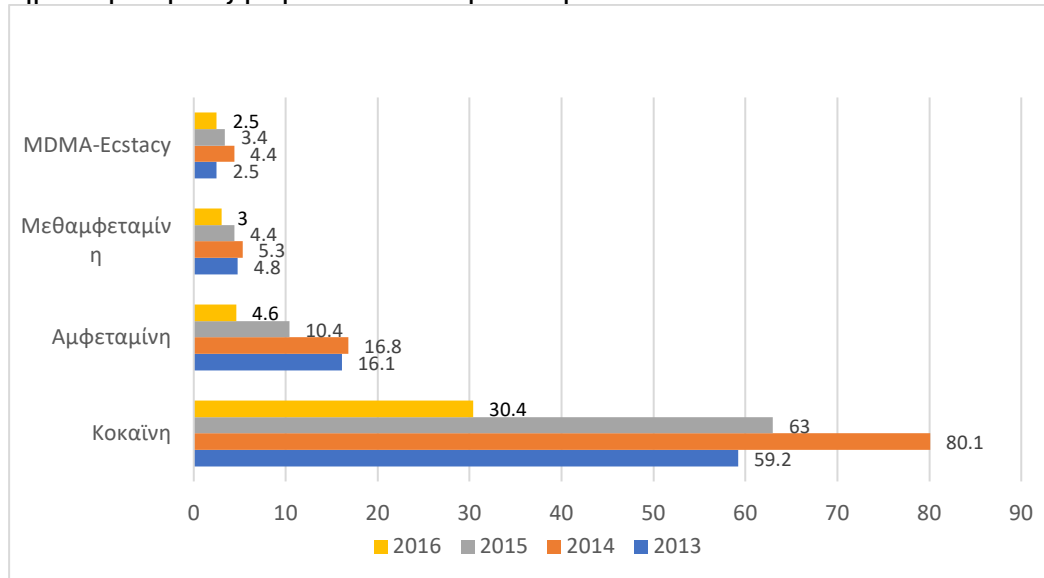


Όσον αφορά τα επίπεδα κατανάλωσης παρανόμων ναρκωτικών, το 2014 παρουσιάζεται μία αύξηση στην χρήση Κοκαΐνης, τάση η οποία τα επόμενα χρόνια υποχωρεί. Η αύξηση αυτή ίσως μπορεί να δικαιολογηθεί και από την αύξηση των διαθέσιμων ποσοτήτων κοκαΐνης στην παράνομη αγορά. Σημειώνεται ότι τα επίπεδα κατανάλωσης οπιοειδών και κάνναβης παραμένουν σύμφωνα με την έρευνα υψηλά.



Σύμφωνα με στοιχεία του Emcdda ο μέσος όρος ποσοτήτων χρήσης ουσιών στην περιοχή των Αθηνών ανά 1000 άτομα την ημέρα εμφανίζεται στον ακόλουθο πίνακα. Εάν θα θέλαμε να μετατρέψουμε τα αποτελέσματα σε

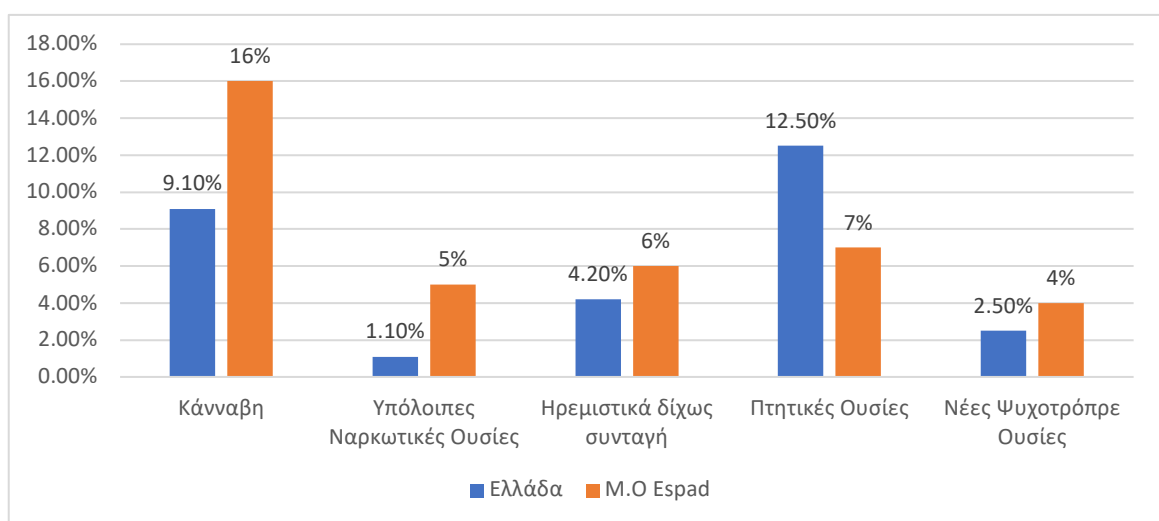
κατανοητά ποσά, μπορούμε να υπολογίσουμε ότι σε ένα πληθυσμό 3.700.000 ατόμων καταναλώθηκαν το κατά μέσο όρο το 2013 1,533 κιλά κοκαΐνης, το 2014 σημειώνεται αύξηση με κατανάλωσης 2,074 κιλών/εβδομάδα, ακολουθεί το 2015 μείωση με 1,63 κιλά/εβδομάδα και το 2016 πάλι μείωση με 0,777 κιλά/εβδομάδα. Παράλληλη πορεία ακολουθούν και οι θάνατοι από κοκαΐνη στην Ελλάδα με σημειούμενη αύξηση το 2014 και μείωση το 2015.



Σχέδιο 38: Μέσος όρος χρήσης ουσιών (mg/1000 άτομα/ημέρα), Ελλάδα 2013-2015

## Δείκτης 2: Ναρκωτικά και Νέοι

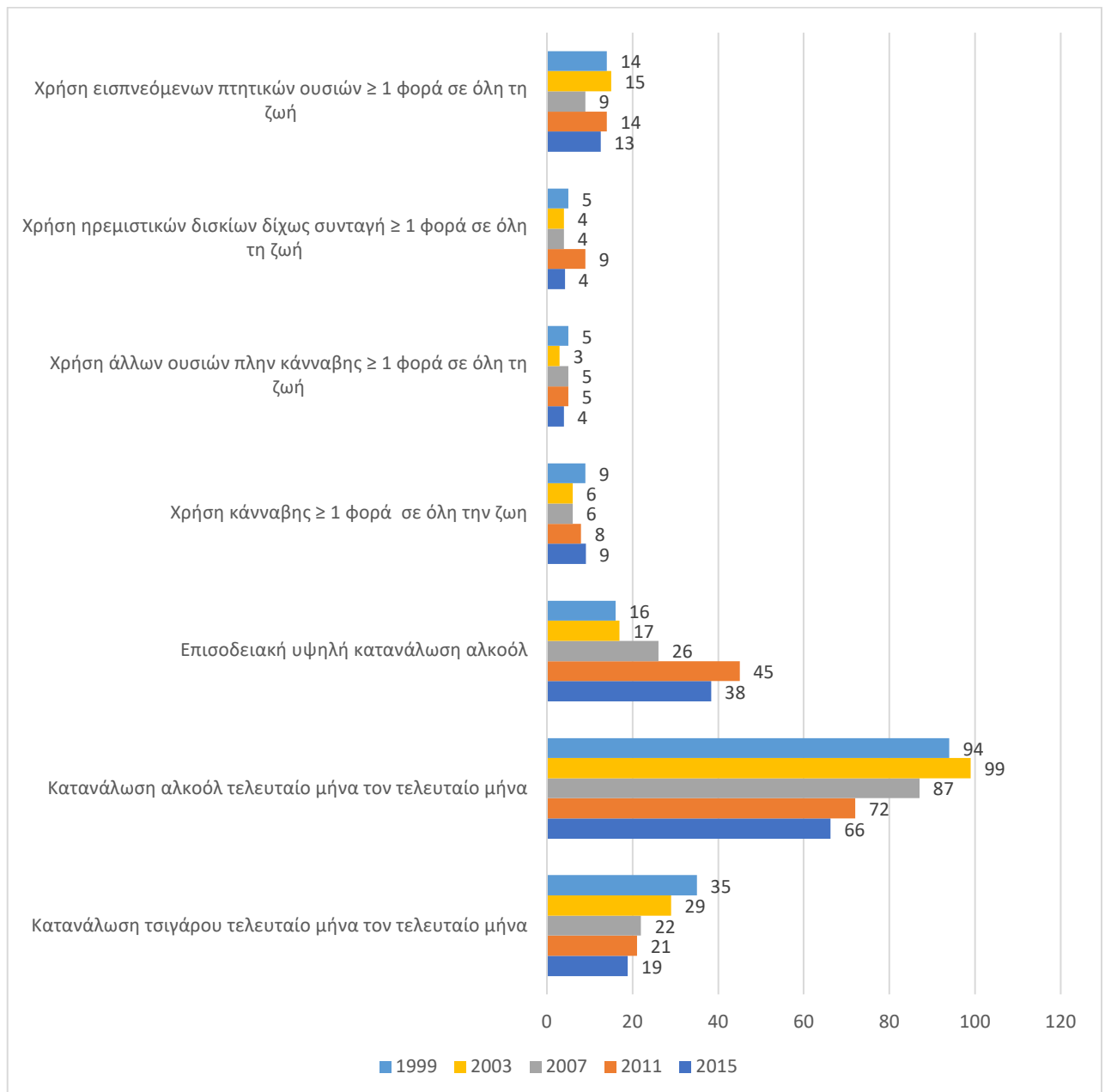
Μέσω της πανευρωπαϊκής έρευνας στο σχολικό πληθυσμό για το αλκοόλ και άλλες ουσίες (Έρευνα ESPAD) έχουμε εικόνα για την κατάσταση της χρήσης ουσιών στους 16χρονους στην Ελλάδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.



Σχέδιο 39: Χρήση Ουσιών μεταξύ μαθητών 15-16 ετών, Ελλάδα 2015

Συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά στη χρήση όλων των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Στην Ελλάδα παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό χρήσης εισπνεόμενων ουσιών, συγκριτικά με τις περισσότερες από τις χώρες του προγράμματος ESPAD.

Την δετία 2007-2015 αυξήθηκε οριακά η χρήση κάνναβης στη χώρα μας, ενώ διατηρήθηκε σταθερή στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης.

