



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR

2013

ROMÂNIA

**Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu
privire la temele de interes european**

REITOX

Agenția Națională Antidrog mulțumește tuturor partenerilor și colaboratorilor pentru contribuția adusă la întocmirea prezentului raport.

**MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG
SERVICIUL OBSERVATORUL ROMÂN DE DROGURI ȘI TOXICOMANII**
Bulevardul Unirii nr. 37, bloc A 4, sector 3
BUCUREȘTI, ROMÂNIA
Tel/fax: (0040) (21) 316.47.97 sau 323.30.30/interior 21706, 21731

CUPRINS

REZUMAT ȘI TENDINȚE	5
CAPITOLUL 1 – CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU	10
1.1 CADRUL LEGISLATIV	10
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE	21
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE	30
CAPITOLUL 2 – CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI ȘI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE	34
2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ	34
2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE	34
CAPITOLUL 3 – PREVENIRE	41
3.1 PREVENIRE GENERALĂ LA NIVEL COMUNITAR (PREVENIREA ÎN MEDIUL SOCIAL IMEDIAT, „ENVIRONMENTAL PREVENTION”).....	42
3.2 PREVENIRE UNIVERSALĂ.....	44
3.3 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC.....	50
3.4 PREVENIRE INDICATĂ.....	51
3.5 CAMPANII MEDIA NAȚIONALE ȘI LOCALE.....	51
CAPITOLUL 4 - CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI	53
4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI ÎNCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI	53
4.2. DATE PRIVIND CONSUMATORII PROBLEMATICI DE DROGURI COLECTATE DIN ALTE SURSE DECÂT INDICATORUL ADMITERE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI	54
CAPITOLUL 5 – ADMITEREA LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI	55
5.1 STRATEGII/ POLITICI	55
5.2 SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT	55
5.3 CARACTERISTICILE POPULAȚIEI ADMISE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	58
5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN RÂNDUL CLIENȚILOR SERVICIILOR DE TRATAMENT	70
CAPITOLUL 6 - CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ÎN PLANUL SĂNĂȚĂII	87
6.1 BOLILE INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	87
6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂȚĂII.....	108
6.3 DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MORTALITATE ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI	134
CAPITOLUL 7 - RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚE ASUPRA SĂNĂȚĂII	148
7.1 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	148
CAPITOLUL 8 - CORELAȚII SOCIALE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MĂSURI DE REINTEGRARE SOCIALĂ	158
8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ	158
8.2 REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI	171
CAPITOLUL 9 – INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR, PREVENIREA INFRAȚIONALITĂȚII LA REGIMUL DROGURILOR ȘI SISTEMUL PENITENCIAR	175
9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR	175
9.2 ALTE INFRAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI	182
9.3 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR	183
9.4. REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR	193
CAPITOLUL 10 - PIAȚA DROGURILOR.....	194
10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ	194
10.2 CAPTURI.....	194
10.3. PREȚUL DROGURILOR.....	201

10.4 RAPORTUL ANUAL CĂTRE SISTEMUL EUROPEAN DE AVERTIZARE TIMPURIE	207
BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE.....	212
BIBLIOGRAFIE.....	212
LEGISLAȚIE.....	213
SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE	217
LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT	218
LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT	226

REZUMAT ȘI TENDINȚE

În cadrul Raportului Național privind Situația Drogurilor 2013 sunt analizate date referitoare la cererea și oferta de droguri în România la nivelul anului 2012, politicile naționale și legislația în domeniu, împreună cu tendințele și evoluțiile înregistrate în ultimii ani.

În primul capitol – **Contextul Național și Politicile în domeniu** – sunt prezentate modificările care au avut loc în anul de referință la nivelul politicii antidrog din România. Deși anul 2012 a fost un an cu multe evenimente și schimbări în plan politic, din punct de vedere al politicilor antidrog a însemnat un an de bilanț, dar și unul în care s-au definit viitoarele direcții de acțiune în domeniu. Reconfirmarea Agenției Naționale Antidrog în rolul de coordonator național al politicilor antidrog a însemnat revenirea la o abordare corectă a fenomenului drogurilor în România și repunerea acesteia pe un făgaș normal. Aceasta a permis un cadru adecvat atât pentru evaluarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012, cât și pentru elaborarea noii strategii, prin consultarea tuturor actorilor sociali implicați (instituții cu atribuții în domeniu, dar și reprezentanți ai societății civile) și prin asigurarea unei continuități în ceea ce privește concepția unitară asupra modului de elaborare a politicilor antidrog în România.

Următoarele opt capitole conțin date și informații legate de consumul de droguri și de răspunsurile și măsurile adoptate în acest domeniu. Astfel, capitolul doi – **Consumul de droguri în rândul populației și în rândul subgrupurilor specifice** - prezintă rezultatele referitoare la consumul de droguri și comportamentul de consum reieșite din primul studiu dedicat evaluării riscului/ gradului de excludere socială, derulat în anul 2012, în rândul consumatorilor de droguri neinstituționalizați. Conform acestor date, mai mult de jumătate dintre persoanele incluse în cercetare sunt consumatori de cannabis, aproximativ o cincime sunt consumatorii de heroină, în timp ce peste o zecime sunt consumatori de SNPP. Aproape jumătate dintre respondenții incluși în cercetare practică policonsumul de droguri, acest model de consum fiind cel mai puternic prezent în rândul consumatorilor care au declarat ca drog principal de consum ecstasy, cocaină sau SNPP. Totodată, rezultatele studiului indică faptul că cea mai frecventă cale de administrare este prin fumat/ inhalare, aceasta fiind urmată de cea injectabilă.

Capitolul trei – **Prevenire** - este dedicat programelor de prevenire a consumului de droguri. În anul 2012, cea mai mare provocare a activităților de prevenire a consumului de droguri a fost de a acompania și acorda suport adolescenților și tinerilor în gestionarea comportamentului și coping-urilor de a face față unor influențe multiple, cum ar fi normele sociale, interacțiunea cu egalii, condițiile de viață și propriile trăsături de personalitate. În acest sens, au fost intensificate intervențiile centrate pe reducerea comportamentelor riscante legate de consumul de substanțe, cunoscut fiind faptul că tinerii sunt influențați de un set complex de factori de mediu, cum ar fi ceea ce se consideră a fi normal și dezirabil în comunitățile în care trăiesc, legislația și publicitatea la care sunt expuși, disponibilitatea alcoolului, tutunului și drogurilor ilegale etc. În schimb, din cauza slabei corelări a politicilor sociale sectoriale și, implicit, a fondurilor de coeziune (structurale) unele grupuri țintă relevante din punct de vedere al riscului psiho-social rămân „neatinse” – părinți cu tulburări mentale, copii și tineri fără adăpost, familii cu nivel economic scăzut, populația din mediul rural, copii în risc de abandon școlar, femei victime ale violenței domestice etc. De aceea, este evidentă nevoia intensificării intervențiilor selective în mediul școlar și în cel familial, în special a intervențiilor în situații de criză psihologică și/ sau familială, în scopul identificării unor soluții comprehensive de intervenții preventive eficiente și eficace.

În capitolul patru – **Consumul problematic de droguri** – sunt prezentate estimări indirecte ale prevalenței consumului problematic de droguri (numărul de consumatori problematici de droguri în București), utilizând metoda multiplicatorilor. Se observă o scădere semnificativă în ceea ce privește numărul estimat de consumatori problematici din București în anul 2012, comparativ cu anii anteriori. Date fiind limitele metodologice ale estimărilor realizate în baza metodei multiplicatorului este nevoie de confirmări ale unei potențiale tendințe de scădere a numărului de consumatori problematici. Este posibil ca multiplicatorul folosit, extras din cadrul studiului BSS 2012 să fie afectat de faptul că semințele folosite în cadrul eșantionării de tip RDS (respondent driven sampling) au fost recoltate în mai mare măsură decât în anii

anteriori din rândul persoanelor care au beneficiat de servicii de tratament a dependenței consumului de droguri. În continuare, principala limită în realizarea unei estimări la nivel național este reprezentată de disponibilitatea serviciilor/ programelor din restul țării.

Capitolul cinci - **Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri**, un alt indicator epidemiologic cheie, conține informații privind sistemul de tratament (cadru instituțional și procedural, schema serviciilor de asistență pentru consumatori, criteriile și metodologia de autorizare a centrelor de furnizare de servicii, nivelurile de asistență și circuitul terapeutic, etc.) și evoluția în timp a indicatorului. Astfel, în anul 2012, au primit asistență pentru consum de substanțe psihoactive 3788 de persoane. Față de anul anterior, se înregistrează o creștere cu 5,6% a numărului de persoane asistate, datorată creșterii cazurilor incidente (cu 7,5% a celor pentru droguri ilicite și SNPP și cu 9,4% a celor pentru alcool și tutun). În funcție de tipul de asistență, pentru consum de droguri ilicite și SNPP se înregistrează scăderea cazurilor care au primit asistență în regim ambulator și creșterea celor care au primit asistență în regim de detenție și a cazurilor incidente care au primit asistență în regim de internare. Principalele tipuri de substanțe pentru care s-a solicitat asistență sunt heroina, SNPP, hipnoticele și sedativele și canabisul, iar aproximativ o treime dintre beneficiari au declarat policonsum și/ sau consumul unui alt drog secundar (cele mai utilizate în policonsum și/ sau ca drog secundar fiind SNPP. În 2012 se revine la situația din 2010, iar opiaceele dețin primul loc ca fiind drogul principal cu cea mai mare pondere în rândul admiterilor la tratament, în timp ce SNPP înregistrează cel de-al doilea procent din numărul total de cazuri. În continuare, se menține tendința de creștere a cererii de tratament pentru hipnotice și sedative și pentru canabis, respectiv de scădere pentru admiterea la tratament ca urmare a consumului de stimulante și halucinogene. În privința distribuției teritoriale, apar schimbări semnificative: cel mai extins este consumul de canabis, în timp ce, cel mai problematic (ca număr de cazuri/ număr de județe) rămâne consumul de SNPP. Pe de altă parte, în zona București-Ilfov se înregistrează cel mai mare consum de opiacee și SNPP, iar cele mai multe solicitări pentru hipnotice și sedative se înregistrează în continuare la Iași și Cluj. În plus, crește numărul de județe unde se înregistrează admiteri la tratament pentru mai multe tipuri de droguri și în continuare zonele cu cel mai mare risc se conturează în jurul marilor centre universitare sau în zonele de graniță. Nu se înregistrează modificări esențiale în profilul beneficiarilor care au solicitat asistență pentru consum de heroină și canabis. În schimb, pentru cei admiși la tratament pentru consum de SNPP se observă o creștere a perioadei de consum anterior solicitării de tratament, iar pentru cei aflați în tratament pentru consum de hipnotice și sedative are loc o scădere a perioadei de „decalaj” între debutul în consum și solicitarea de asistență.

Capitolul șase – **Consecințe și corelații în planul sănătății** - conține informații privind ceilalți doi indicatori epidemiologici cheie: bolile infecțioase asociate consumului de droguri și decesele survenite ca urmare a consumului de droguri, precum și date privind alte corelații și consecințe ale consumului de droguri asupra sănătății: urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri și patologia psihiatrică asociată consumului de droguri.

În privința **bolilor infecțioase asociate consumului de droguri**, în anul 2012, prevalențele pentru infecțiile cu HVB, HVC și HIV în rândul CDI au înregistrat tendințe crescătoare semnificative, datorate parțial schimbărilor survenite în modelele de consum. O altă explicație a schimbărilor de tendință înregistrate pentru cele trei tipuri de infecții, poate fi reprezentată de reducerea substanțială a intervențiilor de reducere a riscurilor de contractare a bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, datorată la rândul ei lipsei fondurilor de finanțare, în special pentru proiectele derulate de organizațiile neguvernamentale specializate. Datele în cazul infecției cu HIV, indică mai mult decât o dublare a prevalenței acesteia în rândul CDI și confirmă un trend alarmant al răspândirii HIV, iar utilizarea SNPP dublează riscul de infectare. Totuși se observă o prevalență mai scăzută a HIV în rândul CDI tineri care debutează în consum injectabil, iar acest fapt este posibil, fie printr-o tendință de izolare a infecției în cadrul categoriei CDI cu experiență și istoric mai îndelungat, fie prin numărul mai mare de testări și al intensificării activităților de monitorizare a HIV în rândul acestora, ca urmare a semnalării instalării focarului de infecție HIV în rândul CDI din București. Rezultatele celui de al 3-lea studiu de tip *Anchetă comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey)* în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București, realizat în anul 2012, susțin o parte din aceste concluzii în cazul creșterii prevalenței HIV, semnalând o prevalență aproape dublă: peste 1/2 din subiecții intervievați fiind infectați cu

HIV. Pe de altă parte, a reieșit existența unei asocieri între frecvența crescută a injectării, ca și caracteristică a consumului de SNPP, ca factor de risc, și creșterea prevalenței HIV în rândul CDI.