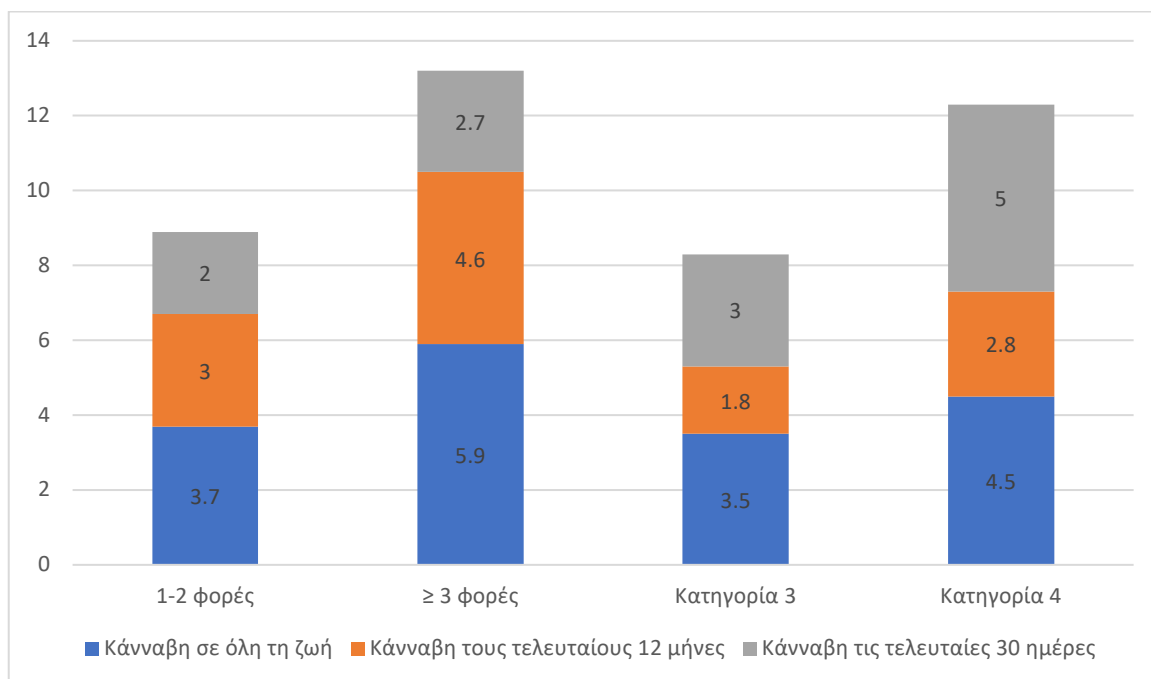


Σχέδιο 40: Αποτελέσματα έρευνας Espad 1999-2015

Τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα, συγκριτικά με πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, επιβεβαιώνονται και από τα στοιχεία της «Πανελληνίας έρευνας για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών» (ελληνικό σκέλος της διεθνούς έρευνας HBSC / WHO, η οποία είχε υλοποιηθεί από το ΕΠΙΨΥ το 2014 και περιλάμβανε



αντιπροσωπευτικό δείγμα 1320 μαθητών (με μέση ηλικία τα 15,6 έτη) (ΕΠΙΨΥ-Κοκκέβη, Φωτίου, Καναβού & Σταύρου, ESPAD 2015 • 16χρονοι).



Σχέδιο 41: Συχνότητα χρήσης κάναβης στους 15χρονους ανά χρονική περίοδο χρήσης HBSC/WHO Ελλάδα 2014

Πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση ουσιών στο νεανικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι διαθέσιμα από το ελληνικό σκέλος της έρευνας κοινής γνώμης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Ευρωβαρόμετρο με τίτλο «Νέοι ενήλικες και χρήση ουσιών» (No. 401), η οποία διενεργήθηκε τηλεφωνικά το 2014 σε δείγμα 500 ατόμων ηλικίας 15-24 ετών. (ΕΠΙΨΥ)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας:

- Χρήση κάναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφερε το 17%, με το 9% να αναφέρει πρόσφατη (τους τελευταίους 12 μήνες) και το 2% πολύ πρόσφατη (τις τελευταίες 30 ημέρες) χρήση της ουσίας. Στην Ελλάδα, το ποσοστό χρήσης κάναβης ήταν σχεδόν υποδιπλάσιο εκείνου που παρατηρήθηκε για το σύνολο των 28 χωρών (31%). Το 2014 το ποσοστό της χρήσης κάναβης ήταν στην Ελλάδα αυξημένο κατά περίπου 7 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το 2011 (όχι ωστόσο στην πολύ πρόσφατη χρήση), υψηλότερη αύξηση συγκριτικά με εκείνη που παρατηρήθηκε στο σύνολο των χωρών (αύξηση κατά περίπου 3 ποσοστιαίες μονάδες).

- Χρήση «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών, ουσιών δηλαδή που μιμούνται τη δράση παράνομων ουσιών όπως της κάναβης, της ουσίας έκσταση ή της κοκαΐνης, ανέφερε το 5%, χαμηλότερο συγκριτικά με το ποσοστό που παρατηρήθηκε στο σύνολο των χωρών (8%). Στην Ελλάδα, το 2014 το ποσοστό της χρήσης «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών ήταν αυξημένο κατά περίπου 3 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το 2011, αύξηση παρόμοια με εκείνη που παρατηρήθηκε και στο σύνολο των χωρών.

### **Δ.2.5. Στόχος Ε: Για το κόστος και ωφέλεια παρεχόμενων Υπηρεσιών,**

Στην Ελλάδα δεν τηρούνται στοιχεία για τα κόστη που δαπανούνται για την πολιτική για τα Ναρκωτικά. Μία απόπειρα κοστολόγησης των δαπανών έγινε με το μεσοπρόθεσμο εθνικό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά (2011-2012) όπου αποτυπώθηκαν οι προϋπολογισμοί των φορέων και συμπεριλήφθησαν ολοκληρωμένες εκτιμήσεις σχετικά με τις σχεδιαζόμενες και τρέχοντες δαπάνες για τα ναρκωτικά.

Σύμφωνα με τους φορείς, κατά την περίοδο 2011-2012, οι σχεδιαζόμενες σχετικές με τα ναρκωτικά δαπάνες αντιστοιχούσαν στο 0,07% περίπου του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ).

### **Δ.3. Συμπεράσματα-Ελλάδα**

Η ποινικοποίηση της χρήσης ως πολιτικής για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα δεν στάθηκε εμπόδιο στην πάροδο των χρόνων για την ανάπτυξη προγραμμάτων και την παροχή κατάλληλης θεραπείας στους ουσιοεξαρτόμενους, από το 1954 ο εξαρτώμενος χρήστης θεωρείται με Νομοθέτημα ασθενής και το 1970 εισάγεται ο ορισμός της εξάρτησης, ο οποίος ισχύει ως είχε έως σήμερα. Ωστόσο παρά την καλή προσπάθεια των φορέων υγείας για την παροχή κατάλληλης θεραπείας ο εξαρτημένος χρήστης παραμένει στιγματισμένος από την ελληνική κοινωνία, δυσκολεύοντας έτσι την κοινωνική ένταξη του. Τα εναλλακτικά μέτρα της ποινής που προβλέπονται προσκρούουν σε διοικητικές δυσκολίες και πολλές φορές δεν εφαρμόζονται, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των προβληματικών χρηστών έρχονται σε επαφή συχνότερα με τον νόμο παρά με τη θεραπεία.

Η Ελλάδα δεν έχει υιοθετήσει στρατηγική για τα ναρκωτικά από το 2012. Η Εθνική Στρατηγική και το Εθνικό σχέδιο δράσης για τα Ναρκωτικά 2014-2016 προετοιμάστηκε από τους φορείς, μέσω της Εθνικής Συντονιστικής Επιτροπής, αλλά δεν επικυρώθηκε από την Διυπουργική Επιτροπή, με αποτέλεσμα καθένας φορέας να δρα αυτόνομα δίχως μία κοινή πολιτική στρατηγική.

Εάν και το τελικό κείμενο δεν επικυρώθηκε ωστόσο ενδιαφέρον να αναφερθεί ο αποτυπωθείς από τους φορείς στόχος «Στον πυρήνα της εθνικής στρατηγικής βρίσκεται ο άνθρωπος και οι θεμελιώδεις αρχές της κοινωνικής συνοχής : ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, η ελευθερία, η γνώση, η πληροφόρηση, η προστασία και η ασφάλεια του κοινωνικού συνόλου, η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η αλληλεγγύη».

Πάρα την έλλειψη μίας ενιαίας Στρατηγικής οι φορείς που ασχολούνται με τα Ναρκωτικά αναπτύσσουν κατά αρμοδιότητα δράσεις.

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα:

✓ Επικράτηση χρήσης της κάνναβης

Όσον αφορά τον «Δείκτη Επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στον πληθυσμό» στη χώρα μας, ελλείπει χρηματοδότησης, στη διάρκεια της 15ετίας 2004-2018 δεν έχει υλοποιηθεί έρευνα για τη χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό με τα ελάχιστα ευρωπαϊκά προαπαιτούμενα. Η τελευταία έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2004.

Πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό προκύπτουν από την «Πανελλήνια έρευνα για τη κατανάλωση

οιοπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη στο γενικό πληθυσμό»<sup>2</sup>, η οποία υλοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2015 με τη μέθοδο των τηλεφωνικών συνεντεύξεων στο νοικοκυριό σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 1519 ατόμων ηλικίας 18-64.

Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά στοιχεία της έρευνας τα οποία δημοσιεύθηκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΤΠΝ 2018:

- ✓ 11,0% του δείγματος ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, 2,8% ανέφεραν χρήση τον τελευταίο χρόνο (πρόσφατη χρήση) και 1,3% τον τελευταίο μήνα (πολύ πρόσφατη χρήση).
- ✓ Χρήση κάποιας ουσίας εκτός κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 1,6% του δείγματος.

Διαχρονικά αν και στη βάση σχετικά χαμηλών επιπέδων επιπολασμού της χρήσης, το 2015 υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 35-49 ετών ανέφεραν χρήση κάνναβης, σε σύγκριση με πριν από περίπου μια 10ετία (2004) (14,9% και 10,5%, αντίστοιχα για χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή, 3,0% και 0,8%, αντίστοιχα, για πρόσφατη χρήση και 1,5% και 0,5%, αντίστοιχα για πολύ πρόσφατη χρήση).

- ✓ Επικίνδυνη χρήση

Δυστυχώς για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία που να προσδιορίζουν τους χρήστες υψηλής επικινδυνότητας με κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το έτος 2016, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κυρία ουσία τα οπιοειδή είναι 17.067. Η εκτίμηση αυτή δεν διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη εκτίμηση για το 2015 δίνοντας ένδειξη σταθεροποίησης του συνολικού αριθμού χρηστών, σε ένα χαμηλότερο επίπεδο από τη μέγιστη εκτίμηση των 24.000 χρηστών το 2009.

- ✓ Νέοι και χρήση

Μέσω της πανευρωπαϊκής έρευνας στο σχολικό πληθυσμό για το αλκοόλ και άλλες ουσίες (Έρευνα ESPAD) έχουμε εικόνα για την κατάσταση της χρήσης ουσιών στους 16χρονους στην Ελλάδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά στη χρήση όλων των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Στην Ελλάδα παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό χρήσης εισπνεόμενων ουσιών, συγκριτικά με τις περισσότερες από τις χώρες του προγράμματος ESPAD.

Την δετία 2007-2015 αυξήθηκε οριακά η χρήση κάνναβης στη χώρα μας, ενώ διατηρήθηκε σταθερή στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης.

- ✓ Παροχή θεραπείας

Κύρια αναφερόμενη ουσία κατάχρησης στις πρώτες θεραπείες είναι τα οπιοειδή με 60.9%, ενώ ακολουθεί η κάνναβη με 26.9% και η κοκαΐνη 9.3%. Ανοδική είναι

η τάση του αριθμού των αιτημάτων για προβλήματα από την κάνναβη από το 2014 (είχε καταγραφεί μείωση μόνο για το 2015)

Η χρήση κάνναβης αναφέρθηκε σε υπερτριπλάσιο ποσοστό στις περιπτώσεις πρώτης θεραπείας (46,1%) συγκριτικά με τα άτομα με ιστορικό προηγουμένης εισόδου σε θεραπεία (14,7%).

✓ Θάνατοι από ναρκωτικά

Στην Ελλάδα καταγράφονται μόνον οι θάνατοι που προέρχονται από οξείες δηλητηριάσεις. Δεν καταγράφονται οι θάνατοι που σχετίζονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών.

Στην επικράτεια από το 2005 και έπειτα παρατηρείται μία μείωση των θανάτων από δηλητηρίαση. Μία μικρή αύξηση παρατηρήθηκε το 2015 που όμως στα επόμενα έτη δεν διατηρήθηκε.

Το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν 10.52 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων ανήκει στην ηλικιακή κλίμακα άνω των 30 ετών, ωστόσο σημειώνεται αυξητική τάση τα έτη 2014 και 2015 στους θανάτους και των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων (έως 19 και 20-29 ετών). Η πλειονότητα των θανάτων στην επικράτεια συνδέονταν με τη χρήση ηρωίνης / μορφίνης (87.7% το 2012, 82.6% το 2013, 83.4% το 2014, 93% το 2016 και 95% το 2017), ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό αφορά άνδρες ημεδαπούς.

✓ Αδικήματα περί ναρκωτικών

Ο αριθμός των κατηγορηθέντων ατόμων και υποθέσεων βαθμιαία αυξάνεται από το 2011 έως σήμερα. Το μεγαλύτερο μέρος των φερόμενων δραστών κατά τα έτη 2014 έως 2016 είχαν διαπράξει το αδίκημα της χρήσης-κατοχής (75% το 2014, 73% το 2015 και 74% το 2016) με το μεγαλύτερο ποσοστό της διακίνησης να αφορά τη μικροδιακίνηση (69% το 2014, 63% το 2016 και 57% το 2016).

Τόσο στις παραβάσεις της διακίνησης (40% το 2014, 41% το 2015 και 50% το 2016) αλλά και της κατοχής (60% το 2014, 51% το 2015 και 62% το 2016) η κάνναβη αποτελεί την πιο συχνά κατασχεθείσα ουσία με την ηρωίνη να ακολουθεί.

Οι βεβαιωθείσες παραβάσεις που αφορούν την χρήση κάνναβη μειώνονται σταδιακά ενώ παραμένουν σταθερές οι περιπτώσεις της διακίνησης.

✓ Οργανωμένη εγκληματικότητα

Σταδιακά στην πάροδο των ετών καταγράφεται μία αύξηση των εξιχνιασθείσων εγκληματικών ομάδων, ωστόσο αυτό μπορεί να μεταφραστεί και ως μία εξοικείωση των αρχών επιβολής του νόμου με τον Ν.4139/13.

Η Ελλάδα αποτελεί χώρα παραγωγής κάνναβης προς κάλυψη της εγχώριας ζήτησης, χώρα τελικού προορισμού ποσοτήτων από το εξωτερικό για εσωτερική

κατανάλωση, αλλά και χώρα διαμετακόμισης της ουσίας. Οι κατασχέσεις κάνναβης παραμένουν υψηλές κατά την πάροδο των ετών.

✓ Διαφθορά

Στη βαθμολογία της οργάνωσης της Διεθνούς Διαφάνεια (Transparency International) η Ελλάδα το 2017, σύμφωνα «με το βαθμό στον οποίο η διαφθορά θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών κατατάσσεται στην 48 θέση με 59 βαθμούς, πάνω από το μέσο όρο των 180 του ΟΗΕ (43). Από το 2010, που ταυτίζεται και με την έναρξη της οικονομικής κρίσης, σημειώνεται μία μείωση της βαθμολογίας, που μεταφράζεται σε αύξηση της διαφθοράς που θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών.

✓ Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία

Ο αριθμός των οδικών ατυχημάτων όπου ανιχνεύτηκαν στον οδηγό ουσίες παραμένει σταθερός κατά τη διετία 2014-2015.

Μελέτες/στοιχεία για άλλες μορφές βίαιων εγκλημάτων που συνδέονται με τη χρήση ουσιών δεν είναι συλλέγονται.

✓ Πρόσβαση σε φάρμακα

Κατά την δεκαετία 2002-2011, η δυναμικότητα και ο αριθμός των θεραπευομένων στο πρόγραμμα υποκατάστασης παρουσιάζουν σταθερά αυξητική πορεία, ενώ το 2012 αυξάνεται κατακόρυφα (46% αύξηση σε σχέση με το 2011), αντανακλώντας τη μεγάλη επέκταση του προγράμματος που συντελέστηκε την τριετία 2010-2012, με νέες μονάδες στα νοσοκομεία της Αττικής

Τον Μάρτιο του 2018 τροποποιείται η βασική νομοθεσία για τα Ναρκωτικά. Η νέα νομοθετική ρύθμιση περιλαμβάνει τη δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών της χώρας στα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης και επιπροσθέτως επιτρέπεται σε φυσικά και νομικά πρόσωπα να καλλιεργούν ποικιλίες κάνναβης για την καλλιέργεια, επεξεργασία των πρώτων υλών αποκλειστικό σκοπό την παραγωγή φαρμακευτικών δισκίων.

✓ Πρόληψη και Εκπαίδευση

Το σχολικό έτος 2016-2017 αυξήθηκε η δράση των Κέντρων / φορέων Πρόληψης στη σχολική κοινότητα, όπου υλοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης που απευθύνθηκαν σε 95.000 μαθητές της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ διοργανώθηκαν εκπαιδευτικά σεμινάρια και συναντήσεις για πάνω από 7.700 εκπαιδευτικούς.

Τα τελευταία χρόνια οι παρεμβάσεις πρόληψης που υλοποιούνται στη σχολική κοινότητα δεν περιορίζονται σε θέματα εξαρτήσεων, αλλά καλύπτουν και ευρύτερα θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί αξιοσημείωτα η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε θέματα εξαρτήσεων (ναρκωτικών, οίνοπνευματωδών και καπνού)..

Σημειώνεται ότι παρά την ύπαρξη πολλών προγραμμάτων πρόληψης στην Ελλάδα δεν υφίστανται ενιαίες προδιαγραφές για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης σε εθνικό επίπεδο.

✓ Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται

Τόσο ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων καθώς και ο αριθμός των κρατουμένων για παράβαση του νόμου Περί ναρκωτικών παρουσιάζει αύξηση κατά το χρονικό διάστημα 2004-2009 και διαρκή μείωση κατά τη χρονική περίοδο 2010- 2017.

✓ Κόστος και ωφέλεια

Στην Ελλάδα δεν τηρούνται στοιχεία για τα κόστη που δαπανούνται για την πολιτική για τα Ναρκωτικά. Μία απόπειρα κοστολόγησης των δαπανών έγινε με το μεσοπρόθεσμο εθνικό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά (2011-2012) όπου αποτυπώθηκαν οι προϋπολογισμοί των φορέων και συμπεριλήφθηκαν ολοκληρωμένες εκτιμήσεις σχετικά με τις σχεδιαζόμενες και τρέχοντες δαπάνες για τα ναρκωτικά.

Σύμφωνα με τους φορείς, κατά την περίοδο 2011-2012, οι σχεδιαζόμενες σχετικές με τα ναρκωτικά δαπάνες αντιστοιχούσαν στο 0,07% περίπου του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ).

## Ε. Μέρος Πέμπτο-Συζήτηση

Το δίλημμα της νομιμοποίησης μίας ψυχοδραστικής ουσίας δεν τίθεται για πρώτη φορά στην ανθρωπότητα. Το αλκοόλ και ο καπνός είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες, και οι πολιτικές προσέγγισης σε ολόκληρο τον κόσμο κυμαίνονται μέχρι σήμερα από πλήρως απαγορευτικά μοντέλα, μέχρι την ελεύθερη αγορά. Ως εκ τούτου, προσφέρουν ανεκτίμητα διδάγματα για την ανάπτυξη αποτελεσματικών μοντέλων ρύθμισης της κάνναβης. Ωστόσο όταν αποπειραθούμε να μεταφέρουμε τις εμπειρίες πολιτικής αυτών των ουσιών θα πρέπει να έχουμε πάντα υπόψη ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του αλκοόλ, του καπνού και της κάνναβης όσον αφορά τις επιπτώσεις, τους κινδύνους, τον τρόπο χρήσης τους,

Ένα επαναλαμβανόμενο ζήτημα στη βιβλιογραφία σχετικά με την πολιτική για το οινόπνευμα και τον καπνό είναι η σύγκρουση μεταξύ της δημόσιας υγείας και της βιομηχανίας, με τη ζυγαριά να γέρνει προς τα οικονομικά κέρδη των βιομηχάνων. Η σύγκρουση αυτή προκαλεί ανησυχίες για την πολιτική για την κάνναβη και τη νομική μεταρρύθμιση. Οι παραγωγοί και προμηθευτές οινόπνευματων και καπνού είναι επιχειρηματίες που αναζητούν κέρδος και βλέπουν τις αντίστοιχες αγορές τους από εμπορική και όχι δημόσια οπτική. Τα υψηλότερα δυνατά κέρδη επιτυγχάνονται με τη μεγιστοποίηση της κατανάλωσης, τόσο στο συνολικό πληθυσμό όσο και κατά κεφαλήν κατανάλωση, ενθαρρύνοντας παράλληλα την έναρξη νέων χρηστών.

Αμφότερες οι βιομηχανίες επιχείρησαν να παραχωρήσουν μικρές δυνατότητες ελέγχου της αγοράς σε ρυθμιστές. Η κατάσταση με τον καπνό έχει αλλάξει σημαντικά σε ορισμένες χώρες, λιγότερο με το αλκοόλ. Έτσι, για το αλκοόλ και τον καπνό, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής προσπαθούν να «ανασχηματιστούν» τα κατάλληλα ή βέλτιστα κανονιστικά πλαίσια στις ήδη καθιερωμένες και πολιτιστικά ενσωματωμένες νομικές εμπορικές αγορές, ενάντια στην αντίσταση των καλά οργανωμένων, ευρείας κλίμακας εμπορικών λόμπι. Και οι δύο βιομηχανίες επιχείρησαν να παραχωρήσουν στους κρατικούς ρυθμιστές την ελάχιστη δυνατότητα ελέγχου των αγορών. Η κατάσταση με τον καπνό και το αλκοόλ έχει αλλάξει τις μέρες μας, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής προσπαθούν να «ανασχηματιστούν» τα κατάλληλα ή βέλτιστα κανονιστικά πλαίσια στις ήδη καθιερωμένες και πολιτιστικά ενσωματωμένες νομικές εμπορικές αγορές, ενάντια στην αντίσταση των καλά οργανωμένων εμπορικών λόμπι.

Από την παράθεση στο τρίτο μέρος των δυνατών, αδύνατων σημείων καθώς και των ευκαιριών και απειλών των διαθέσιμων ρυθμιστικών προσεγγίσεων διαπιστώνουμε το δίπολο δημόσια υγεία και οικονομικά κέρδη (κρατικά και ιδιωτικά) να έχουν διαφορετική δυναμική σε κάθε προσέγγιση.

Στα πιο περιοριστικά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένης των μοντέλων της αποποινικοποίησης, όπου δεν επιτρέπεται η νόμιμη παραγωγή δεν δίνεται η δυνατότητα της εμπορευματοποίησης και της ανάπτυξης εμπορικής βιομηχανίας με αποτέλεσμα να μην γεννούνται κρατικά και ιδιωτικά κέρδη, ωστόσο τα χρηματικά οφέλη παραμένουν στα χέρια της παράνομης αγοράς και των εγκληματικών δικτύων. Τα κέρδη σε αυτή την περίπτωση εισάγονται παράνομα στις οικονομίες των κρατών συντηρώντας τη διαφθορά και την εγκληματικότητα που αυτή γεννά εκτεινόμενη από το έγκλημα στο δρόμο μέχρι την τρομοκρατία. Η ποινικοποίηση της χρήσης διατηρεί το κοινωνικό στίγμα του χρήστη εγκληματία

εμποδίζοντας τον ίδιο και τις οικογένειες τους να ενταχθούν στην παραγωγική κοινωνία.

Στον αντίποδα τα φιλελεύθερα μοντέλα, όπου νομιμοποιείται η παραγωγή και για ψυχαγωγική χρήση, ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος να μετατόπιση την κρατική στόχευση στην είσπραξη φόρων παρά την προστασία της υγείας και τις ασφάλειας, με σημαντικότερο κίνδυνο την υπερ-εμπορευματοποίηση και άσκηση πιέσεων από την εμπορική βιομηχανία ως προς τα ρυθμιστικά μοντέλα.

Η νομιμοποίηση της ψυχαγωγικής κάνναβης απαιτεί πολιτική αντίληψη όσον αφορά τους όρους όπου τα προϊόντα κάνναβης θα πωλούνται και θα καταναλώνονται. Αυτές οι ανησυχίες γεννούνται κυρίως από την ακούσια έκθεση στην κάνναβη και τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με τη χρήση.

Βασιζόμενοι στη μεθοδολογία που παρουσιάστηκε και αναπτύχθηκε είμαστε σε θέση να εξετάσουμε συγκριτικά και τρία μοντέλα, ήτοι της αποποινικοποίησης της Πορτογαλίας, της νομιμοποίησης του Κολοράντο και της ποινικοποίησης της Ελλάδας, προκειμένου κατανοήσουμε ένα κάποια από τις προσεγγίσεις υπερερεί των άλλων.