În ceea ce privește **urgențele medicale ca urmare a consumului de droguri**, deși nu este un indicator epidemiologic cheie, reflectă într-un timp mai real schimbări ale modelului de consum la nivel național. Concluziile prezentate în detaliu în cadrul acestui subcapitol indică faptul că, pe fondul menținerii la nivelul anului anterior a numărului urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, are loc o „segregare” la nivel teritorial a unor „centri teritoriale problematice”, în care cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumului de droguri ilicite este mai concentrată. Dimensiunea cazuisticii de urgență datorată consumului de SNPP (exclusiv sau în combinație) se menține la același nivel, dar, se observă creșteri semnificative ale cazuisticii de urgență datorate consumului exclusiv de canabis, opiacee, droguri generice și solvenți volatili. Se menține tendința de creștere a numărului de cazuri de urgență datorate policonsumului de droguri ilicite, în anul 2012 dublându-se numărul acestora comparativ cu anul anterior. Asocierea consumului de SNPP într-un număr semnificativ de urgențe medicale în care diagnosticul de urgență stipulat a indicat prezența infecției cu HIV sau HVC sau o tentativă autolitică prin mutilare, spânzurare sau precipitare sau chiar decesul în urgență, indică un risc suplimentar în ceea ce privește acest tip de consum.

Patologia psihiatrică asociată consumului de droguri (tulburări de personalitate, depresie, anxietate, tulburări de afect, etc.) reflectă o creștere de aproape 6 ori a numărului de cazuri diagnosticate cu diferite afecțiuni psihice, care nu reflectă în mod implicit doar creșterea înregistrată față de anul anterior a numărului total de cazuri admise la tratament pentru consum de droguri ilicite.

Indicatorul **decese asociate consumului de droguri** indică menținerea tendinței de creștere a numărului total de decese asociate consumului de droguri, semnalată încă din anii anteriori. În schimb, numărul de decese direct asociate consumului de droguri revine la o valoare apropiată celei înregistrate în perioada 2007-2010 (ani de stabilizare a tendinței de consum, a *pattern*-urilor de uz). Diferența de cazuistică se regăsește însă în decesele indirecte¹, care deși înregistrează o ușoară scădere față de anul anterior, rămâne la un nivel ridicat față de perioada menționată anterior, conducând la concluzia că s-au schimbat doar cauzele deceselor, nu și numărul acestora. Calea injectabilă rămâne predominantă pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu predominanța metadonei, în creștere alarmantă. Paradoxală este vârsta medie de deces în cazurile indirecte, mai scăzută față de cea din decesele directe, probabil reflexie a potențialului degenerativ accelerat al noilor substanțe intrate în uz. De asemenea, se constată reapariția, în spectrul deceselor direct asociate consumului de droguri, a unor substanțe observate în anii trecuți (fortral, ketamina), precum și creșterea incidenței medicamentelor în cazuistică - posibilă expresie a unui control tot mai lax al circuitelor medicamentoase.

În capitolul șapte **Răspunsuri privind consecințe în planul sănătății** sunt descrise demersurile inițiate în domeniu. Din punct de vedere al răspunsurilor instituționale la creșterea accentuată a numărului de cazuri de infectare cu HIV declanșată în anul 2011, consecință a proliferării rapide a fenomenului noilor substanțe cu proprietăți psihoactive și a modificării semnificative a *pattern*-urilor de injectare ale CDI, în anul 2012, Agenția Națională Antidrog a acționat în măsura resurselor și competențelor legale pentru compensarea deficitului major de servicii de *harm-reduction* înregistrat după retragerea din România a principalilor finanțatori internaționali pentru acest tip de intervenții. La aceasta se adaugă: reducerea sensibilă a disponibilității serviciilor comunitare de prevenire a bolilor infecțioase în rândul CDI (doar două ONG-uri specializate au mai activat în 2012 în domeniul programelor comunitare de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri). În acest context, gradul de acoperire cu astfel de servicii a scăzut semnificativ față de anii anteriori (cca. 23% în 2012 față de 50% în anii 2009 și 2010), în timp ce s-a reușit menținerea sau chiar o ușoară creștere a numărului de seringi disponibile în cadrul programelor de distribuire/ schimb de echipamente de injectare. Totodată, se remarcă scăderea numărului mediu de

¹ decesele produse ca urmare a tulburărilor de comportament și tulburărilor mentale legate de consum, precum și/sau a contractării unor boli ca urmare a practicilor de utilizare a echipamentelor de injectare în comun, respectiv a complicațiilor somatice produse de consumul de substanțe psihoactive.

seringi/ client/ an furnizate în cadrul programelor de schimb de seringi în ultimii ani, comparativ cu „vârful” înregistrat în anul 2009 sau chiar și cu valoarea din 2008, fapt care a potențat direct creșterea riscului de infectare a CDI.

Capitolul opt **Corelații sociale ale consumului de droguri și măsuri de reintegrare socială** abordează aspecte privind contextul legal și politicile în domeniu și excluderea socială în rândul consumatorilor de droguri. În anul de referință, atât societatea civilă (cu o reprezentare consistentă a societății civile, dar și la nivel de furnizori privați), cât și instituțiile statului au realizat servicii de integrare/ reintegrare socială a consumatorilor de droguri. Numărul redus de proiecte de reintegrare socială a consumatorilor de droguri derulate în anul de referință este generat de proporția scăzută a furnizorilor activi care oferă consumatorilor de droguri servicii de reabilitare socială, corelată cu dezvoltarea insuficientă a serviciilor de la nivelele premergătoare de asistență (respectiv asistența de nivel I și II). În ceea ce privește marginalizarea socială la care sunt expuși consumatorii de droguri, atât rezultatele provenite din monitorizarea de rutină a doi indicatori – Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri și Urgențe medicale datorate consumului de droguri, cât și cele reieșite din primul studiu realizat de Agenția Națională Antidrog pentru evaluarea excluderii sociale în rândul consumatorilor de droguri neincluși în servicii de asistență, indică un risc crescut al excluderii sociale pentru consumatorii de droguri și, în special, pentru cei de opiacee și SNPP. Astfel, profilul social al beneficiarilor admiși la tratament pentru consum de droguri în 2012, coincide cu cel al persoanelor care s-au adresat serviciilor de urgență: persoane neangajate, cu nivel de educație cel mult secundar. În plus, despre beneficiarii serviciilor de tratament ca urmare a consumului de droguri, se mai poate spune că majoritatea au locuințe stabile și peste jumătate dintre ei locuiesc cu părinții sau familia de proveniență. Conform studiului realizat de ANA, consumatorii de droguri din București care nu au fost incluși în servicii de asistență specifice (oferite în sistem public sau privat), sunt în cea mai mare parte fără ocupație sau stau acasă și doar într-o proporție mică (6%) se consideră excluși ca urmare a lipsei pregătirii școlare sau profesionale.

În capitolul nouă – **Infraționalitatea la regimul drogurilor, prevenirea infraționalității la regimul drogurilor și sistemul penitenciar** - sunt abordați indicatorii privind numărul de infracțiuni și persoane cercetate/ condamnate, analizați pe cele trei faze ale procesului penal, și sunt prezentate informații despre consumul de droguri în penitenciar și intervențiile din sistemul judiciar. Valorile înregistrate în anul 2012, pentru principalii indicatori de monitorizare a ofertei de droguri se înscriu în tendințele de evoluție a ultimilor ani: numărul cauzelor soluționate cu trimitere în judecată este în scădere, în timp ce numărul persoanelor trimise în judecată este în creștere față de anul precedent. Acest fapt poate evidenția o mai mare implicare și eficientizare a activităților desfășurate de autoritățile de aplicare a legii în ceea ce privește strângerea și administrarea probelor în cadrul procesului penal, dar poate fi și un indicator relativ privind asocierea mai multor persoane în vederea comiterii de infracțiuni la regimul drogurilor sau a infracțiunilor asociate. Se remarcă o creștere semnificativă a numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor/ produselor stupefiante. În ceea ce privește pedepsele aplicate pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu se remarcă o tendință a instanțelor de judecată de a aplica pedepse mai ușoare comparativ cu anii anteriori.

Referitor la **consumul de droguri în penitenciare**, se constată o ușoară scădere a numărului persoanelor care s-au declarat consumatori de droguri la momentul încarcerării raportat la populația din penitenciare, înregistrată la sfârșitul anului 2012. În privința asistenței acordate consumatorilor de droguri aflați în detenție, se observă menținerea tendinței de scădere a proporției admiterilor pentru heroină (2012-43,1%), concomitent cu scăderea admiterilor pentru consum de amfetamine și halucinogene. De asemenea, se înregistrează creșteri proporționale pentru: SNPP și canabis (fiecare cu câte 10 procente), cocaină, inhalanți volatili și metadonă.

Datele referitoare la oferta de droguri (disponibilitatea drogurilor, rutele de trafic și capturile de droguri, prețul drogurilor pe piață) sunt prezentate în capitolul zece – **Piața drogurilor**. România își păstrează calitatea de important punct de tranzit pe ruta Balcanică de traficare a drogurilor, fiind o rută alternativă/ secundară de introducere a cocainei în Europa, prin portul Constanța, în special a cocainei ce provine din Bolivia. Totodată, țara noastră devine tot mai evident și una de destinație pentru majoritatea tipurilor de droguri: heroină, canabis, cocaină, rezină de canabis și droguri sintetice, aspect confirmat și de capturile semnificative înregistrate la nivelul anilor 2011 și 2012 prin raportare la numărul capturilor, cantitățile

confiscate, tipurile de drog confiscate, precum și la repartiția acestora pe teritoriul României. Astfel, în anul 2012, se constată o creștere semnificativă de aproximativ 60% a cantității totale de droguri confiscate, cu creșteri față de anul precedent a cantităților de heroină (de 3 ori) și a plantelor și culturilor ilicite de canabis (de 3 ori), anul de referință fiind marcat de cea mai mare cantitate confiscată de opiu la nivel național în perioada 2001-2012, precum și de o semnificativă dezvoltare/ extindere a culturilor de canabis atât în spații deschise, cât și închise.

Capitolul 1 – Contextul național și politicile în domeniu

Anul 2012 a fost marcat de evenimente politice și sociale care au generat dezbateri în diverse planuri, altele decât cele din domeniul de competență al Agenției Naționale Antidrog.

În acest context, problematica consumului și a traficului de droguri nu a mai suscitată ca în anii anteriori interesul clasei politice, acest fapt resimțindu-se în numărul scăzut de interpelări și întrebări parlamentare înregistrate pe această tematică.

Pe de altă parte, anul 2012, fiind consecutiv celui reînființării² Agenției Naționale Antidrog, ca instituție cu personalitate juridică, responsabilizată să asigure coordonarea elaborării și implementării politicilor de răspuns la fenomenul drogurilor, a fost caracterizat de continuarea reconstrucției instituționale, dar și de consolidarea rolului acesteia de coordonator național al luptei antidrog, menținându-se schimbarea de perspectivă asupra fenomenului drogurilor cu o abordare echilibrată și multisectorială, atât în planul reducerii cererii, cât și în cel al reducerii ofertei.

Totodată, pe fondul unei stabilizări a fenomenului generat de apariția și consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, s-au continuat demersurile pentru dezvoltarea unei legislații care să permită un control cât mai eficient al acestuia, prin elaborarea de inițiative legislative ce au vizat modificări și completări ale legislației actuale în domeniul drogurilor sau noi reglementări.

1.1 CADRUL LEGISLATIV

1.1.1 LEGI, REGULAMENTE, INSTRUCȚIUNI ȘI PRINCIPII DIRECTOARE ÎN DOMENIUL DROGURILOR

În anul 2012, Agenția Națională Antidrog prin exercitarea atribuțiilor ce i-au fost conferite, și-a asumat rolul de coordonator și integrator al măsurilor legislative și a furnizat expertiză de specialitate pentru emiterea următoarelor acte normative:

- **Ordinul nr 103 din 26 aprilie 2012 privind aprobarea Procedurii de autorizare a operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, și a cuantumului tarifelor de autorizare și evaluare, emis de ministrul sănătății, ministrul administrației și internelor și președintele Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor.**
- **Ordinul ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății nr. 97 din 17.04.2012 și, respectiv, 252 din 16.03.2012 pentru nominalizarea persoanelor care fac parte din comisia de evaluare prevăzută la art. 7 alin. (1) din Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare.**
- **Legea nr. 187/2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal³, act normativ ce are ca principal obiect de reglementare punerea de acord a legislației penale existente cu prevederile acestuia, precum și stabilirea regulilor pentru soluționarea conflictului de legi rezultând din intrarea în vigoare a noului Cod penal. Pentru elaborarea acestei legi au fost analizate toate dispozițiile penale cuprinse în legile speciale urmărindu-se, în principal, aspecte privind:**
 - abrogarea unor texte de incriminare din legislația specială, ca urmare a cuprinderii acestora în Partea specială a noului Cod penal, ori pentru înlăturarea suprapunerii inutile a unor texte care protejează aceleași valori sociale;

² Hotărârea Guvernului nr. 461 din 11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.331 din 12.05.2011)

³ publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 757, din 12 noiembrie 2012

- adaptarea pedepselor pentru infracțiunile care rămân în legislația specială potrivit logicii sancționatorii a noului Cod penal;
- actualizarea trimiterilor la normele din Partea specială a Codului penal făcute de textele din legislația specială;
- dezincriminarea unor fapte prevăzute în legislația specială și contravenționalizarea acestora acolo unde este cazul.

Se preconizează ca Legea 187/2012 să intre în vigoare la data de 1 februarie 2014, odată cu Legea nr. 286/2009 privind Codul penal.

Dintre actele normative modificate de noul act normativ, circumscrise domeniului de competență a Agenției Naționale Antidrog, menționăm:

- I. Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 362 din 3 august 2000, cu modificările și completările ulterioare (art. 81 din Legea nr. 182/2012);
- II. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.039 din 28 decembrie 2006, aprobată cu modificări prin Legea nr. 186/2007 (art. 194 din Legea nr. 182/2012);
- III. Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 796 din 10 noiembrie 2011 (art. 232 din Legea nr. 182/2012).
- IV. Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/C/125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor⁴, în care sunt conținute și prevederi privind asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri.