### **E.1. Προστασία και βελτίωση της δημόσια υγείας**

Για τον πρώτο στρατηγικό στόχο της προστασίας και βελτίωσης της δημόσιας υγείας όπως συνοπτικά παρουσιάζονται και στον Πίνακα 25 παρατηρούμε:

- Η επικίνδυνη χρήση κάνναβης παραμένει σταθερή τόσο στην Πορτογαλία και στο Κολοράντο παρά τη διαφορετική προσέγγιση. Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν δυστυχώς στοιχεία. Ενώ τα ποσοστά της επικίνδυνης χρήσης παραμένουν σταθερά στην Πορτογαλία αύξηση μεγάλη καταγράφεται στη συχνή και πολύ συχνή χρήση. Σε αντίθεση στο Κολοράντο το ποσοστό της κατάχρησης ουσιών μειώθηκε, από 51% το 2008 σε 32% το 2017
- Όσον αφορά τα αιτήματα θεραπείας με κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη αύξηση παρατηρείται στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα. Στο Κολοράντο το 2017 σημειώνεται μείωση του συνολικού αριθμού εισαγωγών για όσους αναφέρουν την κάνναβη ως την κύρια ουσία κατάχρησης μετά από τα υψηλά νούμερα του 2010 (έτος νομιμοποίησης της ιατρικής χρήσης), ωστόσο δεν είναι διαθέσιμα στοιχεία αριθμών νέων αιτήσεων προκειμένου να εξετάσουμε εάν πράγματι υπάρχει ζήτηση μικρότερη για θεραπεία.
- Στο Κολοράντο όπως παρουσιάστηκε και στο Μέρος δεύτερο συλλέγονται επιπρόσθετα στοιχεία που αφορούν τον αριθμό των νοσηλειών, ειδικότερα κατά την περίοδο 2013-2014, ο συνολικός αριθμός των νοσηλειών/εισαγωγών που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης αυξήθηκε κατά 20%. Αύξηση σημειώθηκε και του αριθμού των κλήσεων στο κέντρο δηλητηριάσεων και ναρκωτικών στο Κολοράντο τα έτη μετά την εισαγωγή της ιατρικής κάνναβης το 2010 και τα μέτρα που επιτρέπουν τη μη ιατρική χρήση κάνναβης το 2013. Κατά την περίοδο 2013-2014, οι κλήσεις αυξήθηκαν κατά 75% και παρέμειναν σχετικά σταθερές από το 2014 έως το 2016. Ενώ το σύνολο των εκατών περιστατικών δεν ήταν μεγάλο,



ανησυχητικός ήταν ο αυξανόμενος αριθμός παιδιών που έγιναν δεκτά λόγω ακούσιας κατανάλωσης προϊόντων κάνναβης.

- Όσων αφορά τους θανάτους στην Πορτογαλία μεγάλη αυξητική τάση σημειώνεται στους θανάτους που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών ενώ σε αντίθεση τάση μείωσης έχουν οι θάνατοι που ευθύνονται σε οξείες δηλητηριάσεις από λήψη ναρκωτικών ουσιών. Ομοίως μείωση θανάτων από οξεία δηλητηρίαση καταγράφεται και στην Ελλάδα, με κύρια ουσία κατάχρησης αμφότερα τα οπιούχα. Το ποσοστό θνησιμότητας από χρήση σε Πορτογαλία και Ελλάδα είναι κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Σε αντίθεση στο Κολοράντο το ποσοστό κατοίκων σε θανάτους από υπερβολική δόση ναρκωτικών αυξάνεται σταθερά μεταξύ 2001 και 2016, παραμένοντας χαμηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας σε επίπεδο Η.Π.Α, με κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους να είναι τα συνταγογραφούμενα οπιούχα φάρμακα.

Πίνακας 25: Συγκριτικός πίνακας αποτελεσμάτων δημόσιας υγείας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο

| <b>Δημόσια υγεία</b>    |   |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
|                         | <b>Πορτογαλία</b>   | <b>Ελλάδα</b>  | <b>Κολοράντο</b>  |
| <b>Επικίνδυνη χρήση</b> | Τα ποσοστά είναι σταθερά κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ωστόσο αύξηση μεγάλη καταγράφεται στη συχνή και πολύ συχνή χρήση.<br><br>Η επικράτηση του συχνότερου τρόπου χρήσης φαίνεται να είναι υψηλότερη από το μέσο Ευρωπαϊκό όρο. | Δυστυχώς για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία που να προσδιορίζουν τους χρήστες υψηλής επικινδυνότητας με κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη | Η αναλογία των χρηστών που ταξινομούνται ως εξαρτώμενοι από τη κάνναβη παρέμεινε σταθερή, από το 2008 μέχρι το 2017, περίπου στο ένα τρίτο των χρηστών. Το ποσοστό της κατάχρησης ουσιών μειώθηκε, από 51% το 2008 σε 32% το 2017, ενώ η χρήση αυξήθηκε από 16% το 2008 σε 28% το 2017. |

|                                     |  |   |  |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <p><b>Παροχή θεραπείας</b></p>      | <p>Τα άτομα που δέχονται θεραπεία για πρώτη φορά με αίτημα την κατάχρηση της κάνναβη αποτελούν το ήμισυ των νέων ασθενών, ενώ οι αιτήσεις για θεραπεία από κάνναβη σταδιακά αυξάνονται από το 2010.</p> <p>Ένα μεγάλο ποσοστό των χρηστών κάνναβης υψηλού κινδύνου δεν καλύπτονται από κάποιο πρόγραμμα (95%)</p>  | <p>Ανοδική είναι η τάση του αριθμού των αιτημάτων για προβλήματα από την κάνναβη, σχεδόν ένας στους τρεις (26.9%) αναφέρει ως κύρια ουσία κατάχρησης στις αιτήσεις πρώτης θεραπείας.</p> <p>Λόγω του μη προσδιορισμού των χρηστών υψηλής επικινδυνότητας δεν υπάρχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό κάλυψης σε θεραπευτικά προγράμματα.</p>   | <p>Ο συνολικός αριθμός εισαγωγής για όσους ανέφεραν την κάνναβη ως την κύρια ουσία κατάχρησης μετά από τα υψηλά νούμερα του 2010 και έπειτα σημειώνει το 2017 μείωση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία για αριθμούς νέων αιτήσεων προκειμένου να εξετάσουμε εάν πράγματι υπάρχει ζήτηση μικρότερη για θεραπεία.</p>   |
| <p><b>Θάνατοι από ναρκωτικά</b></p> | <p>Μεγάλη αυξητική τάση σημειώνεται στους θανάτους που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών ενώ σε αντίθεση τάση μείωσης έχουν οι θάνατοι που ευθύνονται σε οξείες δηλητηριάσεις από λήψη ναρκωτικών ουσιών. Το ποσοστό θνησιμότητας από χρήση για τις ηλικίες 15-64 ετών είναι 3.9 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο.</p> <p>Κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους είναι τα οπιούχα</p> | <p>Στην επικράτεια από το 2005 και έπειτα παρατηρείται μία μείωση των θανάτων από δηλητηρίαση. Μία μικρή αύξηση παρατηρήθηκε το 2015 που όμως στα επόμενα έτη δεν διατηρήθηκε.</p> <p>Το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν 10.52 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 21.8 θανάτων ανά εκατομμύριο.</p> <p>Κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους είναι τα οπιούχα</p> | <p>Το ποσοστό κατοίκων σε θανάτους από υπερβολική δόση ναρκωτικών ανά αυξάνεται σταθερά μεταξύ 2001 και 2016, ανεβαίνοντας σε 16,1 θανάτους ανά 100.000 το 2016 από 8,8 θανάτους ανά 100.000 το 2001, ωστόσο παραμένει χαμηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας σε επίπεδο Η.Π.Α (19.8 θανάτων ανά 100.000)</p> <p>Κύρια ουσία κατάχρησης στους αναφερόμενους θανάτους είναι τα συνταγογραφούμενα οπιούχα φάρμακα.</p> |

## **E.2. Προστασία της δημόσιας ασφάλειας του Κράτους.**

Αναφορικά με τον δεύτερο στόχο της προστασίας της ασφάλειας όπως συνοπτικά παρουσιάζεται στον Πίνακα 26 παρατηρούμε ότι:

- Η κάνναβη παραμένει να αποτελεί την κύρια ουσία που απασχολεί τις αρχές επιβολής τόσο στις κατασχέσεις όσο και στις βεβαιωθείσες

- παραβάσεις σε Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο.
- Οι παραβάσεις που αφορούν τη βεβαίωση μικρότερης μορφής εγκληματικότητας πράξεων παρουσιάζουν μείωση ωστόσο αυτό οφείλεται είτε στην αλλαγή της νομοθεσίας είτε στην ανοχή της κοινωνίας. Σε αντίθεση οι παραβάσεις που αφορούν μεγαλύτερης μορφής εγκληματικότητας πράξεις αυξάνονται σταδιακά.
  - Στο Κολοράντο ειδικότερα παρατηρείται σημαντική αύξηση της σοβαρής και οργανωμένης εγκληματικότητας, από το 2012 στο 2017 και κυρίως γιατί οι όμορες περιοχές έχουν διαφορετικό νομικό καθεστώς και τα εγκληματικά δίκτυα εκμεταλλευόμενοι την κοινωνική ανοχή καλλιεργούν δενδρύλλια κάνναβης πλησίον των συνόρων και προμηθεύουν τις παράνομες αγορές των γύρω περιοχών. Οι κατασχέσεις παράνομης κάνναβης αυξήθηκαν κατά 50% συγκριτικά με το 2013, όταν νομιμοποιήθηκε η κάνναβη.
  - Η διαφθορά παραμένει στα και στις τρεις περιπτώσεις.
  - Δεν υφίστανται πολλές μελέτες για τη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά ωστόσο στο Κολοράντο παρουσιάζεται αύξηση των περιστατικών τροχαίων/θανατηφόρων ατυχημάτων υπό την επήρεια κάνναβης, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός παραμένει σταθερός.
  - Στο Κολοράντο όπου συλλέγονται σχετικά στοιχεία αυξήθηκε και ο αριθμός των περιπτώσεων αυτοκτονίας όπου ανιχνεύτηκαν τοξικολογικά ουσίες.

Πίνακας 26: Συγκριτικός πίνακας αποτελεσμάτων δημόσιας ασφάλειας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο.

| <b>Προστασία της δημόσιας ασφάλειας</b> |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | Πορτογαλία   | Ελλάδα  | Κολοράντο  |
| <b>Αριθμός αδικημάτων</b>               | Η πλειονότητα των αδικημάτων συνδέονται με την κάνναβη. Οι παραβάσεις της διακίνησης αυξάνονται σταδιακά, με τη μικροδιακίνηση να παρουσιάζει αυξητική τάση ενώ η σοβαρότερη διακίνηση να παραμένει σταθερή. | Η κάνναβη αποτελεί την πιο συχνά κατασχεθείσα ουσία με την ηρωίνη να ακολουθεί. Οι βεβαιωθείσες παραβάσεις που αφορούν τη χρήση κάνναβης μειώνονται σταδιακά ενώ παραμένουν σταθερές οι περιπτώσεις της διακίνησης.       | Οι συνολικές συλλήψεις που σχετίζεται με την κάνναβη μειώθηκαν κατά 56% μεταξύ 2012 και 2017. Ωστόσο οι συλλήψεις που αφορούν την παραγωγή κάνναβης αυξήθηκαν σημαντικά (+ 51%).                   |
| <b>Οργανωμένη εγκληματικότητα</b>       | Πτωτική τάση στις κατασχέσεις κατεργασμένης κάνναβης, αυξάνονται οι κατασχέσεις ακατέργαστης. Η σοβαρότερη μορφή διακίνησης παραμένει σταθερή.   | Αύξηση των εξιχνιασθεισών εγκληματικών ομάδων, ωστόσο αυτό μπορεί να μεταφραστεί και ως μία εξοικείωση των αρχών επιβολής του νόμου με τον Ν.4139/13. Οι κατασχέσεις κάνναβης παραμένουν υψηλές κατά την πάροδο των ετών. | Ο αριθμός των υποθέσεων σοβαρής και οργανωμένης εγκληματικότητας αυξήθηκε σημαντικά, από το 2012 στο 2017. Οι κατασχέσεις κάνναβης αυξήθηκαν κατά 50% από το 2013, όταν νομιμοποιήθηκε η κάνναβης. |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Διαφθορά</b></p>                        | <p>Η Πορτογαλία φέρει τη θέση 29 στη συνολική κατάταξη και 14 στην περιοχή της Δυτικής Ευρώπης.</p> <p>Η Πορτογαλία έχει μία σταθερή πορεία κατά την πάροδο των ετών.</p>   | <p>Η Ελλάδα φέρει τη θέση 48 στη συνολική κατάταξη Από το 2010, σημειώνεται μία μείωση της βαθμολογίας, που μεταφράζεται σε αύξηση της διαφθοράς που θεωρείται ότι υπάρχει μεταξύ των κρατικών αξιωματούχων και των πολιτικών</p>           | <p>Στην τελευταία αξιολόγηση (2015) το Κολοράντο κατατάσσεται στη θέση 13 σε εθνικό επίπεδο. Παρόλο που η βαθμολογία είναι σχεδόν ίδια με αυτή που δόθηκε το 2012, οι βαθμολογίες δεν είναι άμεσα συγκρίσιμες λόγω των αλλαγών που έγιναν για τη βελτίωση και την ενημέρωση του σχεδίου και της μεθοδολογίας του.</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά βία</b></p> | <p>Σε έρευνα για τις ανθρωποκτονίες 7% των θυμάτων και 31% των θυτών ανθρωποκτονιών που μελετήθηκαν είχαν κάνει χρήση ουσιών.</p> <p>Σε έρευνα στις φυλακές το 22% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είχε διαπράξει αδίκημα, για το οποίο φυλακιστεί, προκειμένου να πάρει χρήματα και να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά. Το αντίστοιχο ποσοστό στους νέους (16-20 ετών) είναι 24%. Το 42% των ενηλίκων ήταν υπό επήρεια κατά τη διάπραξη του αδικήματος, ενώ αντίστοιχα το 19% στους νέους.</p> | <p>Ο αριθμός των οδικών ατυχημάτων όπου ανιχνεύτηκαν στον οδηγό ουσίες παραμένει σταθερός κατά τη διετία 2014-2015.</p> <p>Μελέτες/στοιχεία για άλλες μορφές βίαιων εγκλημάτων που συνδέονται με τη χρήση ουσιών δεν είναι συλλέγονται.</p> | <p>Αυξήθηκε ο αριθμός των περιπτώσεων αυτοκτονίας όπου ανιχνεύτηκαν τοξικολογικά ουσίες από 11,8% το 2012 σε 22,3% το 2016.</p> <p>Αυξάνονται σταδιακά οι περιπτώσεις οδήγησης υπό την επήρεια κάνναβης και των περιπτώσεων όπου η κάνναβη χρησιμοποιήθηκε και με άλλες ουσίες.</p> <p>Αυξάνεται σταθερά και ο αριθμός των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων κατά τη διάρκεια των οποίων ένας οδηγός βρέθηκε θετικός στη χρήση κάνναβης.</p> |

### E.3. Βελτίωση της ανάπτυξης της κοινωνίας.

Αναφορικά με τον τρίτο στόχο της προστασίας της ανάπτυξης της κοινωνίας όπως συνοπτικά παρουσιάζεται στον Πίνακα 27 παρατηρούμε ότι:

- Ως προς την πρόσβαση στα φάρμακα τόσο σε Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο επιτρέπεται η ιατρική χρήση της κάνναβης, με την διαφοροποίηση ότι σε Ελλάδα και Πορτογαλία χορηγούνται υπό ρυθμιζόμενο μοντέλο συνταγογράφησης μόνο έτοιμα φαρμακευτικά

σκευάσματα ενώ στο Κολοράντο επιτρέπεται επιπλέον η κατανάλωση και ακατέργαστης κάνναβης.

- Ως προς την πρόληψη παρατηρείται ότι σε Πορτογαλία και Κολοράντο δίνεται μεγάλη σημασία κυρίως ως προς την έγκαιρη παρέμβαση στα σχολεία στην Πορτογαλία και την ενημέρωση για τους κινδύνους στο Κολοράντο. Στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετοί φορείς δίχως ωστόσο να υφίστανται ενιαίες προδιαγραφές.
- Ο αριθμός των ατόμων που φυλακίζονται για ναρκωτικά μειώνεται σταδιακά σε Πορτογαλία και Ελλάδα, αντιστοιχεί μείωση έχουμε και στον αριθμό ποινικών διώξεων στο Κολοράντο.

Πίνακας 27: Συγκριτικά αποτελέσματα ανάπτυξης κοινωνίας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο.

| <b>Ανάπτυξη της κοινωνίας</b> |  |  |   |
|-------------------------------|--|--|---|
|                               | <b>Πορτογαλία</b>  | <b>Ελλάδα</b>  | <b>Κολοράντο</b>  |
| <b>Πρόσβαση σε φάρμακα</b>    | Τον Ιούνιο του 2018 εγκρίνεται τη χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη, τα οποία διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή και πωλούνται μόνο στα φαρμακεία. Προγενέστερες προτάσεις που επέτρεπαν στους ασθενείς να παράγουν κάνναβη στο σπίτι απορρίφθηκαν.  | Τον Μάρτιο του 2018 με νέα νομοθετική ρύθμιση επιτρέπεται η πρόσβαση των ασθενών της χώρας στα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης που θα διατίθενται στα φαρμακεία με ιατρική συνταγή.   | Επιτρέπεται η καλλιέργεια στο σπίτι ή ο ορισμός έναν φροντιστή να καλλιεργεί τα φυτά για τους χρήστες.<br><br>Ο αριθμός των κατόχων ιατρικών καρτών μειώθηκε κατά 23% μεταξύ 2014 (115.467) και Απριλίου 2018 (88.946), περίοδο που η ψυχαγωγική χρήση κάνναβης είναι νόμιμη.                   |
| <b>Πρόληψη και Εκπαίδευση</b> | Εξατομικευμένα προγράμματα σε πλαίσια οικογένειας, σχολείου, ψυχαγωγικών και αθλητικών εγκαταστάσεων, κοινότητας, χώρων εργασίας, οδικής ασφάλειας και των φυλακών.<br><br>Η πρόληψη των ναρκωτικών αποτελεί μέρος της πορτογαλικής σχολικής διδακτέας ύλης και εφαρμόζεται κυρίως στο μάθημα της βιολογίας. | Το σχολικό έτος 2016-2017 αυξήθηκε η δράση των Κέντρων / φορέων Πρόληψης στη σχολική κοινότητα, με καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης.<br><br>Τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί αξιοσημείωτα η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε θέματα εξαρτήσεων αποκλειστικά.<br><br>Δεν υφίστανται ενιαίες προδιαγραφές για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης σε εθνικό επίπεδο. | Οι πρώτες αξιολογήσεις του προγράμματος Good to know έδειξαν ότι οι κάτοικοι του Κολοράντο που εξοικειώθηκαν με τη νομοθεσία για την κάνναβη 2,5 φορές περισσότερο.<br><br>Σημειώθηκε επίσης σημαντική αύξηση στην αντίληψη για τους κίνδυνο και την επίδραση στην υγεία από τη χρήση κάνναβης. |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Αριθμός ατόμων που φυλακίζονται</b> | <p>Φυλακίζεται το 31% επί του συνόλου των συλληφθέντων για διακίνηση και μόνο 12% του συνόλου των συλληφθέντων παραβατών για ναρκωτικά.</p> <p>Το 82% έχει φυλακιστεί για το αδίκημα της διακίνησης, το 17 % για μικροδιακίνηση</p> <p>Βαθμιαία από το 2007 ο αριθμός των επιβληθέντων προστίμων αυξάνεται.</p> | <p>Τόσο ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων καθώς και ο αριθμός των κρατουμένων για παράβαση του νόμου Περί ναρκωτικών παρουσιάζει αύξηση κατά το χρονικό διάστημα 2004-2009 και διαρκή μείωση κατά τη χρονική περίοδο 2010-2017</p> | <p>Ο αριθμός των ποινικών διώξεων που σχετίζονται με τη κάνναβη μειώθηκε κατά 47% μεταξύ 2012 και 2017.</p> <p>Ο αριθμός των κακουργημάτων μειώθηκε αρχικά το 2012 αλλά επανέκαμψε στα επίπεδα προ της νομιμοποίησης.</p> <p>Σε αντίθεση σημειώθηκε μείωση στα πλημμελήματα (-13%) και στα μικρότερα αδικήματα (-62%), που σχετίζονται με την κάνναβη, μεταξύ 2012 και 2017.</p> |
|--|---|--|--|

#### **Ε.4. Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων**

Αναφορικά με τον τέταρτο στόχο της ατομικής ευημερίας όπως συνοπτικά παρουσιάζεται στον Πίνακα 28 παρατηρούμε ότι:

- Όσον αφορά τα ποσοστά επικράτησης χρήσης στον γενικό πληθυσμό σε Πορτογαλία και Ελλάδα σημειώνοντας μικρή αύξηση διαχρονικά μέσα στα χρόνια, παραμένοντας και στις δύο περιπτώσεις κάτω από το μέσο Ευρωπαϊκό Χώρο. Σε αντίθεση το Κολοράντο συγκαταλέγεται στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ των κρατών με το υψηλότερο ποσοστά επικράτησης της χρήσης της κάνναβης.
- Η χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή των Πορτογάλων μαθητών ήταν ελαφρώς χαμηλότερη (από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ενώ των Ελλήνων είναι αρκετά πιο χαμηλή. Στο Κολοράντο το ποσοστό μαθητών που κάνουν χρήση παραμένει κατά τη διάρκεια της δεκαετίας σταθερό και μικρότερο από αυτό της Πορτογαλίας.

Πίνακας 28: Συγκριτικά αποτελέσματα ατομικής ευημερίας για Πορτογαλία, Ελλάδα και Κολοράντο

| <b>Προστασία της ατομικής ευημερίας, των νέων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων</b> |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <b>Πορτογαλία</b>   | <b>Ελλάδα</b>   | <b>Κολοράντο</b>  |
| <b>Επικράτηση χρήσης</b>   | <p>Όσον αφορά τα ποσοστά επικράτησης χρήσης στον γενικό πληθυσμό για το έτος 2016/17 κυμαίνονται σε 10.4%, σημειώνοντας μικρή αύξηση από τα αντίστοιχα του 2001, 2007 και 2012.</p> <p>Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου έτους, βαθμιαία αυξάνεται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, ωστόσο παραμένει πολύ μικρότερη από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.</p> | <p>Δε υπάρχουν έρευνες γενικού πληθυσμού.</p> <p>Χρησιμοποιώντας στοιχεία από άλλες έρευνες διαχρονικά αν και στη βάση σχετικά χαμηλών επιπέδων επικράτησης της χρήσης, το 2015 υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 35-49 ετών ανέφεραν χρήση κάνναβης, σε σύγκριση με πριν από περίπου μια 10ετία (2004) (14,9% και 10,5%),</p> | <p>Το 2016, το Κολοράντο συγκαταλέγεται στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ των κρατών με το υψηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης.</p> <p>Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου έτους και μήνα το 2016 ήταν 13,7% και 8,6% αντίστοιχα στις ΗΠΑ, ενώ στο Κολοράντο ήταν 23,1% και 15,9%.</p> <p>Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης του τελευταίου μήνα στο Κολοράντο κατά την περίοδο πριν από τη νομιμοποίηση (2009-2012) και μετά τη νομιμοποίηση (2013-2016), αυξήθηκε.</p> |
| <b>Ναρκωτικά και Νέοι</b>  | <p>Η χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή των πορτογάλων μαθητών ήταν ελαφρώς χαμηλότερη (15% vs 16%) από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.</p>  | <p>Στους Έλληνες μαθητές χαμηλότερα από το μέσο Ευρωπαϊκό όρο είναι τα ποσοστά στη χρήση όλων των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (1.1% vs 5%) και της κάνναβης (9.1% vs 16%).</p> <p>Ωστόσο παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό χρήσης εισπνεόμενων ουσιών.</p>   | <p>Κατά μέσο όρο, η χρήση κάνναβης σε νέους ηλικίας 12-17 ετών παρέμεινε σχετικά σταθερή, μεταξύ 10% και 11% κατά τα έτη 2009-2012 και 2013-2016.</p>   |