Tabel nr. 1-1: Modificările aduse unor acte normative din domeniul specific de activitate de Legea Nr. 187 din 24.10.2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal

Actul normativ care a fost modificat/ Textul inițial	Actul normativ modificat/ Textul nou
LEGE Nr. 143 din 26 iulie 2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare	Legea Nr. 187 din 24.10.2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal
Art. 2 (1) Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpărarea, deținerea ori alte operațiuni privind circulația drogurilor de risc, fără drept, se pedepsesc cu închisoare de la 3 la 15 ani și interzicerea unor drepturi. (2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) au ca obiect droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 10 la 20 de ani și interzicerea unor drepturi.	Art. 2 (1) Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpărarea, deținerea ori alte operațiuni privind circulația drogurilor de risc, fără drept, se pedepsesc cu închisoare de la 2 la 7 ani și interzicerea unor drepturi. (2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) au ca obiect droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 5 la 12 ani și interzicerea unor drepturi.
Art. 3 (1) Introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept, se pedepsesc cu închisoare de la 10 la 20 de ani și interzicerea unor drepturi. (2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) privesc droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 15 la 25 de ani și interzicerea unor drepturi.	Art. 3 (1) Introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept, se pedepsesc cu închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi. (2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) privesc droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 7 la 15 ani și interzicerea unor drepturi.

⁴Ordinul comun al ministrului justiției și al ministrului sănătății nr. 429/C-125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor, publicat în Monitorul Oficial nr. 124 din 21 februarie 2012

Art. 4

(1) Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpărarea sau deținerea de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau amendă.

(2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) privesc droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 2 la 5 ani.

Art. 5

Punerea la dispoziție, cu știință, cu orice titlu, a unui local, a unei locuințe sau a oricărui alt loc amenajat, în care are acces publicul, pentru consumul ilicit de droguri ori tolerarea consumului ilicit în asemenea locuri se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi.

Art. 6

(1) Prescrierea drogurilor de mare risc, cu intenție, de către medic, fără ca aceasta să fie necesară din punct de vedere medical, se pedepsește cu închisoare de la 1 an la 5 ani.

(2) Cu aceeași pedeapsă se sancționează și eliberarea sau obținerea, cu intenție, de droguri de mare risc, pe baza unei rețete medicale prescrise în condițiile prevăzute la alin. (1) sau a unei rețete medicale falsificate.

Art. 8

Furnizarea, în vederea consumului, de inhalanți chimici toxici unui minor se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

Art. 10

Organizarea, conducerea sau finanțarea faptelor prevăzute la art. 2 - 9 se pedepsește cu pedepsele prevăzute de lege pentru aceste fapte, limitele maxime ale acestora sporindu-se cu 3 ani.

Art. 11

(1) Îndemnul la consumul ilicit de droguri, prin orice mijloace, dacă este urmat de executare, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 5 ani.

(2) Dacă îndemnul nu este urmat de executare, pedeapsa este de la 6 luni la 2 ani sau amendă.

Art. 13

(1) Tentativa la infracțiunile prevăzute la art. 2 - 7, la art. 9 și 10 se pedepsește.

(2) Se consideră tentativă și producerea sau procurarea mijloacelor ori instrumentelor, precum și luarea de măsuri în vederea comiterii infracțiunilor prevăzute la alin. (1).

Art. 4

(1) Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpărarea sau deținerea de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.

(2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) privesc droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 6 luni la 3 ani.

Art. 5

Punerea la dispoziție, cu știință, cu orice titlu, a unei locuințe sau a unui local ori a oricărui alt loc amenajat, în care are acces publicul, pentru consumul ilicit de droguri ori tolerarea consumului ilicit în asemenea locuri se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani și interzicerea unor drepturi.

Art. 6

(1) Prescrierea drogurilor de mare risc, cu intenție, de către medic, fără ca aceasta să fie necesară din punct de vedere medical, se pedepsește cu închisoare de la un an la 5 ani și interzicerea unor drepturi.

(2) Cu pedeapsa prevăzută la alin. (1) se sancționează și eliberarea cu intenție de droguri de mare risc, pe baza unei rețete medicale prescrise în condițiile prevăzute la alin. (1) sau a unei rețete medicale falsificate.

(3) Obținerea de droguri de mare risc prin folosirea unei rețete medicale prescrise în condițiile prevăzute la alin. (1) sau a unei rețete medicale falsificate se pedepsește cu închisoare de la un an la 3 ani.

Art. 8

Furnizarea, în vederea consumului, de inhalanți chimici toxici unui minor se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani.

Art. 10

Finanțarea săvârșirii faptelor prevăzute la art. 2-5 se sancționează cu pedepsele prevăzute de lege pentru aceste fapte, limitele speciale ale acestora majorându-se cu o treime.

Art. 11

Îndemnul la consumul ilicit de droguri de mare risc, prin orice mijloace, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

Art. 13

(1) Tentativa la infracțiunile prevăzute la art. 2, art. 3, art. 4 alin. (2), art. 6 alin. (2)-(3), art. 7 și art. 10 se pedepsește.

Art. 15

Nu se pedepsește persoana care, mai înainte de a fi începută urmărirea penală, denunță autorităților competente participarea sa la o asociație sau înțelegere în vederea comiterii uneia dintre infracțiunile prevăzute la art. 2 - 10, permițând astfel identificarea și tragerea la răspundere penală a celorlalți participanți.

Art. 19¹

(1) În cazul săvârșirii infracțiunilor prevăzute la art. 4, procurorul dispune, în termen de 24 de ore de la începerea urmăririi penale, evaluarea consumatorului de către centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

(2) După primirea raportului de evaluare, întocmit de centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în baza expertizei medico-legale în termen de 5 zile, procurorul dispune, cu acordul învinuitului sau inculpatului, includerea acestuia în programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

(3) Dacă împotriva învinuitului sau inculpatului s-a luat măsura arestării preventive, aceasta poate fi revocată sau înlocuită cu altă măsură preventivă.

(4) În toate cazurile, urmărirea penală este continuată potrivit dispozițiilor Codului de procedură penală.

*) Conform art. 2 din Legea nr. 522/2004, prevederile art. 19¹ intră în vigoare la data intrării în vigoare a noului Cod penal.

Art. 19²

(1) Dacă, până în momentul pronunțării hotărârii, inculpatul respectă protocolul programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța de judecată poate să nu aplice nici o pedeapsă acestuia sau să amâne aplicarea pedepsei.

(2) În cazul în care amână aplicarea pedepsei, instanța stabilește în cuprinsul hotărârii data la care urmează să se pronunțe asupra pedepsei, interval de timp care nu poate fi mai mare de 2 ani, corelat cu durata programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

(3) Intervalul de timp dintre momentul pronunțării hotărârii și data stabilită de instanță, potrivit alin. (2), constituie perioadă de probă pentru inculpat.

(4) Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică dispozițiile Codului penal și ale Codului de procedură penală.

(5) Dacă în perioada de probă inculpatul a respectat programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța poate să nu aplice nici o pedeapsă.

(6) Dacă inculpatul nu respectă programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța poate să amâne încă o dată aplicarea pedepsei, pentru același termen, și reincluderea în circuitul integrat de asistență a persoanelor

Art. 15

Nu se pedepsește persoana care a comis una dintre infracțiunile prevăzute la art. 2-8 și art. 10 și care, mai înainte de a fi începută urmărirea penală, denunță autorităților participarea sa la comiterea infracțiunii, contribuind astfel la identificarea și tragerea la răspundere penală a autorului sau a celorlalți participanți.

Art. 19¹

(1) În cazul săvârșirii infracțiunilor prevăzute la art. 4, procurorul dispune, în termen de 24 de ore de la începerea urmăririi penale, evaluarea consumatorului de către centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

(2) În funcție de concluziile raportului de evaluare întocmit de centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în termen de 5 zile de la primirea acestuia, procurorul dispune, cu acordul consumatorului, includerea acestuia în programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

Art. 19²

(1) Dacă, până în momentul pronunțării hotărârii, inculpatul menționat la art. 19¹ respectă protocolul programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța de judecată poate dispune renunțarea la aplicarea pedepsei sau amânarea aplicării pedepsei, chiar dacă nu sunt îndeplinite condițiile prevăzute la art. 80, respectiv art. 83 din Codul penal.

(2) Nerespectarea, pe durata termenului de supraveghere, a programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri atrage în mod corespunzător aplicarea dispozițiilor art. 88 alin. (1) din Codul penal.

<p>consumatoare de droguri sau să aplice pedeapsa prevăzută de lege. *) Conform art. 2 din Legea nr. 522/2004, prevederile art. 19² intră în vigoare la data intrării în vigoare a noului Cod penal.</p>	
<p>Art. 2 Prezenta lege intră în vigoare în termen de 3 luni de la publicare, cu excepția art. 19¹ și 19² din Legea nr. 143/2000, care intră în vigoare la data intrării în vigoare a noului Cod penal.</p>	<p>Art. 158 La articolul II din Legea nr. 522/2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.155 din 7 decembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare, teza finală se elimină.</p>
<p>Actul normativ care a fost modificat/ Textul inițial</p>	<p>Actul normativ modificat/ Textul nou</p>
<p>Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.039 din 28 decembrie 2006, aprobată cu modificări prin Legea nr. 186/2007 (art. 194 din Legea nr. 182/2012)</p>	<p>Legea Nr. 187 din 24.10.2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal ACT EMIS DE: Parlamentul României ACT PUBLICAT ÎN MONITORUL OFICIAL NR. 757 din 12 noiembrie 2012</p>
<p>Art. 22 (1) Punerea pe piață, importul, exportul, producerea, fabricarea, oferirea, furnizarea, vânzarea, transportul, livrarea cu orice titlu, trimiterea, plasarea pe piață, procurarea, cumpărarea, sinteza, extracția, experimentarea, activitățile intermediare, astfel cum sunt acestea definite în art. 2 lit. e) din Regulamentul 111/2005, cumpărarea sau deținerea de substanțe clasificate, echipamente ori materiale, fără drept, constituie infracțiune și se pedepsesc cu închisoare de la 1 an la 5 ani. (2) Constituie infracțiune și comercializarea de substanțe clasificate către operatori economici ori persoane fizice neautorizate sau neînregistrate, în conformitate cu art. 6-8 din Regulamentul 111/2005, pentru activitatea cu astfel de substanțe și se sancționează cu pedeapsa prevăzută la alin. (1). (3) Săvârșirea faptelor prevăzute la alin. (1) și (2) în scopul utilizării lor la cultivarea, producerea sau fabricarea ilicită a drogurilor se pedepsește cu închisoare de la 3 ani la 10 ani și interzicerea unor drepturi.</p>	<p>Art. 22 (1) Punerea pe piață a substanțelor clasificate, importul, exportul și activitățile intermediare acestora, precum și deținerea de substanțe clasificate fără autorizația prevăzută la art. 5 alin. (1), respectiv fără înregistrarea prevăzută la art. 7 alin. (1) și (4) constituie infracțiuni și se pedepsesc cu închisoare de la 6 luni la 5 ani sau cu amendă. (2) Comercializarea de substanțe clasificate către operatori economici ori persoane fizice neautorizate potrivit art. 5 alin. (1) sau, după caz, neînregistrate potrivit art. 7 alin. (1) și (4) pentru activitatea cu astfel de substanțe constituie infracțiune și se sancționează cu pedeapsa închisorii de la 3 luni la 3 ani sau cu amendă.</p>
<p>Art. 23 Trecerea peste frontieră a substanțelor clasificate, fără documentele prevăzute de prezenta ordonanță de urgență, constituie infracțiunea de contrabandă calificată, prevăzută și pedepsită de art. 271 din Legea nr. 86/2006 privind Codul vamal al României.</p>	<p>Se abrogă</p>
<p>Art. 24 (1) În cazul infracțiunilor prevăzute la art. 22 și 23 se dispune confiscarea substanțelor clasificate în condițiile legii. (2) În cazul în care substanțele clasificate care au făcut obiectul infracțiunilor prevăzute la art. 22 nu se găsesc, infractorul este obligat la plata echivalentului lor în bani.</p>	<p>Se abrogă</p>

Art. 25

Urmărirea penală în cazul infracțiunilor prevăzute la art. 22 și 23 se realizează de către procurori din cadrul Direcției de investigare a infracțiunilor de criminalitate organizată și terorism din cadrul Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție.

Actul normativ care a fost modificat/ Textul inițial

Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 796 din 10 noiembrie 2011 (art. 232 din Legea nr. 182/2012)

Art. 16

(1) Fapta persoanei care, fără a deține autorizație eliberată în condițiile prezentei legi, efectuează operațiuni cu produse știind că acestea sunt susceptibile de a avea efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 2 la 8 ani și interzicerea unor drepturi, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

(2) Fapta persoanei care, fără a deține autorizație eliberată în condițiile prezentei legi, efectuează operațiuni cu produse despre care trebuia sau putea să prevadă că sunt susceptibile de a avea efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la unu la 3 ani.

Art. 17

Fapta persoanei care, cu intenție, efectuează operațiuni cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, pretinzând sau disimulând că acestea sunt produse autorizate potrivit legii sau a căror comercializare este permisă de lege, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

Art. 18

(1) Dacă faptele prevăzute la art. 16 și 17 au avut ca urmare vătămarea uneia sau mai multor persoane care necesită pentru vindecare îngrijiri medicale de cel mult 60 de zile, pedeapsa este închisoarea de la 6 la 12 ani și interzicerea unor drepturi, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

(2) Dacă faptele prevăzute la art. 16 și 17 au avut ca urmare vătămarea uneia sau mai multor persoane care necesită pentru vindecare mai mult de 60 de zile de îngrijiri medicale ori vreuna dintre consecințele prevăzute la art. 182 alin. (2) din Codul penal, pedeapsa este închisoarea de la 7 la 15 ani și interzicerea unor drepturi, iar dacă a avut ca urmare decesul unei persoane, pedeapsa este închisoarea de la 10 la 20 de ani și interzicerea unor drepturi, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

Art. 25

Urmărirea penală în cazul infracțiunilor prevăzute la art. 22 se realizează de către procurori din cadrul Direcției de investigare a infracțiunilor de criminalitate organizată și terorism din cadrul Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție.

Actul normativ modificat/ Textul nou

Legea Nr. 187 din 24.10.2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal ACT EMIS DE: Parlamentul României ACT PUBLICAT ÎN MONITORUL OFICIAL NR. 757 din 12 noiembrie 2012

Art. 16

(1) Fapta persoanei care, fără a deține autorizație eliberată în condițiile prezentei legi, efectuează, fără drept, operațiuni cu produse știind că acestea sunt susceptibile de a avea efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani sau cu amendă, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

(2) Fapta persoanei care, fără a deține autorizație eliberată în condițiile prezentei legi, efectuează, fără drept, operațiuni cu produse despre care trebuia sau putea să prevadă că sunt susceptibile de a avea efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.

Art. 17

Fapta persoanei care, cu intenție, efectuează fără drept operațiuni cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, pretinzând sau disimulând că acestea sunt produse autorizate potrivit legii sau a căror comercializare este permisă de lege, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la un an la 5 ani și interzicerea unor drepturi, dacă fapta nu constituie o infracțiune mai gravă.

Se abrogă

Art. 19

Constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani sau cu amendă împiedicarea, sub orice formă, a personalului cu atribuții de control din cadrul autorităților competente de a intra, în condițiile prevăzute de lege, în timpul programului normal de lucru, în sedii și incinte cu scopul efectuării controlului.

Art. 19

Împiedicarea, fără drept, sub orice formă, a personalului cu atribuții de control din cadrul autorităților competente de a intra, în condițiile prevăzute de lege, în timpul programului normal de lucru, în sedii și incinte cu scopul efectuării controlului constituie contravenție și se sancționează cu amendă de la 2.000 lei la 5.000 lei.

Art. 20

Publicitatea făcută oricăror produse pretinzând în mod credibil că prin consum acestea produc efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la unu la 3 ani și interzicerea unor drepturi.

Art. 20

Publicitatea făcută oricăror produse pretinzând în mod credibil că prin consum acestea produc efecte psihoactive constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la o lună la un an sau cu amendă.

Sursa: ANA

Pe de altă parte, activitatea circumscrisă dezvoltării cadrului legislativ în domeniul de referință, s-a concretizat în fundamentarea unor poziții față de propuneri legislative aferente domeniului drogurilor sau altor domenii conexe.

Astfel, în cursul anului 2012, au fost formulate propuneri și observații cu privire la: 11 proiecte de lege, 11 proiecte de Hotărâri ale Guvernului, 7 proiecte de Ordonanțe/ Ordonanțe de Urgență ale Guvernului, 26 proiecte de Ordin al ministrului afacerilor interne, 16 documente de altă natură juridică (proiecte de strategii, modificări de acte administrative cu caracter normativ ale altor ministere, standarde), 4 proiecte de Regulament ale U.E. privind Norme U.E. în cadrul spațiului de libertate, securitate și justiție.

Dintre acestea, cele mai reprezentative au fost:

- punct de vedere la proiectul de H.G. privind aprobarea Strategiei naționale multisectoriale pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/ SIDA;
- propuneri și observații privind propunerea legislativă de modificare a Legii 194/ 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare;
- propuneri și observații privind proiectul legii de modificare a Legii 35/ 1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului;
- formularea de propuneri și observații privind proiectul Regulamentului de Organizare și Funcționare a Comitetului Interministerial în domeniul apărare și siguranța cetățeanului;
- formularea de propuneri și observații privind proiectul Regulamentului de Organizare și Funcționare a Comitetului Interministerial pentru combaterea corupției, a criminalității organizate transnaționale;
- propuneri și observații cu privire la proiectul O.G. de modificare a O.G. nr. 2/ 2001 privind regimul juridic al contravențiilor, cu modificările și completările ulterioare;
- propuneri și observații cu privire la proiectul Strategiei naționale de integrare socială a persoanelor private de libertate și oportunitatea modificării Legii nr. 290/ 2004 privind cazierul judiciar;
- propuneri și observații privind proiectul de Lege privind economia socială.

În ceea ce privește problematica documentelor programatice în domeniul precursorilor, anul 2012 se caracterizează printr-o intensă activitate de analiză la nivel european. În acest context, Agenția Națională Antidrog a exprimat poziții față de aspectele supuse revizuirii, spre exemplu propunerea C.O.M. 521/ 2012 privind modificarea Regulamentului 111/ 2005 privind regulile de monitorizare a comerțului între Comunitate și State Terțe.

Tabel nr. 1-2: Inițiative legislative ale parlamentarilor, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2012

1.	PL-x 45/10.04.2012	<p>Proiect de Lege privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr.105/2011 pentru modificarea art.1 din Legea nr.143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, precum și a art.8 din Legea nr.339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope</p> <p>Se creează posibilitatea legală de modificare și completare a listelor cuprinzând plantele, substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope ce fac obiectul Legii nr. 143/2000 și a Legii nr. 339/2005, prin act normativ primar la nivel de lege organică.</p>	Lege 23/2013 04.03.2013
2.	PL-x 174/29.05.2012	<p>Proiect de Lege pentru completarea Legii nr.143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri</p> <p>Propunerea legislativă are ca obiect de reglementare completarea Tabelului nr. IV din anexa la Legea nr. 143/2000 cu o nouă poziție, cuprinzând substanțele „aurolac, bronz aluminiu, bronz argintiu sau bronz”.</p>	respins definitiv 12.03.2013
3.	PL-x 227/29.05.2012	<p>Propunere legislativă pentru completarea art.3 alin.(5) din Legea nr.349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun</p> <p>Propunerea legislativă are ca obiect de reglementare modificarea art. 3 alin. (5) din Legea nr. 349/2002, în sensul exceptării de la interdicția de a vinde țigarete la bucată a magazinelor de profil și a unităților de alimentație publică.</p>	respinsă definitiv 12.03.2013
4.	PL-x 244/12.06.2012	<p>Proiect de Lege pentru modificarea și completarea Legii nr.339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope</p> <p>Prezentul proiect de lege are ca obiect de reglementare modificarea și completarea Legii nr. 339/2005, în scopul stabilirii competențelor Ministerului Sănătății, Ministerului Agriculturii și Dezvoltării Rurale, precum și ale Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor în aplicarea acestei legi.</p>	Lege 179/2012 18.10.2012
5.	PL-x 268/25.06.2012	<p>Propunere legislativă privind modificarea Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare</p> <p>Propunerea legislativă are ca obiect de reglementare modificarea și completarea Legii nr. 194/2011 în scopul reducerii numărului consumatorilor de substanțe cu efecte psihoactive. Totodată, se preconizează introducerea în actul normativ de bază a unei noi infracțiuni vizând sancționarea vânzării acestor substanțe către minori.</p>	respinsă definitiv 05.03.2013
6.	PL-x 320/10.09.2012	<p>Proiect de Lege privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale</p> <p>Prezentul proiect de lege reglementează procesul de evaluare, certificare, monitorizare și control pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, ca urmare a intrării în vigoare a Legii asistenței sociale nr. 292/2011. Prevederile legii urmează să se aplice tuturor serviciilor sociale, precum și furnizorilor de servicii sociale, publici și privați, care funcționează pe teritoriul României.</p>	Lege 197/2012 01.11.2012

Sursa: ANA

În cursul anului 2012, au fost formulate patru interpelări ale parlamentarilor români care au avut ca obiect problematica drogurilor, după cum urmează:

- emiterea normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare;

- corelarea dispozițiilor Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de alte acte normative în vigoare, cu cele ale Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu completările și modificările ulterioare;
- elaborarea unui pachet de măsuri pentru anul în curs privind prevenirea producției ilicite de droguri sau alte substanțe asociate.

De asemenea, au fost elaborate 6 inițiative legislative⁵, care au avut ca obiect inițierea unor măsuri împotriva comercializării și consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive. Dacă majoritatea inițiativelor legislative vizau propuneri de modificare a Legii nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare și a Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor cu conținut stupefiant și psihotrop totuși, au existat și câteva încercări de reglementare distinctă a condițiilor de punere pe piață a plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante, halucinogene, psihotrope și derivaților acestora.

1.1.2 IMPLEMENTAREA LEGILOR

Pe tot parcursul anului 2012, a continuat implementarea **Programului de măsuri pentru combaterea comercializării și consumului substanțelor sau produselor noi, cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății nr.5/1194 din 18.02.2011** - structurat pe trei mari domenii de intervenție, respectiv: măsuri organizatorice și legislative, măsuri operative și măsuri de prevenire.

Fără a însemna în mod explicit implementarea unor reglementări juridice în domeniul drogurilor, verificările realizate de comisiile mixte de control⁶ au avut ca scop stoparea comercializării de substanțe noi cu proprietăți psihoactive prin aplicarea dispozițiilor legale existente în diferite domenii, cum ar fi: legislația societăților comerciale; legislația referitoare la documentele de proveniență a mărfurilor; legislația referitoare la respectarea condițiilor de depozitare, păstrare și expunere la comercializare prevăzute de producător; legislație referitoare la etichetarea produselor supuse comercializării; legislația în domeniul financiar-contabil și al respectării normelor fiscale în vigoare; legislația referitoare la condițiile igienico-sanitare de funcționare a unităților și a stării de sănătate a personalului, etc. Efectul imediat al acestor controale a constat în reducerea semnificativă a numărului de magazine unde se comercializau substanțe noi cu proprietăți psihoactive astfel că, la sfârșitul lunii decembrie 2012, pe teritoriul național mai funcționa doar un magazin specializat (așa numitele „magazine de vise” cunoscute sub denumirile de „Spice Shop”, „Smart Shop” sau „Weed Shop”), față de 158 de astfel de unități identificate la momentul adoptării sale (respectiv martie 2011).

În cadrul măsurilor organizatorice și legislative au fost avute în vedere atât analiza cadrului legislativ existent, precum și a legislației statelor membre, pentru identificarea mijloacelor de intervenție și a posibilităților legale de interzicere a publicității, promovării și comercializării prin orice mijloace, inclusiv prin intermediul INTERNET-ului a noilor substanțe, cât și aplicarea dispozițiilor legale identificate, prin intermediul echipelor mixte de control.

⁵ Senatul României – Buletinul legislativ, sesiunea septembrie – decembrie 2011

⁶ Ordinul comun al ministrului sănătății nr. 121 din 16.02.2011, ministrului agriculturii și dezvoltării rurale nr. 43 din 16.02.2011, ministrului administrației și internelor nr. 43 din 17.02.2011, ministrului finanțelor publice nr. 1.647 din 16 februarie 2011, președintelui Autorității Naționale Sanitar Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor nr. 8 din 16 februarie și președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor nr. 1/239 din 16 februarie 2011 pentru constituirea echipelor mixte ce vor efectua controale, conform competențelor, în locurile și/ sau mediile în care se produc, se comercializează, se utilizează sau se consumă substanțe și/ sau produse noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății, altele decât cele reglementate (emitent: Ministerul Sănătății, Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Finanțelor Publice, Autoritatea Națională Sanitar Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor și Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.123 din 17 februarie 2011)

Măsurile operative au vizat identificarea tuturor locurilor în care se comercializează și se consumă substanțe noi cu proprietăți psihoactive, organizarea și desfășurarea activităților de control la nivel național, identificarea posibilităților reale de operaționalizare a unor laboratoare necesare analizei fizico-chimice și, nu în ultimul rând, mediatizarea corectă a activităților desfășurate și a rezultatelor obținute.

O atenție distinctă a fost acordată măsurilor preventive ce au vizat dezvoltarea activităților specifice în scopul descurajării consumului unor astfel de substanțe, având ca public țintă elevii și tinerii în general.

Cele mai semnificative rezultate înregistrate în anul 2012, ca urmare a implementării măsurilor menționate mai sus, au fost:

Nivel legislativ:

Pentru punerea în aplicare a prevederilor Legii nr. 194/2011 a fost aprobat și publicat, în Monitorul Oficial Partea I nr. 330 din 16 mai 2012, Ordinul nr. 103 din 26 aprilie 2012 privind aprobarea Procedurii de autorizare a operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, și a cuantumului tarifelor de autorizare și evaluare.