**Ε.5. Κόστος και ωφέλεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών καθώς και λοιποί οικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν και τα οικονομικά κόστη υιοθέτησης και εφαρμογής μίας νέας πολιτικής.**

Για τον τελευταίο στόχο τους κόστους και της ωφέλειας παρατηρούμε ότι:

- Δεν υφίστανται αναλύσεις κόστους/ωφέλειας της εφαρμοζόμενης πολιτικής για τα ναρκωτικά υπό κοινού προτύπου.
- Στην Πορτογαλία, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του κόστους που συνδέεται με την υγεία από την πολιτική για τα ναρκωτικά μεταξύ του 2000 και του 2004, ιδίως στο νομικό σύστημα. Στην Ελλάδα δεν τηρούνται στοιχεία για τα κόστη που δαπανούνται για την πολιτική για τα Ναρκωτικά. Στο Κολοράντο ένα ποσοστό των συνεχώς αυξανόμενων κρατικών εσοδών από την εμπορευματοποίηση της κάνναβης διατέθηκαν για τη χρηματοδότηση του Ταμείου Ενίσχυσης και Κατασκευής Δημοτικών Σχολείων και τη χρηματοδότηση της περιφέρειας.

|                           | <b>Πορτογαλία</b>   | <b>Ελλάδα</b>  | <b>Κολοράντο</b>  |
|---------------------------|---|--|---|
| <b>Κόστος και ωφέλεια</b> | Στην έρευνα του Goncalves για την ανάλυση του κοινωνικού κόστους της κατάστασης πριν και μετά την αποποινικοποίηση στην Πορτογαλία, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του κόστους που συνδέεται με τις δαπάνες για την πολιτική για τα ναρκωτικά μεταξύ του 2000 και του 2004, ιδίως στο νομικό σύστημα (άμεσες δαπάνες). | Στην Ελλάδα δεν τηρούνται στοιχεία για τα κόστη που δαπανούνται για την πολιτική για τα Ναρκωτικά. | Τα έσοδα από τους φόρους κατανάλωσης διατέθηκαν για τη χρηματοδότηση του Ταμείου Ενίσχυσης και Κατασκευής Δημοτικών Σχολείων<br><br>Οι φόροι που διανεμήθηκαν στις τοπικές κυβερνήσεις αυξήθηκαν κατά 305%. |



## ΣΤ. Μέρος Έκτο-Προτάσεις

Μόνο ένα μέρος των ανθρώπων που χρησιμοποιούν ναρκωτικά θα αναπτύξει διαταραχές χρήσης ναρκωτικών. Ωστόσο, οι διαταραχές αυτές έχουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για τις βλάβες που προκαλούνται από τα ναρκωτικά παγκοσμίως. Αν και οι διαταραχές χρήσης ουσιών αφορούν μόνο το 10% των ανθρώπων που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, είναι υπεύθυνες για πάνω από το ήμισυ (17 εκατομμύρια) των 28 εκατομμυρίων χρόνων υγιούς ζωής που χάνονται λόγω της χρήσης ναρκωτικών. (INCB 2017).

Οι υπέρμαχοι της νομιμοποίησης διατείνουν ότι η απαγόρευση της χρήσης προσβάλλει το ατομικό δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, που κατοχυρώνει την ελευθερία κάποιος να ικανοποιεί την έξη του με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ωστόσο το δικαίωμα της ατομικότητας θα πρέπει να συμβαδίζει και με το ότι «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας», η οποία δίνει στην «αξία του ανθρώπου» το προβάδισμα έναντι των γενικότερων συμφερόντων του κράτους, συμπεριλαμβανομένων και των οικονομικών κερδών.

Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά θεωρείται σήμερα μια πολύπλοκη, πολυπαραγοντική, βιοψυχοκοινωνική νόσος του εγκεφάλου που συχνά λαμβάνει την πορεία μιας χρόνιας και υποτροπιάζουσας διαταραχής. Διάφορες διαστάσεις συμβάλλουν στην παθογένεια της εθιστικής διαδικασίας που περιλαμβάνει: (1) επανειλημμένη έκθεση σε ψυχοδραστικές ουσίες που επηρεάζουν την εγκεφαλική λειτουργία, (2) γενετική προδιάθεση που επηρεάζει τα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας και προσωπικότητας, και (3) δυσμενείς εμπειρίες ζωής.

Η χρήση ναρκωτικών έχει αναγνωριστεί ότι συντελεί στην παγκόσμια νοσοεπιβάρυνση. Ένα ευρύ φάσμα οξέων βλαβών με χρόνια και οξέα προβλήματα υγείας σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και επιτείνονται από διάφορους παράγοντες όπως οι ιδιότητες των ουσιών, ο τρόπος χρήσης, η ατομική ευαλωτότητα και το κοινωνικό πλαίσιο της χρήσης ουσιών. Στα χρόνια προβλήματα συγκαταλέγονται η εξάρτηση και οι λοιμώξεις που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών, με τη λήψη υπερβολικής δόσης να είναι στην άκρη αυτού. Παρότι οι θάνατοι από ναρκωτικά και κυρίως από τη χρήση οπιοειδών έχουν μειωθεί αισθητά, η κατάχρηση ουσιών εξακολουθεί να ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών.

Συγκριτικά, παρότι τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης είναι σαφώς λιγότερο σημαντικά, λόγω των υψηλών επιπέδων επικράτησης κυρίως της συχνής χρήσης δεν αποκλείεται να δούμε σύντομα στο μέλλον συνέπειες για τη δημοσία υγεία, με πρώτη αυτή της αύξησης των νέων αιτήσεων για θεραπεία από την κάνναβη. Οι διάφορες ποικιλίες περιεκτικότητας και καθαρότητας των ουσιών που είναι πλέον διαθέσιμες στους χρήστες αυξάνουν τις δυνητικές βλάβες και δημιουργούν προβλήματα όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Ως προς τη νομιμοποίηση της χρήσης για ψυχαγωγική χρήση τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα δεν είναι αρκετά για να υποστηρίξουμε ότι αυτή η προσέγγιση είναι το επόμενο βήμα στην πολιτική των ναρκωτικών καθόσον σε κανένα από τους στρατηγικούς στόχους που μελετήσαμε δεν υπερτερεί με εξαίρεση των οικονομικών κερδών από τη φορολογία, ωστόσο οι βασικές πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών όπως αυτή της δημόσιας υγείας και ασφάλειας να μην αντιμετωπίζονται και αυτών της ατομικής ευημερίας και κοινωνικής ανάπτυξης να μην καταγράφουν πρόοδο.

Ο επιπολασμός παραμένει στα ίδια επίπεδα, δεν αντιμετωπίζονται τα πρόβλημα της παράνομης αγοράς και της συναφής βίας και εγκληματικότητας.

Η αξιολόγηση των επιπτώσεων των μέτρων που επιτρέπουν την ψυχαγωγική χρήση κάνναβης είναι σημαντική αλλά απαιτούνται στοιχεία που μέχρι σήμερα συγκεντρώνονται αποσπασματικά από μερικά κράτη δίχως να υφίστανται ένα κοινό εργαλείο δεικτών επιμέτρησης της αλλαγής. Ανεξάρτητα από οποιοδήποτε ευρύτερο αντίκτυπο στην πολιτική για τα ναρκωτικά, η ύπαρξη εμπορικά ρυθμιζόμενης αγοράς κάνναβης σε μερικές χώρες εκτός Ευρώπης δίνει χώρο στην καινοτόμα ανάπτυξη προϊόντων, για παράδειγμα υφίστανται στην αγορά εισπνεόμενα, υγρά ηλεκτρονικών τσιγάρων και βρώσιμα προϊόντα.

Ενδέχεται η διαθεσιμότητα των νέων προϊόντων να έχει αντίκτυπο στα πρότυπα κατανάλωσης στην Ευρώπη, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της παρακολούθησης της συμπεριφοράς στον συγκεκριμένο τομέα και την αναγκαιότητα αξιολόγησης των δυνητικών συνέπειων για την υγεία κάθε αλλαγής στα μελλοντικά πρότυπα κατανάλωσης.

Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί πως η Κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα δεν διαφοροποιείται πολύ από αυτή άλλων Χωρών της Ευρώπης. Παρά τις ραγδαίες αλλαγές στη ζήτηση ναρκωτικών (νέες συνθετικές ουσίες), την μεταβαλλόμενη οικονομική και την κοινωνική κατάσταση, ο αριθμός των χρηστών αυξάνεται με αργούς ρυθμούς μένοντας κάτω από τον Ευρωπαϊκό Μέσο Όρο. Η βία και η οργανωμένη εγκληματικότητα αυξάνεται σταδιακά με την πάροδο των ετών, όπως σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ η κάνναβη παραμένει η κύρια ουσία που διακινείται στις παράνομες αγορές. Η προσοχή μας ωστόσο θα πρέπει να έχουμε στραμμένη στην αύξηση αιτημάτων θεραπείας από κατάχρηση κάνναβης, για το σχεδιασμό ειδικών παρεμβάσεων.

Ως προς την αποτελεσματικότητα λοιπόν της τρέχουσας πολιτικής, δεχόμενοι ότι το φαινόμενο των ναρκωτικών δεν μπορεί να απαλειφθεί εξ ολοκλήρου από την κοινωνία θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η Ελλάδα δεν υστερεί σε σύγκριση με τα άλλα μοντέλα πολιτικής. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ακόμα και μέχρι σήμερα όλοι οι φορείς δεν έχουν εξοικειωθεί πλήρως τα προβλεπόμενα του Ν.4139/13, ειδικότερα με την εφαρμογή των εναλλακτικώς της ποινής μέτρων, επιβεβαιώνοντας πως η έναρξη μία αλλαγής δεν περιορίζεται μόνο στην αλλαγή της Νομοθεσίας αλλά κρίσιμοι παράγοντες είναι η σαφής περιγραφή και διασύνδεση των δράσεων των διαφορετικών φορέων, η κατάλληλη προετοιμασία και εξοικείωση των διοικητικών υπαλλήλων με τα μέτρα και ο συντονισμός.

Ως προς την αναγκαιότητα της αλλαγής της Ελληνικής νομοθεσίας και ειδικότερα στην αποποινικοποίηση της χρήσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρά

το νομικό περιορισμό της ίδιας της χρήσης το μεγαλύτερο μέρος των παρεμβάσεων μείωσης βλάβης δεν έχει τελικά εφαρμοστεί στην Ελλάδα, γεγονός βέβαια που σε αρκετές των περιπτώσεων οφείλεται στον ζήλο φορέων, δείχνοντας πως η ίδια η νομοθετική ρύθμιση δεν είναι περιοριστική. Ωστόσο δεν μπορεί να μην αναφερθούν ως αρνητικά στοιχεία η διατήρηση της στιγματιστικής ταυτότητας του χρήστη-εγκληματία και το οικονομικό (διοικητικό) και ψυχικό κόστος εφαρμογής της παρούσας δικαστικής διαδικασίας (σύλληψη, εισαγγελέας, δίκη, μη επιβολή ποινής, μη επιβολή θεραπευτικού μέτρου).

Σημειώνεται πως αναφερόμενοι στην αποποινικοποίησης εννοούμε τη διατήρηση απαγόρευσης της χρήσης αλλά τη μη υπαγωγή της στην ποινική νομοθεσία.