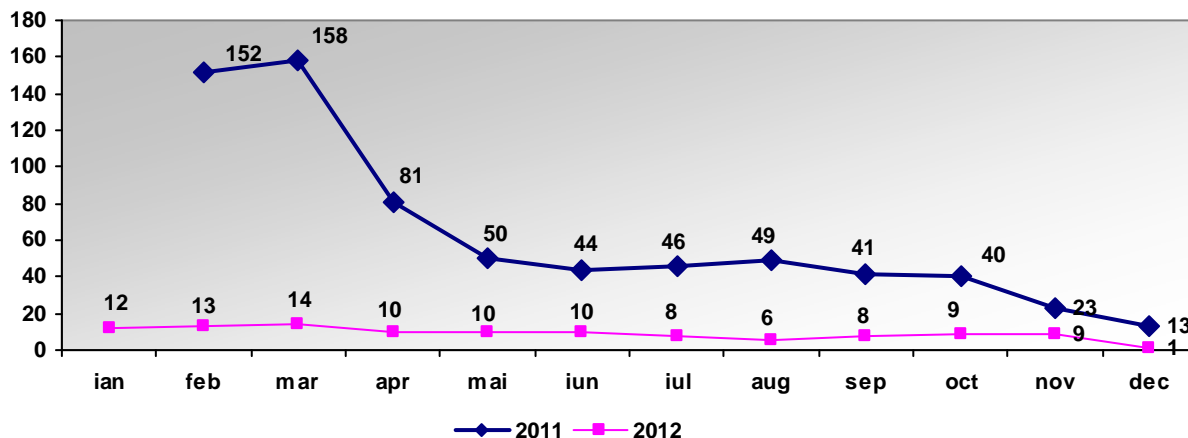
Nivel operativ:

Organizarea și desfășurarea activităților de control realizate ca urmare a punerii în aplicare a Ordinului comun pentru constituirea echipelor mixte ce vor efectua controale, conform competențelor legale, în locurile și/ sau mediile în care se produc, se comercializează, se utilizează sau se consumă substanțe și/ sau produse noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății, altele decât cele reglementate juridic.

În perioada ianuarie-decembrie 2012:

- Au fost desfășurate 670 activități de control.
- Au fost aplicate 414 sancțiuni contravenționale și amenzi în valoare de 540243 lei.
- Au fost confiscate 38370 plicuri conținând SNPP.
- A fost suspendată temporar activitatea pentru 21 de magazine.
- Au fost închise definitiv 26 de magazine.
- Au fost întocmite 159 dosare penale.
- Au fost cercetate 228 de persoane.
- Au fost reținute 48 de persoane.

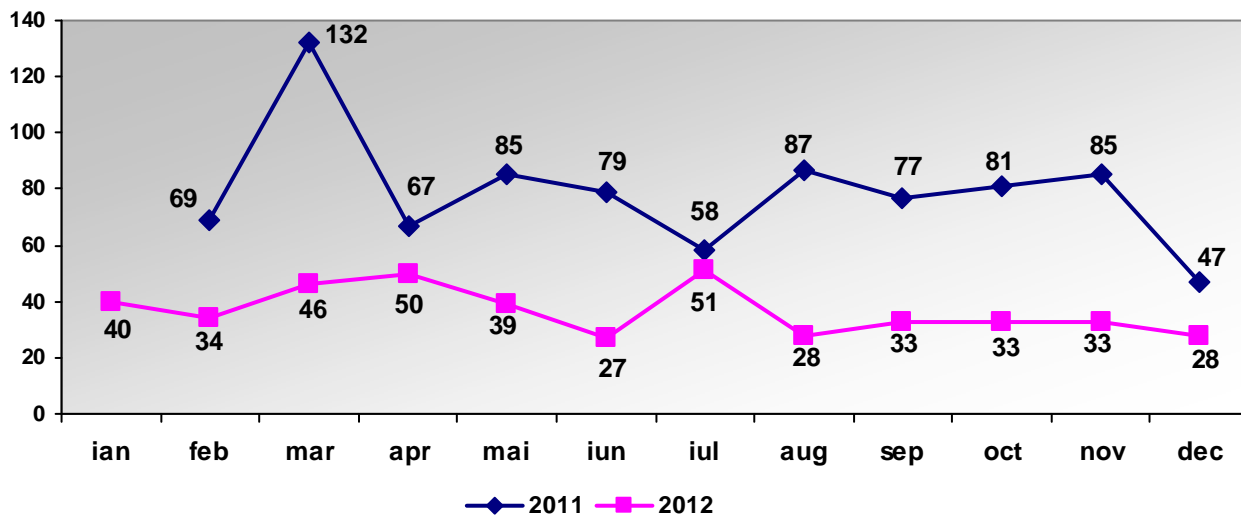
Grafic nr. 1-1: Dimanica numărului de magazine de profil identificate, date comparate 2011-2012



Notă: Aplicarea Ordinului comun nr. 121/37/1647/43/8/1/293 din 17.02.2011 s-a făcut începând cu februarie 2011
Sursa: ANA

În ceea ce privește numărul de magazine identificate, odată cu adoptarea Legii nr. 194/2011 în luna noiembrie, are loc o scădere semnificativă a numărului acestora, după care, începând din decembrie 2011 și până la finele lunii iunie 2012 se înregistrează o stabilizare a numărului de magazine specializate, care variază nesemnificativ de la o lună la alta, menținându-se cu valorile cuprinse între 10 și 13 magazine. Începând cu iunie și până în luna august, se reia tendința de dispariție a acestui tip de magazine, atingându-se în luna august un minim de 6 magazine identificate la nivel național. Apoi, din cauza apariției unor magazine noi în București, în perioada septembrie-octombrie are loc o ușoară creștere a numărului de magazine specializate. În decembrie, prin închiderea celor 8 magazine specializate identificate la nivelul capitalei, la nivelul național, rămâne un singur magazin activ, identificat pe teritoriul județului Vâlcea.

Grafic nr. 1-2: Dinamica numărului de magazine de profil controlate, date comparate 2011-2012



Sursa: ANA

În ceea ce privește numărul de magazine controlate, începând cu luna decembrie 2011, după promulgarea Legii nr.194/ 2011, numărul de controale scade constant, urmând evoluția indicatorului privind numărul de magazine funcționale identificate, înregistrând două vârfuri în lunile aprilie și iunie 2012, când s-au desfășurat activități mai ample de verificare în zona județului Călărași. Măsurile de monitorizare în scop preventiv se mențin pe tot parcursul anului 2012 și continuă și în 2013.

Implementarea Programelor naționale de sănătate pe anul 2012⁷, a fost realizată în baza Normelor tehnice adoptate în 2010⁸, menținându-se aceeași diminuare a indicatorilor fizici, sesizată anterior. Astfel, indicatorul fizic referitor la numărul persoanelor aflate în tratament substitutiv cu metadonă a scăzut de la 5000 în anul 2010, la 4300 în anii 2011-2012, numărul pacienților tratați în postcură s-a diminuat de la 6000, la 5400, iar numărul persoanelor testate pentru depistarea drogurilor în urină, a scăzut de la 4000, la 3400. În ceea ce privește indicatorii de eficiență, respectiv costurile medii/ pacient, precum și unitățile medicale care derulează Subprogramul de prevenire și tratament al toxicodependențelor, normele tehnice aplicabile nu au adus nici o modificare față de valorile prevăzute pentru anul 2010. În concluzie, și în anul 2012, prin diminuarea numărului de indicatori fizici în condițiile menținerii aceluiași nivel al indicatorilor de eficiență, se menține reducerea fondurilor alocate pentru finanțarea Subprogramului de prevenire și tratament al toxicodependențelor.

⁷ Hotărârea Guvernului nr.1388 din 28.12.2010 pentru aprobarea Programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.893 din 30.12.2010)

⁸ Ordin comun al ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1591/ 1110 din 30 decembrie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012 (emitent: Ministrul Sănătății și Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 53 din 21.01.2011)

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

În perioada de referință, la nivel național, nu au intervenit alte modificări semnificative în ceea ce privește politicile publice în domeniul drogurilor, astfel că documentele strategice adoptate⁹ în anii anteriori, având ca termen de finalizare anii 2012-2013, au asigurat în anul 2012 existența la nivel național a liniilor directe de gestionare echilibrată, deopotrivă a traficului și a consumului ilicit de droguri.

1.2.1 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE NAȚIONALE

În anul 2012, principalul document strategic al politicii naționale în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri a fost Strategia Națională Antidrog¹⁰, constituirea unui sistem integrat de instituții și servicii publice, ce va asigura reducerea incidenței și prevalenței consumului de droguri în rândul populației generale, asistența medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri și eficientizarea activităților de prevenire și combatere a producției și traficului ilicit de droguri, rămânând principala opțiune strategică.

În același timp, Planul de acțiune pentru perioada 2010-2012¹¹, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005-2012, a reprezentat, pe parcursul anului 2012, principalul instrument de planificare strategică, activitățile prevăzute, termenele de evaluare și realizare stabilite, precum și instituțiile responsabile, fiind de natură să asigure, atât continuarea demersurilor începute încă din anul 2005, cât și realizarea opțiunilor strategice stabilite.

Pornind de la experiența acumulată de-a lungul timpului și previzionând tendințele fenomenului drogurilor, Agenția Națională Antidrog, a urmărit continuarea procesului de funcționare în România a unui sistem coerent, integrat și profesionist de elaborare a politicilor în domeniu.

În acest sens, adaptând permanent răspunsul național în planul politicilor la noile tendințe ale consumului și traficului de droguri la nivel național, la condițiile socio-economice actuale, la realitățile concrete, nevoile și posibilitățile de reacție existente și beneficiind în acest demers și de sprijinul factorilor decidenți și al actorilor sociali de la nivel național și local, Agenția Națională Antidrog a elaborat în anul 2012 noua Strategie Națională Antidrog pentru perioada 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea acesteia.

Noua Strategie națională antidrog și Planul său de acțiune reprezintă răspunsul statului român la problema drogurilor și cuprind obiectivele generale și specifice precum și acțiunile concrete ce vor fi implementate în perioada de referință de către toate instituțiile implicate în reducerea impactului fenomenului drogurilor la nivel național.

Prin aprobarea lor de către Guvernul României, la 9 octombrie 2013, cele două documente programatice au fost asumate ca documente de politici publice în domeniu, conferind caracterul formal și legitimitatea răspunsului la fenomenul drogurilor.

Noua strategie include o nouă abordare la nivel de politici naționale în domeniul drogurilor, prin accentuarea importanței demersurilor evaluative și analitice, care se înscriu în contextul mai larg al atenției pe care Uniunea Europeană o acordă cercetării, rigurozității științifice, colaborării cu mediul profesional și academic. Elaborarea noii Strategii Naționale Antidrog a avut ca bază de plecare evaluarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012 și a planurilor sale de acțiune.

⁹ Vezi Raportul Național – 2011, pag.21

¹⁰ Hotărârea Guvernului nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea 1, nr.112 din 3 februarie 2005)

¹¹ Hotărârea Guvernului nr. 1369 din 23 decembrie 2010 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea 1, nr. 38 din 17 ianuarie 2011)

Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice. În acest sens, planurile de acțiune aferente strategiei detaliază și stabilesc concret măsurile și intervențiile din domeniul reducerii cererii și ofertei drogurilor, pornind de la o abordare coerentă și eficientă.

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 urmărește să:

- reducă nivelul consumului și dependenței de droguri, precum și consecințele generate de acestea la nivelul sănătății, ordinii și siguranței publice;
- contribuie la reducerea disponibilității drogurilor pe piață;
- promoveze cunoașterea fenomenului prin evaluarea sistematică a tendințelor și provocărilor din domeniul drogurilor, în vederea fundamentării răspunsului instituțiilor și structurilor societății civile;
- asigure cadrul necesar dialogului și cooperării între instituțiile implicate și sectorul neguvernamental.

Documentele au fost concepute și elaborate respectând liniile cuprinse în Strategia Antidrog a Uniunii Europene pentru perioada 2013-2020, care vizează cele cinci direcții de acțiune – două direcții de acțiune verticale: reducerea cererii de droguri și reducerea ofertei de droguri și trei direcții de acțiune orizontale, respectiv coordonare, cooperare internațională și cercetare, evaluare și informare, care cuprind obiective și acțiuni ce intersectează direcțiile verticale.

De asemenea, Strategia Națională Antidrog 2013-2020 și Planul său de acțiune 2013-2016 abordează într-o manieră concretă problematica drogurilor din perspectiva directivelor europene și a realității din România.

Terminologia folosită în cadrul noii Strategii pornește de la cea folosită în Documentul de politici elaborat de Grupul Pompidou din cadrul Consiliului Europei, precum și în alte strategii și documente internaționale în domeniu.

Noua strategie își propune să aducă un plus de valoare în ceea ce privește reacția statului român la problematica drogurilor, prin dezvoltarea mecanismelor de coordonare, colaborare inter-instituțională, transparență decizională, cercetare și analiză strategică. De asemenea, Strategia Națională Antidrog 2013-2020 consolidează rezultatele pozitive obținute în urma implementării documentelor de politici publice anterioare și își propune să ofere soluții pentru depășirea dificultăților întâlnite în practică și își propune o abordare umanistă a consumului de droguri, care se reflectă inclusiv în obiectivele acesteia. Totodată, documentul se înscrie în cadrul normativ național și respectă principiile fundamentale ale Uniunii Europene: respectul față de demnitatea umană, libertate, democrație, egalitate și stat de drept. Elementul fundamental al acestei noi strategii îl reprezintă echilibrul între măsurile de reducere a cererii și ofertei de droguri.

Structural, Strategia Națională Antidrog abordează echilibrat și integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea următoarelor obiective generale:

- Reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca finalitate integrarea socială.
- Reducerea ofertei de droguri prin identificarea și destructurarea rețelelor de trafic, reducerea disponibilității drogurilor pe piață și utilizarea eficientă a sistemului de aplicare a legii, concomitent cu dezvoltarea unor mecanisme instituționale de monitorizare și control, coordonate și adaptate nevoilor actuale și situației reale a fenomenului și care să susțină în mod viabil măsurile de luptă împotriva acestuia.
- Coordonarea în domeniul drogurilor, urmărește asigurarea unui concept unitar de acțiune în domeniul problematicii drogurilor și precursorilor, monitorizarea implementării politicilor naționale în domeniul drogurilor, utilizarea eficientă a resurselor și maximizarea rezultatelor intervențiilor realizate.

- În domeniul cooperării internaționale, se urmărește reafirmarea angajamentului României, asumat prin documentele internaționale și prin cele bilaterale sau multilaterale la care țara noastră este parte și consolidarea poziției ca partener activ în efortul mondial de reducere a cererii și ofertei de droguri, precum și a traficului de precursori.
- Îmbunătățirea nivelului de cunoaștere a problematicii drogurilor la nivel național pornind de la evidențe științifice, prin monitorizare, cercetare și informare.

Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății publice și incluziunii sociale, ordinii și siguranței cetățeanului. În acest sens, planurile de acțiune aferente strategiei detaliază și stabilesc concret măsurile și intervențiile din domeniul reducerii cererii și ofertei drogurilor, pornind de la o abordare coerentă și eficientă. Planurile de acțiune cuprind activitățile concrete și indicatorii cantitativi și calitativi aferenți fiecărei acțiuni asumate de instituțiile responsabile. Monitorizarea Strategiei va fi efectuată prin colectarea regulată și sistematică de date cu privire la activitatea curentă, ca o bază pentru evaluare și input pentru controlul de calitate. Suplimentar, va fi folosită ca o sursă generală și sistematică cu privire la intervențiile viitoare.

În vederea obținerii de informații privind modul de implementare a strategiei, precum și a rezultatelor pe care implementarea obiectivelor acesteia le va produce la nivel național, activitățile de monitorizare vor urmări două direcții:

- *Monitorizarea implementării strategiei:* furnizează informații privind modul de implementare a acțiunilor menționate în cadrul planului de acțiune. În acest sens, vor fi elaborate rapoarte de monitorizare periodice conform graficului din planul de acțiune. Rapoartele de monitorizare vor fi elaborate de A.N.A.
- *Monitorizarea atingerii obiectivelor:* efectele strategiei vor fi resimțite și după ce activitățile pe care aceasta le propune au fost implementate. Astfel, pentru a fi posibilă o evaluare a performanței măsurilor propuse este necesar a derula un proces de monitorizare care urmează să se desfășoare atât pe parcursul implementării, cât și după ce strategia a fost finalizată. Pe parcursul implementării strategiei unele activități produc rezultate care ar putea să conducă la modificări ale modului în care au fost concepute acestea. În aceste situații, pot fi formulate recomandări privind modul în care profilul activităților ar putea fi îmbunătățit astfel încât să conducă la creșterea performanței în atingerea obiectivelor strategiei.
- Evaluarea va lua în considerare următoarele criterii:
 - Eficacitatea și eficiența măsurilor și acțiunilor întreprinse pentru realizarea obiectivelor în termeni de performanță, rezultate și valoare adăugată.
 - Relevanța obiectivelor și măsurilor de intervenție propuse pentru îndeplinirea acestora.
 - Impactul social și economic al rezultatelor obținute și al modalităților propuse pentru atingerea acestora.
 - Sustenabilitatea rezultatelor pe termen mediu și lung.
 - Valoare adăugată ca element de noutate față de documentele programatice anterioare.

Pe parcursul implementării Strategiei, Agenția va realiza două evaluări: o evaluare intermediară la jumătatea perioadei de implementare care va corespunde cu evaluarea primului plan de acțiune și o evaluare ex-post care va încorpora rezultatele evaluărilor celor două planuri de acțiune.

1.2.2. IMPLEMENTAREA ȘI EVALUAREA STRATEGIILOR ȘI POLITICILOR

În exercitarea rolului de coordonator național al politicii antidrog, Agenția Națională Antidrog a acționat pentru o abordare echilibrată a implementării măsurilor în domeniul reducerii cererii, cât și a reducerii ofertei de droguri, prevăzute în Programul de Guvernare, Strategia Națională de Ordine și Siguranță Publică și Strategia Națională Antidrog.

Astfel, pe parcursul anului 2012, a continuat realizarea activităților prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2010-2012¹², în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005-2012 fiind asigurată atât continuitatea activităților demarate pe parcursul anului 2011, cât și cadrul necesar pentru realizarea celor etapizate pentru perioada de referință.

Având în vedere termenul limită de aplicare a Strategiei Naționale Antidrog, respectiv finele anului 2012, la nivelul Agenției Naționale Antidrog au fost dispuse măsurile de evaluare a documentului strategic. Rezultatele evaluării au stat la baza fundamentării viitorului document strategic al politicii naționale în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri.

Totodată, pe parcursul anului 2012 a continuat implementarea Strategiei naționale de ordine și siguranță publică¹³, precum și a Planului strategic al Ministerului Administrației și Internelor pentru perioada 2010-2013¹⁴, fiind desfășurate deopotrivă activități prevăzute atât în domeniul reducerii ofertei de droguri, cât și în cel al reducerii cererii, în conformitate cu noua abordare adoptată în cadrul celor două documente menționate.

Evaluarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012

Derulată în perioada august-octombrie 2012, evaluarea a fost inițiată de reprezentanța UNICEF în România (finanțator), în colaborare cu Agenția Națională Antidrog (ANA) și a fost realizată de un evaluator extern, respectiv Fundația Romanian Angel Appeal (RAA). Demersul a urmărit să identifice și să măsoare efectele implementării Strategiei Naționale Antidrog la finalul perioadei de planificare 2005-2012.

În baza analizei datelor colectate, consultanții au formulat recomandări ce au fost comunicate ANA pentru a fi folosite la elaborarea Strategiei Naționale Antidrog și a planurilor de acțiune aferente perioadei de programare 2013-2020. Prevăzute pentru un termen scurt sau lung, recomandările propun soluții pentru eficientizarea măsurilor antidrog implementate în perioada 2005-2012, dar fac și referire la acțiuni cu totul noi ce ar trebui implementate de ANA și de alți actori naționali.

Obiectivele misiunii de evaluare au fost:

1. Evaluarea acțiunilor/ măsurilor propuse și implementate prin Strategia Națională Antidrog 2005-2012 și planurile de acțiune (2005-2008 și 2010-2012) în toate ariile: reducerea cererii și ofertei de droguri, cooperare internațională, coordonare interinstituțională, informare, cercetare și evaluare.
2. Identificarea realizărilor și a expertizei acumulate în urma implementării SNA 2005-2012.

Evaluarea s-a bazat pe două abordări de colectare a datelor:

- **Analiza** (engl. *desk research*) **documentelor** disponibile în statistici oficiale, în rapoarte de activitate și de cercetare (furnizate de ANA sau de alte organizații), în documente legislative, comunicate oficiale, pagini de Internet etc. Datele astfel colectate au fost utilizate la descrierea contextului socio-legislativ al implementării SNA 2005-2012, precum și la completarea/ confirmarea informațiilor colectate de la diverși actori (instituții, persoane fizice) care au participat la procesul de evaluare.
- **Colectarea și analiza datelor calitative** prin interviuri individuale (față în față sau prin e-mail) și interviuri de grup, pe baza unor ghiduri de interviu/ de focus grup. Astfel, au fost realizate **focus grupuri** cu: furnizori de servicii de reducere a cererii de droguri (publici, privați non-profit și privați for-profit), adolescenți din populația generală, părinți, consumatori de droguri injectabile (bărbați aflați în detenție, femei și adolescenți din comunitate). De asemenea, s-au efectuat **interviuri individuale** cu profesori (diriginți), cu reprezentanți ai instituțiilor publice locale și centrale responsabile cu implementarea SNA (conform Planurilor Naționale de Acțiune), cu reprezentanți ai

¹² Hotărârea Guvernului nr. 1369 din 23 decembrie 2010 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea 1, nr.38 din 17 ianuarie 2011)

¹³ A se vedea pct.16

¹⁴ www.mai.gov.ro/index15.htm

- organizațiilor neguvernamentale locale și ai organizațiilor și instituțiilor internaționale care sunt implicate în sau susțin măsurile antidrog.
- Evaluarea acțiunilor SNA s-a realizat prin raportare la criteriile de evaluare OECD/ DAC - relevanță, eficiență, eficacitate, sustenabilitate și impact - precum și la criteriile privind respectarea drepturilor omului și utilizarea managementului bazat pe rezultate. Un set de întrebări orientative a fost dezvoltat pentru evaluarea în raport cu criteriile stabilite:
 - **Relevanța măsurilor SNA 2005-2012**
 - Acțiunile (măsurile) SNA și rezultatele acestora sunt în acord cu obiectivele specifice și generale formulate de Strategie?
 - **Eficacitatea măsurilor SNA 2005-2012**
 - În ce măsură au fost atinse obiectivele specifice/ generale ale SNA?
 - Ce factori au facilitat atingerea/ neatingerea obiectivelor?
 - **Eficiența măsurilor SNA 2005-2012**
 - Obiectivele SNA au fost atinse la timp?
 - Rezultatele obținute în urma implementării acțiunilor/ măsurilor prevăzute de SNA au fost pe măsura resurselor alocate? (resurse umane, financiare, timp etc.)
 - **Sustenabilitatea măsurilor SNA 2005-2012**
 - Ce factori au influențat sustenabilitatea acțiunilor/ măsurilor implementate în linie cu obiectivele SNA?
 - În ce măsură s-au dovedit sustenabile acțiunile/ măsurile finanțate din fonduri internaționale?
 - **Impactul măsurilor SNA 2005-2012**
 - Ce s-a întâmplat ca urmare a implementării acțiunilor/ măsurilor SNA?
 - **Respectarea drepturilor omului și a echității**
 - Acțiunile/ măsurile implementate au generat încălcări ale drepturilor omului și ale principiului echității
 - **Management bazat pe rezultate**
 - Principiul managementului bazat pe rezultate a fost utilizat în proiectarea și implementarea acțiunilor/ măsurilor SNA? În ce fel?

Evaluarea **nu și-a propus o inventariere** a acțiunilor de reducere a cererii și a ofertei de droguri întreprinse pe întreg teritoriul țării în perioada 2005-2012. Din acest motiv, nu au fost menționate sau analizate:

- serviciile oferite de organizații care nu au ca domeniu principal de activitate reducerea cererii de droguri;
- intervențiile implementate la scară redusă (de exemplu campanii de prevenire la nivel local, la nivel de școală, activități de instruire);
- mesajele de informare/ prevenire care nu făceau parte dintr-o campanie articulată etc.
- intervenții ale căror rezultate nu erau documentate prin/ în rapoarte publice.

Un set de recomandări - de urmat pe termen scurt sau lung - a rezultat la finalul evaluării. Recomandările privesc toate ariile de acțiune ale SNA 2005-2012.

Recomandări privind reducerea cererii de droguri

- Creșterea accesului la servicii de prevenire a consumului de alcool, tutun și droguri al părinților, copiilor și membrilor comunității prin diversificarea metodelor și mijloacelor de furnizare a informațiilor și prin instruirea cadrelor didactice pentru a furniza servicii de prevenire elevilor și părinților.
- Implicarea activă a tinerilor, părinților și membrilor comunității în activitățile de prevenire a consumului de alcool, tutun și droguri.
- Adaptarea serviciilor de prevenire la specificul beneficiarilor: vârstă, sex, tip de consum, nivel de educație, etnie etc.
- Evaluarea serviciilor oferite, prin chestionarea periodică a beneficiarilor acestora.

- Informare și sensibilizarea populației generale și a mass- media cu privire la respectarea drepturilor omului, nediscriminarea consumatorilor de droguri, informarea și responsabilizarea populației generale cu privire la măsurile care pot fi luate pentru a ajuta consumatorii de droguri, serviciile existente etc.
- Realizarea de studii, cantitative și calitative, în parteneriat cu organizații neguvernamentale, pentru a identifica grupurile la risc, comportamentele utilizatorilor de droguri injectabile și nevoile acestora.
- Realizarea unei estimări la nivel național cu privire la numărul consumatorilor de droguri și dintre aceștia, al celor care își injectează droguri.
- Crearea unui sistem clar de referire a consumatorilor de droguri către serviciile de consiliere și testare și, dacă e cazul, către servicii de tratament pentru îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, diagnosticare (și acolo unde este cazul, vaccinare) pentru HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate.
- Dezvoltarea, în parteneriat cu Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului și cu Ministerul Muncii, a unor programe de reintegrare școlară și profesională a consumatorilor de droguri.
- Includerea serviciilor de asistență psihologică și socială în programele de schimb de seringi și tratament substitutiv cu metadonă din penitenciare. Instruirea personalului de reintegrare socială al ANP de către personalul ANA în scopul pregătirii acestuia pentru a oferi servicii psihologice și sociale persoanelor private de libertate care beneficiază de programe de schimb de seringi sau de tratament substitutiv în penitenciar.
- Asigurarea continuității tratamentului substitutiv pentru persoanele care intră sau ies din detenție și pentru cele care se află în aresturi.
- Facilitarea accesului tinerilor cu vârsta sub 18 ani la servicii de reducere a riscurilor și la tratament de substituție; realizarea de demersuri pentru schimbarea cadrului legislativ care prevede acordul părinților pentru acordarea de servicii minorilor consumatori de droguri; realizarea unei metodologii de lucru cu minorii consumatori de droguri.
- Adaptarea serviciilor la tipul de vulnerabilitate specific fiecărui consumator de droguri: persoane care practică sexul comercial, bărbați care fac sex cu bărbați, imigranți, persoane de etnie romă, femei, etc. Facilitarea accesului femeilor la servicii de reducere a riscurilor, inclusiv prin programe de combatere a stigmatizării și discriminării de gen practicate în comunitate: campanii de informare și sensibilizare, servicii adaptate pentru femei.
- Creșterea accesului femeilor însărcinate consumatoare de droguri la servicii medicale pre-natale și la servicii de asistență socială pentru a preveni situațiile de abandon al copilului.
- Explorarea posibilității de a deschide camere de consum și dispozitive stradale pentru distribuția de seringi.
- Asigurarea managementului de caz în toate instituțiile în care sunt oferite servicii de asistență integrată consumatorilor de droguri.