Μία πολιτική αλλαγή της προσέγγισης στην Ελλάδα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κοινωνίας που υπηρετεί και να χαρακτηρίζεται από ενεργή επικοινωνία και ενημέρωση σχετικά με τη δράση πολιτικής για τα ναρκωτικά. Αυτό απαιτεί επίσης άνοιγμα σε συνεχή διάλογο με όσους θίγονται ή εμπλέκονται σε μέτρα πολιτικής για τα ναρκωτικά.

Ως προς την εφικτότητα για να διασφαλιστεί ότι οποιαδήποτε αλλαγή θα επιτύχει το σκοπό της θα πρέπει να τηρηθούν δεσμεύσεις στους ακόλουθους άξονες:

➤ **Δημιουργία θεσμικού πλαισίου διαθεσμικής προσέγγισης.**

Οι πολιτικές εφαρμόζονται πιο αποτελεσματικά όταν υποστηρίζονται ευρέως από δράσεις όλων των φορέων. Η απλή αλλαγή μίας πολιτικής δεν φέρει από μόνη της αποτελέσματα δίχως την οικοδόμηση συναίνεσης με όλων όσων ενδιαφέρονται και επηρεάζονται, ήδη από το στάδιο του σχεδιασμού της αλλαγής. Ωστόσο, η διαδικασία οικοδόμησης συναίνεσης γύρω από μια πολιτική είναι δύσκολη και πολύπλοκη. Πρέπει να δημιουργηθεί συναίνεση μεταξύ των ενδιαφερόμενων τομέων πολιτικής, καθώς και μεταξύ διοικητικών και πολιτικών δομών και φορέων.

Συγκεκριμένα, μια κοινή αντίληψη μεταξύ πολιτικών και διοικητικών επιπέδων είναι σημαντική προκειμένου να διασφαλιστεί ότι, κατά το στάδιο της εφαρμογής, οι συνεκτικές πολιτικές δεν θα υποχωρήσουν και η εφαρμογή δεν θα ακολουθήσει εντελώς διαφορετική πορεία από εκείνη που αναμένεται. Επομένως, είναι σκόπιμο να διασφαλιστεί ότι οι πολιτικές, οι στρατηγικές και τα προγράμματα είναι επαρκώς καθορισμένα και σαφή. Αυτό προϋποθέτει τον καθορισμό των στόχων και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, καθώς και τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων φορέων, τι αναμένεται από αυτούς και τι πλεονεκτήματα μπορούν να προβλεφθούν σε αντάλλαγμα.

Είναι επίσης αναγκαίο να αναπτυχθούν διαδικασίες διαχείρισης των διαφορών που να αποτελούν αποτελεσματική απάντηση στις διαμάχες που αναδύονται μεταξύ των φορέων. Από την άποψη αυτή, είναι ιδιαίτερα σημαντική η ύπαρξη συντονιστικού φορέα που θα διαχειρίζεται τις διαφορές μεταξύ των μερών που συμμετέχουν στη μείωση της προσφοράς και στη μείωση της ζήτησης.

➤ **Ευχρηστία, αποτελεσματικότητα και ωφελιμότητα.**

Στην παρούσα εργασία αποτυπώθηκαν στοιχεία από διαφορετικές προσεγγίσεις που κυμαίνονται από περιοριστικά έως ελεύθερης αγοράς. Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι οι πολιτικές απαντήσεις και τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά δεν μπορούν να βασιστούν αποκλειστικά σε επιστημονικά στοιχεία και προσπάθειες, αλλά πρέπει επίσης να λάβουν υπόψη τις αξίες, τις πολιτισμικές προκλήσεις, τις οργανωτικές δομές και την κοινή γνώμη.

Οι δράσεις της πολιτικής για τα ναρκωτικά θα πρέπει να έχουν πάντα περισσότερα θετικά από αρνητικά αποτελέσματα. Λόγω περιορισμένων ωστόσο πόρων, η δράση πρέπει να επικεντρωθεί σε παρεμβάσεις που έχουν αποδείξει ότι προσφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σε περιπτώσεις όπου οι προτεινόμενες πρακτικές δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στο παρελθόν, πρέπει να αποφεύγονται ή να διακόπτονται. Αυτό όμως προϋποθέτει τη συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων βασιζόμενη και στο κόστος και στην ωφέλεια, κάτι που στην Ελλάδα προς τον παρόν δεν υφίσταται. Ο κρατικός μηχανισμός οφείλει να γίνει ευέλικτος και να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε εποχής και να μην σπαταλά πόρους δίχως να έχει σχέδιο στο οποίο να διαφαίνεται η ωφέλεια κάθε παρέμβασης.

➤ **Δημιουργία συνεργιών, συνεργασίας και συντονισμού.**

Κατά την εφαρμογή μίας ισορροπημένης πολιτικής προσέγγισης, είναι σημαντικό τα στοιχεία της μείωσης της προσφοράς και της ζήτησης να τεθούν σε εφαρμογή ταυτόχρονα. Η επιλεκτική, κατακερματισμένη ή διαδοχική δράση μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις των εφαρμοζόμενων μέτρων. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα η συνεργασία δεν αποτελεί παραδεδεγμένη πρακτική, παρά τις καλές συνεργασίες ορισμένων φορέων που είναι ευκαιριακές και αποσπασματικές.

Γενικά, οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις και η συνεργατική δράση είναι πιο αποτελεσματικές για την επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και έχουν ευρύτερο αντίκτυπο.

Η συνεργασία και ο συντονισμός, όχι μόνο μεταξύ των φορέων, πρέπει να εκτείνεται και μεταξύ του τοπικού, περιφερειακού, εθνικού και διεθνούς για μια επιτυχημένη πολιτική για τα ναρκωτικά. Τα μέτρα και οι δράσεις θα πρέπει να σχεδιαστούν με μια προσέγγιση εταιρικής σχέσης, κατά συνέπεια, οι δυνητικοί εταίροι πρέπει να συμμετέχουν από το στάδιο του σχεδιασμού ή όσο το δυνατόν νωρίτερα.

Οι ελάχιστες προϋποθέσεις για τη λειτουργία και επιτυχία μιας εταιρικής σχέσης περιλαμβάνουν:

- Έχει κοινό στόχο
- Εξασφάλιση τακτικής και συνεχιζόμενης επαφής
- Συμφωνία για την επικοινωνία
- Εξασφάλιση άμεσης συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα έχοντας επίγνωση των περιορισμών, των προκαταλήψεων και των θεσμικών πολιτισμών
- Υπέρβαση των νομικών εμποδίων
- Σεβασμός της έννοιας της αμοιβαιότητας

Υπάρχει ανάγκη για δομές που να εξασφαλίζουν ότι οι δράσεις συντονίζονται και εκτελούνται σε συνεργασία με τους κατάλληλους εταίρους για να επιτευχθεί ο μέγιστος αντίκτυπος και να διασφαλιστεί η βέλτιστη χρήση των πόρων. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό να αποφεύγεται ο αθέμιτος ανταγωνισμός μεταξύ των συμμετεχόντων σε μια προσπάθεια συνεργασίας και να διασφαλίζεται ότι οι δραστηριότητες και οι δράσεις τους είναι συμπληρωματικές και όχι αντιφατικές.

Απαιτούνται επίσης μηχανισμοί για την αύξηση της επαφής μεταξύ των τομέων μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς, ώστε να οδηγηθούμε σε συντονισμένες ενέργειες και να αποφευχθούν οι αντιφάσεις ή οι δυσμενείς συνέπειες των ειδικών παρεμβάσεων. Αυτό δεν απαιτεί τη δημιουργία νέων επίσημων δομών αλλά πρωτίστως κοινές πλατφόρμες τακτικής επικοινωνίας, οι οποίες μπορεί να έχουν και ανεπίσημο χαρακτήρα.

Ενώ μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι μια μη ιεραρχική σχέση μεταξύ των εταίρων στη συνεργασία είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες επιτυχίας. Οι εταιρικές σχέσεις που βασίζονται στη συναίνεση δημιουργούν μια ισχυρότερη αίσθηση καθήκοντος και υψηλότερο επίπεδο δέσμευσης από εκείνες που δημιουργούνται αποκλειστικά βάσει νομικών υποχρεώσεων ή οδηγιών.

Η μέχρι σήμερα έλλειψη διυπηρεσιακού συντονισμού και δικτύωσης μεταξύ θεραπευτικών οργανισμών, κρατικών φορέων και μη κυβερνητικών οργανώσεων υπομονεύει τις προσπάθειες ολοκληρωμένης θεραπείας και τη μετάβαση των εξαρτημένων προς την κοινωνική επανένταξη. Είναι απαραίτητη η αξιοποίηση του οφέλους από το διυπηρεσιακό συντονισμό μεταξύ φορέων. Είναι απαραίτητο επίσης να γεφυρωθούν συστηματικά τα κενά που προκύπτουν από την επάλληλη αποσπασματική εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών όπως εντοπίζονται μεταξύ διαφορετικών μοντέλων θεραπείας που συνδέονται με την έλλειψη συντονιστικών στρατηγικών επανένταξης.

### ➤ Έλεγχος, Παρακολούθηση και αξιολόγηση

Με τον έλεγχο αναφερόμαστε στην πραγματικότητα στην ανάπτυξη διαδικασιών προκειμένου το Κράτος να είναι σε θέση να έχει μια επιστημονικά βασισμένη κρίση σχετικά με την αξία μιας δράσης. Παρακολούθηση είναι η τακτική, συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με μια δεδομένη δραστηριότητα ως βάση για αξιολόγηση και εισροές για τον ποιοτικό έλεγχο. Η αξιολόγηση αποτελεί επίσης ένα σημαντικό εργαλείο για τον μελλοντικό σχεδιασμό. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση είναι σημαντικές για να αποδειχθεί ότι οι παρεμβάσεις έχουν θετικές επιπτώσεις, οι οποίες αντισταθμίζουν ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες.

Στην Ελλάδα ενόψει μη ύπαρξης συγκεκριμένων μοντέλων αξιολόγησης υπάρχει επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης μία συγκεκριμένης μεθοδολογίας όχι μόνο για την αξιολόγηση των πολιτικών και την εφαρμογή τους αλλά και για να επιβεβαιώσουν την επιτυχία των ήδη υπάρχοντων δράσεων σε σχέση με την

ωφέλεια και το κόστος. Τα στοιχεία που θα συλλέγονται μπορούν επίσης να αποτελέσουν βάση τεκμηρίωσης για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων δράσεων και να συμβάλουν στον έλεγχο της ποιότητας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης από μόνα τους δεν μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για πολιτικές που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία, καθώς ενσωματώνουν πάρα πολλούς διοικητικούς και πολιτικούς περιορισμούς. Ωστόσο, η αξιολόγηση επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σχετικά με συγκεκριμένη κατάσταση των ναρκωτικών και τις επιπτώσεις των απαντήσεων σε αυτήν, παρέχοντας έτσι πολύτιμες πληροφορίες για τη δημόσια συζήτηση σχετικά με τις πολιτικές επιλογές.