Recomandări privind reducerea ofertei de droguri

- Introducerea de către ANA, în viitoarele planuri de acțiune, a unor indicatori de plan privind activitățile din aria reducerii ofertei de droguri, însoțiți de metodologiile de colectare și raportare.
- Corelarea și adaptarea propriilor sisteme de colectare a datelor statistice cu privire la oferta de droguri, astfel încât să răspundă necesităților de raportare, conform cerințelor organismelor internaționale și europene.
- Implicarea, de către ANA, a partenerilor instituționali relevanți în dezvoltarea metodologiilor de colectare și raportare a indicatorilor privind reducerea ofertei de droguri.
- Consolidarea instituțională a ANA și a rolului său de coordonator național al acțiunii de reducere a ofertei de droguri.
- Modernizarea dotării tehnice necesare instituțiilor abilitate să aplice legea în domeniul drogurilor, la nivelul standardelor internaționale.
- Consolidarea cadrului legislativ, în special pentru reglementarea regimului stupefiantelor nou apărute pe piața drogurilor. Extinderea grupurilor de lucru TRIDENT și POLVAM și la nivelul altor instituții.

Recomandări privind coordonarea interinstituțională, cooperarea internațională, informarea/ cercetarea/ evaluarea

- Întărirea cooperării dintre instituțiile publice cu responsabilități în implementarea SNA, atât la nivel central, cât și la nivel local, cât și a cooperării dintre instituții publice și organizații ale societății civile (inclusiv grupuri de persoane afectate de fenomenul drogurilor), organizații academice și furnizori (for-profit) de servicii de reducere a cererii de droguri.
- Inițierea de către Agenția Națională Antidrog a unui sistem propriu de acordare de granturi pentru organizațiile neguvernamentale care oferă servicii de asistență și reducere a riscurilor.
- Formarea continuă a personalului ANA și a personalului organizațiilor și instituțiilor care oferă servicii în domeniul prevenirii consumului de droguri, al reducerii cererii și ofertei de droguri.
- Încurajarea (sau medierea), de către ANA, a cooperării (și mai ales a comunicării) între actorii naționali antidrog și structurile europene și internaționale similare – prin implicarea actorilor naționali (publici sau privați) în proiecte internaționale (care să implice training, schimburi de experiență, vizite de studiu), prin consultarea acestora, includerea în grupuri tehnice, grupuri de lucru.
- Promovarea de către ANA, în rândul comunităților locale relevante (ex.: orașe mari, orașe de frontieră, comunități în care sunt oferite servicii de *harm reduction*) a necesității de a iniția/ dezvolta legături cu instituții sau organizații internaționale de nivel local/ central, interesate să implementeze acțiuni în parteneriat.
- Consolidarea portofoliului ANA de proiecte finanțate din surse internaționale (cum ar fi fondurile structurale europene), cu ANA ca beneficiar (aplicant principal) sau partener, alături de alte instituții și organizații neguvernamentale.
- Consolidarea rolului ANA și altor instituții relevante ca furnizori de asistență tehnică pentru țări terțe interesate să dezvolte politici și intervenții de reducere a cererii și ofertei de droguri.
- Includerea în SNA 2013-2020 a unor măsuri (de tipul informării, instruirii, feed-back-ului rezultat în urma evaluării) care să crească capacitatea actorilor din domeniu de a implementa cercetări relevante și intervenții bazate pe date (engl. *evidence-based*).
- Includerea în SNA 2013-2020 a unor măsuri de monitorizare și evaluare (atât internă, cât și externă) a rezultatelor și impactului politicilor publice și al legislației relevante pentru domeniul drogurilor (ex.: politici din ariile sănătății, protecției sociale, fiscalității, mediului, dezvoltării etc.). Rapoartele rezultate în urma monitorizării/ evaluării vor oferi actorilor interesați feed-back privind progresul în implementarea politicilor publice și recomandări vizând îmbunătățirile care trebuie aduse acestora.
- Evaluarea, de către ANA, a modului în care măsurile de reducere a cererii interacționează cu și influențează măsurile de reducere a ofertei de droguri. Această recomandare este în linie cu Strategia Europeană în domeniu, care pledează pentru o abordare și finanțare echilibrată și comparabilă a măsurilor de reducere a cererii și de reducere a ofertei de droguri.
- Planificarea (prin SNA 2013-2020) unor studii de evaluare a eficienței și eficacității serviciilor publice de reducere a cererii de droguri, atât în comunitate, cât și în detenție.
- Promovarea de către ANA și inițierea cercetării în următoarele arii: cauze și implicații socio-economice asociate abuzului de droguri și de alcool (ex.: sărăcie, mobilitate, inegalități sociale, afectarea forței de muncă etc.); abuzul de droguri, abuzul de alcool și sănătatea mintală. Cercetarea în aceste arii poate fi responsabilitatea ANA sau a altor organizații relevante (din sectorul public, academic sau ONG). SNA poate prevedea finanțarea derulării acestor acțiuni, dar și creșterea capacității de cercetare a acestor organizații, prin instruire, consultanță, contractare de personal specializat.
- Atragerea de parteneri academici și implicarea acestora atât în realizarea de studii, cât și în formarea personalului ANA responsabil cu cercetarea/ evaluarea/ informarea.

Evaluarea Programului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012¹⁵

Toate elementele de context prezentate în Rapoartele Naționale 2009-2012, au determinat în mod direct ca, în perioada de referință, implementarea de către Agenția Națională Antidrog a *Programului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012* să fie profund limitată la nevoile conjuncturale, fără a contribui semnificativ la atingerea obiectivului general de dezvoltare, obiectivelor generale și scopului acestui program și, implicit, la implementarea coerentă, unitară a celor 9 subprograme.

Scopul *Programului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012*, în concordanță cu obiectivele asumate în documentele de politici publice în domeniu, a fost *prevenirea consumului de droguri în populația generală, precum și atragerea și menținerea consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri în sistemul național integrat de servicii publice de asistență, în vederea reabilitării medico-psiho-sociale a acestora.*

Obiectivele generale au fost:

- Dezvoltarea de servicii de prevenire universală, selectivă și indicată, în vederea evitării debutului consumului de droguri și a transformării consumului ocazional în consum problematic, precum și a reducerii consecințelor abuzului de droguri;
- Realizarea unui complex integrat de servicii de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii și consumatorii dependenți de droguri, orientat prioritar spre zonele cu cea mai mare prevalență a consumului, identificate în urma monitorizării sistematice a unor indicatori-cheie;
- Formarea inițială și continuă a specialiștilor din sistemul de prevenire și asistență, în vederea creșterii calității serviciilor oferite beneficiarilor;
- Realizarea de studii calitative și cantitative în vederea propunerii de modificare a actelor normative în materie, pentru adaptarea acestora la dinamica fenomenului drogurilor în România.

Subprogramele care urmau a fi implementate, având un buget total de 15.078 mii lei, au fost:

- S1 - Prevenirea consumului experimental/ recreațional de droguri în populația școlară
- S2 - Campanii naționale/ regionale media de prevenire a consumului de droguri
- S3 - Dezvoltarea unor strategii de prevenire a consumului de droguri la locul de muncă, în special în cazul profesiilor identificate ca având risc crescut de consum
- S4 - Operaționalizarea software ERP (*Enterprise Resources Planning*) – prevenire și asistență - preluate în cadrul convenției de înfrățire cu Spania
- S5 - Prevenire și asistență integrată în aresturi și penitenciare
- S6 - Servicii de asistență de nivel 1
- S7 - Servicii de asistență de nivel 2 - Centre de Asistență Integrată în Adicții (CAIA)
- S8 - Servicii de asistență de nivel 3
- S9 - Formare profesională continuă în adicții - Centrul național de formare și cercetare în adicții.

Indicatorii fizici, de eficiență și de rezultat ai subprogramului 1 au fost realizați integral prin implementarea proiectelor *“MESAJUL MEU ANTIDROG”* și *“NECENZURAT”*.

Aceeași situație este și în cazul subprogramului 2, indicatorii fiind atinși prin implementarea campaniilor:

- *Campania națională de prevenire a consumului de droguri cu accent pe substanțele noi cu proprietăți psihoactive - „ABSENTUL”*
- *Campania națională de prevenire a consumului de droguri în mediul familial - „RISCURILE CONSUMULUI DE DROGURI LA MAMĂ ȘI COPIL”*
- *Campania națională “PREA REBEL SĂ FII CONDUS!”*

Din subprogramul 3 al Programului Național a fost atins indicatorul de rezultat prin elaborarea studiului: *“Cercetare socială privind identificarea meseriilor expuse la risc de consum de droguri”*.

¹⁵ Hotărârea Guvernului nr.1102/2008 pentru aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială acordată consumatorilor de droguri 2009 – 2012 (publicată în Monitorul Oficial nr.672 din 30.09.2008)

Subprogramul 4 nu a fost implementat, software-ul menționat, ERP, fiind preluat parțial în cadrul convenției de înfrățire cu Spania, doar pe componenta de asistență, acesta fiind operaționalizat printr-un alt proiect.

Subprogramul 5 - "*Prevenire și asistență integrată în aresturi și penitenciare*" – a fost implementat prin campania „*DEPENDENT DE LIBERTATE-ÎNCHISOAREA NU ESTE CAPĂT DE DRUM!*”, campanie de prevenire a consumului de droguri în mediul privativ de libertate care are ca scop conștientizarea în legătură cu efectele consumului de droguri, în principal a populației generale din penitenciare, și secundar, a populației de foști consumatori de droguri ce se pregătesc pentru liberare, precum și informarea acestora privind serviciile existente atât în penitenciar, cât și în comunitate.

Rezultatele acestor campanii și proiecte de prevenire se regăsesc în capitolul 3 al prezentului raport. Aceeași situație de implementare este valabilă pentru subprogramul 6 „Servicii de asistență de nivel I”, indicatorii fiind parțial atinși prin achiziționarea unui număr de 942.500 seringi și a unor materiale sanitare pentru consumatorii injectabili de droguri aflați în serviciile de asistență ale unor organizații neguvernamentale – „Asociația Română Anti-SIDA” și „CARUSEL”. Obiectivele acestui subprogram au fost îndeplinite și prin implementarea campaniei „*FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS*”.

Obiectivele subprogramului 7 „Servicii de asistență de nivel 2 - Centre de asistență integrată în adicții (CAIA)”, au fost integral atinse prin:

- Asigurarea tratamentului de substituție cu metadonă și buprenorfină/ naloxonă pentru beneficiarii acestor servicii;
- Asigurarea tratamentului de menținere a abstenenței (pentru dependenții de opiacee și alcool) cu naltrexonă pentru beneficiarii acestor servicii;
- Asigurarea tratamentului de dezintoxicare ambulatorie cu metadonă, buprenorfină/ naloxonă pentru beneficiarii aflați în programele de asistență integrată, în funcție de rezultatele evaluărilor medicale, psihologice și sociale realizate.
- Testarea prezenței drogurilor în lichidele biologice (urină, salivă) pentru beneficiarii aflați în programele de asistență integrată CAIA.
- Asigurarea serviciilor de: asistență medicală medie, terapie ocupațională, asistență medicală psihiatrică, psihoterapie individuală, de grup, familială.

Media numărului anual de cazuri care au inițiat tratamentul a fost de 926, iar media volumului anual de asistență a fost de 1.403 beneficiari.

Obiectivele subprogramului 8 „Servicii de asistență de nivel 3”, au fost îndeplinite prin operaționalizarea și asigurarea funcționării centrului de zi „PERICLE”. În cadrul centrului de zi din București, cu o capacitate de 10 locuri, a fost acordată asistență pe o perioadă de 13 luni calendaristice, în perioada decembrie 2011-decembrie 2012. Evaluarea activităților centrului de zi cu o capacitate de 10 locuri din București a fost realizată prin vizite de monitorizare periodice, raportări trimestriale și anuale. Indicatorii privind asistența beneficiarilor centrului de zi de 10 locuri au fost extrași din raportările trimestriale realizate de coordonatorul acestui centru.

Comunitățile terapeutice, un al doilea centru de zi și un centru de zi pentru minori nu au fost operaționalizate datorită variabilelor indicate în partea introductivă.

Obiectivele subprogramului 9 „Formarea profesională continuă în adicții - Centrul național de formare și cercetare în adicții” au fost parțial atinse prin implementarea unui program de formare pentru 62 medici, psihologi și asistenți sociali din cele 47 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog și Centrele de Asistență Integrată în Adicții.