### ➤ Έναρξη και διαχείριση της αλλαγής

Οι πολιτικές για τα ναρκωτικά πρέπει να είναι αντιδραστικές αλλά και προορατικές για να έχουν ευρύ και βιώσιμο αντίκτυπο. Ενώ οι πολιτικές πρέπει να αντιδρούν στις εξελίξεις, είναι εξίσου σημαντικό να έχουν μια δυναμική διάσταση, καθιστώντας δυνατή την πρόβλεψη μελλοντικών εξελίξεων και την πρόβλεψη νέων κινδύνων. Συγκεκριμένα, αυτό σημαίνει ότι οι πολιτικές, ο σχεδιασμός, οι υπηρεσίες και οι αντιλήψεις για τα ναρκωτικά πρέπει να επιτρέπουν έναν επαρκή βαθμό ελαστικότητας και προσαρμογής καθώς εξελίσσονται οι καταστάσεις. Ταυτόχρονα, οι υπεύθυνοι για τη λήψη πολιτικών αποφάσεων, οι νομοθέτες και οι επαγγελματίες πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς για τις αναδυόμενες τάσεις και να διαθέτουν τους κατάλληλους δεσμούς με τα συστήματα έγκαιρης προειδοποίησης και τους αρμόδιους φορείς σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

Η προσοχή στις αλλαγές και η ικανότητα προσαρμογής σε αυτές, καθώς οι κοινωνίες και οι καταστάσεις εξελίσσονται, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα της πολιτικής. Οι εξελισσόμενες τάσεις των ναρκωτικών ουσιών, οι νέες ουσίες και οι αναδυόμενες επιστημονικές γνώσεις συμβάλλουν σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον που οι πολιτικές για τα ναρκωτικά οφείλουν να αντιμετωπίσουν. Αυτή η δυναμική πρέπει να λαμβάνεται επαρκώς υπόψη σε κάθε δράση, ώστε να αποφευχθεί η έλλειψη αποτελεσματικότητας των πολιτικών. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα σύστημα ανάδρασης από το επίπεδο παροχής υπηρεσιών που θα επιτρέπει την προειδοποίηση των ενδιαφερομένων σχετικά με τις αλλαγές στα πρότυπα χρήσης ουσιών και τις νέες ουσίες. Οι δίαυλοι επικοινωνίας θα πρέπει επίσης να διασφαλίζουν ότι, σε καταστάσεις όπου τα μέτρα δεν παράγουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή ακόμη και έχουν δυσμενείς συνέπειες, το επίπεδο πολιτικής ενημερώνεται ταχέως για να επιτρέψει γρήγορες αντιδράσεις και προσαρμογές.

### ➤ Επένδυση στην ενημέρωση και πρόληψη

Η μειωμένη ευαισθητοποίηση και η ελλιπής ενημέρωση του κοινού που εύκολα παρασύρει σε προκαταλήψεις και ιδεοτυπικές περιχαράκωσεις. Συνεχείς δράσεις για την ενημέρωση τόσο του νομικού καθεστώτος όσο και για την επικινδυνότητα της κατάχρησης των ουσιών πρέπει να είναι σχεδιάζονται πριν την αλλαγή μίας προσέγγισης.

Ενώ συνεχής είναι η ανάγκη για τις δράσεις πρόληψης και υποστηρικτικής παρέμβασης προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου όπως οι νέοι.

Κλείνοντας σημειώνεται ότι η αποτελεσματική διακυβέρνηση της πολιτικής για τα ναρκωτικά απαιτεί τη συνεχή και συστηματική αναθεώρηση των υφιστάμενων και αναδυόμενων στοιχείων από την επιστήμη και την πρακτική. Το μοντέλο στο Κολοράντο αποτελεί ένα από τα πρώτα παραδείγματα ελεύθερης αγοράς και θα πρέπει να έχουμε στραμμένη την προσοχή μας γιατί μπορεί να μας δώσει σημαντικά στοιχεία για το μέλλον.

### Βιβλιογραφικές αναφορές

- Brownstein, H. H., Crimmins, S. M. and Spunt, B. J. . (2000). 'A conceptual framework for operationalizing the relationship between violence and drug market stability'. *Contemporary Drug Problems* 27, pp. 876-890.
- Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C. (2013 and 2017). "Ao Consumo De Substâncias Psicoativas Na População Portuguesa, 2012: Relatório Preliminar,". *CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa*. LISBON.
- Bargagli AM, Hickman M, Davoli M, Perucci CA, Schifano P, Buster M. (2006). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. . *Eur J Public Health*, pp. 198-202.
- Chilukri Santhi (2017) *The impact of recreational marijuana legalization on Colorado policy analysis on Amendment 64*". Based on information of the Rocky Mountain Poison and Drug Centre, as reported in University of Kentucky,.
- Centers for Disease Control and Prevention, "YRBS participation maps and history". Available at [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). (n.d.).
- Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. (2009, 1 14). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, pp. 301(2):183-90.
- Chimbos, P. (1993). A study of patterns in criminal homicides in Greece. *International Journal of Comparative Sociology* 34, , pp. 260-271.
- Churcher S. (2013). Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature. *WHO South-East Asia J Public Health*, pp. 2(1):12-22. .
- Cindy S.J. Fazey. (2003, 1 16). The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *Int J Drug Policy. International Journal of Drug Policy* 14, pp. 155-169.
- Coelho, L. R. (2010). 'Elder homicide in the north of Portugal'. *Journal of forensic and legal medicine* 17(7), pp. 383-387.
- Colorado Bureau of Investigation,. (n.d.). National Incident-Based Reporting System. Colorado State Demography Office Data.
- Colorado Department of Public Health and Environment. (2016). Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado.
- Colorado Department of Public Safety, Division of Criminal Justice, Impacts of Marijuana Legalization in Colorado, (Oct. 2018) A Report Pursuant to Senate Bill 13-283



Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE 2016), Healthy Kids Colorado Survey διαθέσιμη <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/hkcs>.

Colorado Department of Revenue, Marijuana Tax Data, at <https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-tax-data>.

Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda; Board on Population Health and Public Health Practice; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research, διαθέσιμη στο <http://www.nap.edu/24625>

Centers for Diseases Control and Prevention 2018 (CDC 2018), Youth Risk Behavior Surveillance authored by Laura Kann, PhD; Tim McManus, MS; William A. Harris, MM; Shari L. Shanklin, MPH; Katherine H. Flint, MA; Barbara Queen, MS; Richard Lowry, MD; David Chyen, MS; Lisa Whittle, MPH; Jemekia Thornton, MPA; Connie Lim, MPA; Denise Bradford, MS; Yoshimi Yamakawa, MPH; Michelle Leon, MPH; Nancy Brener, PhD; Kathleen A. Ethier, PhD διαθέσιμη Διαθέσιμη στο <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/data.html>

Degenhardt L, B. C. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. pp. 32-51.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., Drug law offences/Offences by Drug. (2018).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., (2016). *EU Drug markets report: in-depth analysis*. Lisbon and The Hague: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Europol; διαθέσιμη <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (Selected issue 2011). *Cost and financing of drug treatment services in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. (2011). Policy Profile Portugal.

Fazey CSJ (2003, 2 14). The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *Int J Drug Policy*, pp. 155-69.

- Fragkouli, K. B. (2016). 'Survey of medico-legal investigation of homicide in the region of Epirus (Northwest Greece)', . Journal of Forensic and Legal Medicine 37, pp. 39-44.
- Goldstein, P. (1985). 'The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework'. Journal of Drug Issues 15, pp. 493-506.
- Goncalves R., Lourenc A., Silva SN. (2015, 2 26). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. pp. 199-209.
- Government of Canada. (2016). Toward the Legalization, Regulation and Restriction of Access to Marijuana. Retrieved from <http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/consultations/legalization-marijuana-legalisation/index-eng.php>. <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/hkcs>. (n.d.).
- Livingston JD, M. T. (2012, 1). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. Addictions, pp. 39-50.
- National Survey on Drug Use and Health 2018 (NSDUH 2018), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, διαθέσιμη <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>
- National Institute of Drug Abuse 2014 (NIDA. 2014) Monitoring the Future Survey, Overview of Findings 2014. <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/monitoring-future/monitoring-futuresurvey-overview-findings-2014>
- Pereira, A. R. (2013). Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. Journal of Forensic and Legal Medicine 20, pp. 1099-1107.
- Retail Marijuana Education Program: Annual Report October 1, 2. –J. (n.d.).
- Reuter P, T. E. (2005). Money Laundering Controls and Terrorist Finance. Finance Regulation. University of Maryland.
- Robertson, R. &. (2016). What's in your weed? The Globe and Mail, . Retrieved from <http://www.theglobeandmail.com/news/investigations/globe-investigation-whats-in-your-weed-we-tested-dispensary-marijuana-to-findout/article31144496/>.
- Safilos-Rothenschild, C. (1969). 'Honour crimes in contemporary Greece'. British Journal of Sociology 20, pp. 205-216.
- SICAD. (2018). Retrieved from <http://www.sicad.pt>

- Sumnall H, B. A. (October 2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment. Lisbon: EMCDDA.
- Thomaidis Nikolaos S. Pablo Gago-Ferrero,† Christoph Ort, Niki C. Maragou, Nikiforos A. Alygizakis, Viola L. Borova, and Marilena E. Dasenaki Reflection of Socioeconomic Changes in Wastewater: Licit and Illicit Drug Use Patterns pub. Environmental Science and Technology magazine.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). World Drug Report 2016. New York: United Nations;: United Nations publication. Available from: [http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD DRUG REPORT 2016 web.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf).
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). Global Smart Update, Non Medical Use of benzodiazepines a growing threat to public health? UNODC 2017 .
- Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. (2016, 1 28). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med. , pp. 374(4):363-71.
- Vougiouklakis T, Tsiligianni C. (2006, 10 5). Forensic and criminologic aspects of murder in North-West (Epirus) Greece. Journal of Clinical Forensic Medicine 13 , pp. 316-20.
- World Health Organization World Health Organization. (2011). Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva.
- World Health Organization,. (2012 updated 26 June; 15,). People with drug dependence need better access to health care: WHO maps treatment and prevention resources in 147 countries: Note for the media.
- .  
Δουζένης Αθ., Λύκουρας Λ. (2008). Ψυχιατροδικαστική.
- Δραγασάκη Μ., Κ. Γ. (2018, Σεπτεμβρίου 27-29). Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για τη μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων σε κρατούμενους με ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών. Προφορική ανακοίνωση στην 6η Πανελλήνια Συνάντηση «AIDS & Ηπατίτιδες», Αθήνα.
- ΕΚΤΠΝ. (2018). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα. ΕΠΙΨΥ .
- ΕΠΙΨΥ-Κοκκέβη, Φωτίου, Καναβού & Σταύρου. (ESPAD 2015 • 16χρονοι). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοτσαλής Λ., Μ. Μ. (2010). Ναρκωτικά.

Χριστοδούλου, Α. (1966). Το έγκλημα της ανθρωποκτονίας στην Ελλάδα κατά την πενταετία 1960-1964 ως φαινόμενο κοινωνικό.

Εκθέσεις που μελετήθηκαν κατά τη συγγραφή:

EMCDDA PAPERS I Drug-related homicide in Europe: a first review of the data and literature

EMCDDA 2019, Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study).

Anne Line Bretteville-Jensen Sania Mikulic Pavel Bem Fivos Papamalis Yossi Harel-Fisch Janusz Sieroslowski Fatima Trigueiros Laura Piscociu Sergey Tsarev Peyman Altan Claudia Costa Storti, COSTS AND UNINTENDED CONSEQUENCES OF DRUG CONTROL POLICIES, Report by the expert group on possible adverse effects and associated costs of drug control policies,

Drug Policy in Portugal, The Benefits of Decriminalizing Drug Use, LESSONS FOR DRUG POLICY SERIES, Open Society Foundation, June 2011

DECRIMINALISATION, Portuguese legal framework applicable to the consumption of narcotics and psychotropic substances , General-Directorate for Intervention on Addictive Behavior's and Dependencies, Ministry of Health-Portugal.

Frequent/High Risk Cannabis Use, General-Directorate for Intervention on Addictive Behavior's and Dependencies, Ministry of Health-Portugal

Cannabis policy: Time to move beyond the psychosis debate, Editorial ,International Journal of Drug Policy 21 (2010) 261–264 263

Russell Webster , User-led interventions: an expanding resource?, October 2017

How-to-Regulate-Cannabis-Guide, A practical guide, Transform Drug Policy Foundation, May 2014

Geoff Ramsey, Assessing Uruguay's Historic Cannabis Initiative, Research Report, WOLA, November 2016

Ετήσιες Εκθέσεις για την Κατάσταση των Ναρκωτικών 2014,2015,2016,2017 του ΕΚΤΠΝ

Ετήσιες Εκθέσεις για την Κατάσταση των Ναρκωτικών 2015,2015,2016,2017 του ΣΟΔΝ