1.2.3. ASPECTE RELEVANTE PRIVIND MECANISMELE DE COORDONARE A POLITICILOR ANTIDROG

Așa cum s-a menționat la începutul acestui capitol, anul 2012 s-a făcut remarcat prin continuarea reconstrucției instituționale a Agenției Naționale Antidrog, dar și prin consolidarea rolului acesteia de coordonator național al luptei antidrog, atribuit acestei instituții prin actul de înființare elaborat la sfârșitul anului 2002¹⁶. În acest sens, în art. 2 din Hotărârea Guvernului referitoare la organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog se prevede că: Agenția stabilește concepția și coordonează, evaluează și monitorizează, la nivel național, politicile în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri, precum și al asistenței integrate a consumatorilor, aplicate de către instituțiile cu atribuții în domeniu.

Rolul de coordonator al Agenției Naționale Antidrog reprezintă o condiție esențială pentru furnizarea unui răspuns adecvat la provocările de natură socială, economică, de sănătate și securitate pe care le implică problematica drogurilor.

1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

Similar rapoartelor precedente, în realizarea acestui subcapitol nu a fost posibilă aplicarea metodologiei propuse, în special în ceea ce privește cheltuielile publice, întrucât bugetul de stat nu respectă ca structură standardul european COFOG la care se face referire. De asemenea, în bugetele instituțiilor care desfășoară activități antidrog nu sunt prevăzute și nu se pot identifica separat cheltuielile specifice pentru aceste activități. Singurele cheltuieli „vizibile” în bugetele sau bilanțurile anuale ale autorităților publice sunt cele alocate programelor cu specific antidrog, inițiate sau implementate de acestea pe cont propriu sau în parteneriat cu organisme ale societății civile. Datele colectate, prezentate în acest capitol vizează așadar nivelul de cheltuieli publice ne-standardizate.

1.3.1 ACTIVITĂȚI DE APLICARE A LEGII, ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI SOCIALĂ, CERCETARE, ACȚIUNI INTERNAȚIONALE, COORDONARE, STRATEGII NAȚIONALE

La nivel național, resursele financiare alocate realizării politicilor antidrog au provenit din surse bugetare și extra-bugetare.

La sfârșitul anului 2012, s-a încheiat perioada de implementare de către Agenția Națională Antidrog a Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri – 2009-2012¹⁷. În perioada de referință, pe cele 9 sub-programe prevăzute, au fost cheltuiți 7.827.955,12 lei, după cum urmează:

¹⁶ Hotărârea Guvernului nr. 1489/2002 pentru organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 956 din 27 decembrie 2002).

¹⁷ Hotărârea Guvernului nr.1102/2008 pentru aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială acordată consumatorilor de droguri 2009 – 2012 (publicată în Monitorul Oficial nr.672 din 30.09.2008)

Tabel nr. 1-3: Defalcarea sumelor cheltuite (lei)¹⁸ în cadrul Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri – 2009-2012

Subprogram	2009	2010	2011	2012	Total
Prevenirea consumului experimental/ recreațional de droguri în populația școlară	49.882,12	0	72.377,64	22.598,10	144.857,86
Campanii naționale/ regionale media de prevenire a consumului de droguri	0	0	44.342,87	328.413,74	372.756,61
Dezvoltarea unor strategii de prevenire a consumului de droguri la locul de muncă, în special în cazul profesiilor identificate ca având risc crescut de consum	0	0	0	52.328,00	52.328,00
Operaționalizarea software ERP (Enterprise Resources Planning) - prevenire și asistență - preluată în cadrul convenției de înfrățire cu Spania	0	0	0	0	0
Prevenire și asistență integrată în aresturi și penitenciare	0	0	0	107.260,00	107.260,00
Servicii de asistență de nivel 1	0	0	74.214,00	298.784,25	372.998,25
Servicii de asistență de nivel 2	1.796.738,24	618.453,28	1.232.616,32	1.089.410,85	4.737.218,69
Servicii de asistență de nivel 3	932.189,40	1.037.369,82	26.809,17	2.160,95	1.998.529,34
Formare profesională continuă în adicții - Centrul Național de Formare și Cercetare în Adicții	0	0	0	42.006,37	42.006,37
Total	2.778.809,76	1.665.823,10	1.450.360,00	1.942.962,26	7.827.955,12

Sursa: ANA

Conform Raportului de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2012¹⁹ în cadrul Programelor naționale privind bolile netransmisibile, Programul național de sănătate mintală, Sub-programul de prevenire și tratament ale toxicodependențelor au fost realizate următoarele activități:

- Asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști de opiacee (metadonă) pentru persoane cu toxicodependență;
- Testarea metaboliților stupefiantelor, în toate unitățile medicale de profil, adulți și copii;
- Tratamentul de dezintoxicare pentru persoane cu toxicodependență;
- Redactarea unui curriculum de instruire în domeniul toxicomaniilor pentru profesioniștii din sistemul de sănătate mintală;
- Organizarea și desfășurarea unui program de instruire în domeniul toxicomaniilor pentru profesioniștii din sistemul de sănătate mintală, indicatorii realizați fiind:

¹⁸ Curs mediu anual în 2012: 1Euro = 4,4560 RON

¹⁹ <http://www.ms.gov.ro/upload/Raport%20activitate%20Ministerul%20Sanatatii%202012.pdf>

Tabel nr. 1-4: Indicatori realizați în cadrul Subprogramului de prevenire și tratament al toxicodependențelor

Nr. crt.	Subprogramul de prevenire și tratament al toxicodependențelor	Indicatori fizici realizați cumulativ de la începutul anului	Cost mediu realizat pe fiecare indicator fizic (lei) ²⁰
1.	Număr de persoane testate pentru depistarea prezenței drogurilor în urină/ număr de teste	10304	44,64
2.	Număr de bolnavi în tratament substitutiv	3386	275,01
3.	Un curriculum de instruire în domeniul toxicomaniilor pentru profesioniștii din sistemul de sănătate mintală	1	120000,00
4.	Număr de profesioniști instruiți în domeniul toxicomaniilor	500	80,00
5.	Elaborarea și tipărirea de materiale IEC pentru populația cu risc de consum de alcool și droguri	3	18183,33

Sursa: Ministerul Sănătății

La nivelul celorlalte instituții implicate în implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri, alocările bugetare pentru derularea proiectelor și programelor specifice, în anul 2012, au fost următoarele:

- IGPR – 1.123.790,00 lei în bunuri și servicii;
- MMFSPV – 116.171,22 lei, ca subvenții pentru trei organizații neguvernamentale, care au derulat activități de prevenire și combatere a consumului de droguri în cadrul a trei centre de zi;
- ANP – 178.795 lei, din care 116.488 lei au fost acordați pentru implementarea Programului de tratament substitutiv cu metadonă, restul fiind cheltuiți pentru achiziționarea de bunuri și servicii;
- MEC – 2.370.000 lei pentru derularea următoarelor proiecte cu componentă de prevenire a consumului de droguri în rândul populației școlare:
 - Oferte educaționale inclusive extracurriculare și extrașcolare pentru formarea stilului de viață sănătos și a cetățeniei active pentru copiii din comunități dezavantajate, cu precădere rurale în învățământul preuniversitar din România – 1.200.000 lei;
 - Calendarul Activităților educative – 1.100.000 lei,
 - Concursul național de proiecte antidrog „Împreună” – 70.000 lei.

CONCLUZII

- Prin aprobarea Legii 187 privind aplicarea Codului penal și pentru modificarea unor legi speciale cu dispoziții penale²¹, au fost create premisele necesare punerii în aplicare, în premieră în România, a conceptului de justiție terapeutică, respectiv a dispozițiilor legale referitoare la alternativa pedepsei cu închisoarea pentru posesia de droguri în vederea consumului propriu. Modificările survenite în legislația aplicabilă conține inclusiv dispoziții referitoare la modificarea cuantumului pedepselor prevăzute în Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările ulterioare, în sensul reducerii duratei acestora, în acord cu noua politică penală instituită prin legea de aplicare.
- Procesul de evaluare a Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012 a fost unul transparent, activitățile derulate de instituțiile guvernamentale au fost evaluate de o organizație neguvernamentală, finanțarea fiind asigurată de un organism internațional.

²⁰ Curs mediu anual: 2009 – 1Euro = 4,24 RON; 2010 – 1Euro = 4,21 RON; 2011 – 1Euro = 4,23 RON; 2012 - 1Euro = 4,4560 RON

²¹http://www.just.ro/Sections/PrimaPagina_MeniuDreapta/LegeAplicareCP/tabid/1438/language/ro-RO/Default.aspx

- De asemenea, măsurile legislative adoptate, precum și punerea în practică a acestora au avut ca efect reducerea comercializării acestor substanțe prin intermediul magazinelor specializate (în decembrie 2012, pe teritoriul României mai funcționa un singur astfel de magazin).
- Din experiența desprinsă de-a lungul timpului, rezultă că, în absența unei coordonări unitare, simpla însumare a eforturilor locale și sectoriale, chiar și finanțate, nu mai permite atingerea obiectivelor stabilite. De aceea, reînființarea Agenției Naționale Antidrog și reconfirmarea ei în rolul de coordonator național al politicilor antidrog au însemnat revenirea la o abordare corectă a fenomenului drogurilor în România și repunerea acesteia pe un făgaș normal.

Capitolul 2 – Consumul de droguri în rândul populației și în rândul subgrupurilor specifice

2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ

Ultimul studiu privind evaluarea cunoștințelor, atitudinilor, practicilor de consum de droguri în populația generală s-a derulat în anul 2010, rezultatele fiind publicate în Raportul Național privind situația drogurilor în România, 2011²².

În vederea surprinderii noilor tendințe care au intervenit în comportamentul de consum al diferitelor substanțe cu proprietăți psihoactive, în ceea ce privește percepția riscurilor, atitudinea referitoare la consum, droguri și consumatori, la nivelul populației generale, cel de-al patrulea astfel de studiu este prevăzut a fi derulat în acest an. Rezultatele vor fi publicate în Raportul Național privind situația drogurilor în România, 2014.

2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE

În anul 2012, ANA a realizat primul studiu specific pentru evaluarea riscului/ gradului de excludere socială cu care se confruntă persoanele consumatoare de droguri²³. Rezultatele privind excluderea socială sunt prezentate în capitolul 8 al prezentului raport, aici fiind menționate doar cele referitoare la consumul și comportamentul de consum.

Până în prezent, în România, consecințele sociale ale consumului de droguri nu au constituit obiectul unei analize sociologice, majoritatea datelor privind această problemă fiind colectate, în subsidiar, din derularea unor activități axate pe cercetarea altor aspecte relevante ale consumului de droguri sau din monitorizarea de rutină a indicatorilor epidemiologici cheie.

SCOPUL STUDIULUI

Principalul scop al acestei cercetări constă în evaluarea gradului de excludere socială a consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat.

OBIECTIVE SPECIFICE

- a) Cunoașterea nivelului educațional al consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat;
- b) Cunoașterea statutului ocupațional al consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat;
- c) Cunoașterea condițiilor locative ale consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat;
- d) Cunoașterea percepției consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat privind accesul la un loc de muncă;
- e) Cunoașterea percepției consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat privind accesul la educație;
- f) Cunoașterea percepției consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat privind accesul la serviciile medicale, psihologice sau sociale.

²² Disponibil la adresa www.ana.gov.ro

²³ <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final%20OK.pdf>

METODOLOGIA STUDIULUI

Eșantionare

Metoda de eșantionare a fost selecția aleatorie simplă, dar la aplicarea acesteia s-a ținut cont de îndeplinirea simultană a criteriilor de includere în eșantion și totodată de neîndeplinirea niciunui dintre criteriile de excludere stabilite, după cum urmează:

a) Criterii de includere în eșantion:

- Consumator de droguri în ultimele 12 luni anterioare interviului
- Vârsta cuprinsă între 18-49 de ani (ambele incluse)
- Abilitate mentală și fizică de a înțelege întrebările și instrucțiunile
- Consimțământ scris în vederea participării la cercetare
- Să fi locuit în București cel puțin 6 luni din cele 12 luni anterioare datei interviului (județul Ilfov este inclus)

b) Criterii de excludere din eșantion:

- Se află în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat.
- A mai răspuns la chestionar în acest studiu
- Incapacitate mentală sau fizică de a coopera la aplicarea chestionarului
 - Să înțeleagă limba română suficient de bine
 - Să nu sufere o tulburare psihică care să împiedice înțelegerea și realizarea interviului
 - Să nu se afle sub influența alcoolului sau altor droguri, astfel încât acest fapt să împiedice realizarea interviului etc

Instrumentul de colectare a datelor

Chestionarul este compus din 3 secțiuni, din care 2 au fost dedicate culegerii de date privind caracteristicile socio-demografice ale consumatorului și specificitatea modelului de consum practicat, iar cea de-a treia a fost alocată pentru evaluarea riscului de excludere socială. Această secțiune a fost structurată pe mai multe dimensiuni, după cum urmează: percepția riscului de excludere socială, accesul la un loc de muncă, accesul la educație/ cultură, accesul la servicii de sănătate, condițiile de locuire.

Durata medie de completare a chestionarului a fost de aproximativ 11 minute (201 itemi, 49 întrebări).

Chestionarul a fost pretestat în luna octombrie, pe 30 respondenți. Etapa de colectare a datelor s-a derulat în luna noiembrie 2013 prin intermediul reprezentanților Asociației CARUSEL.

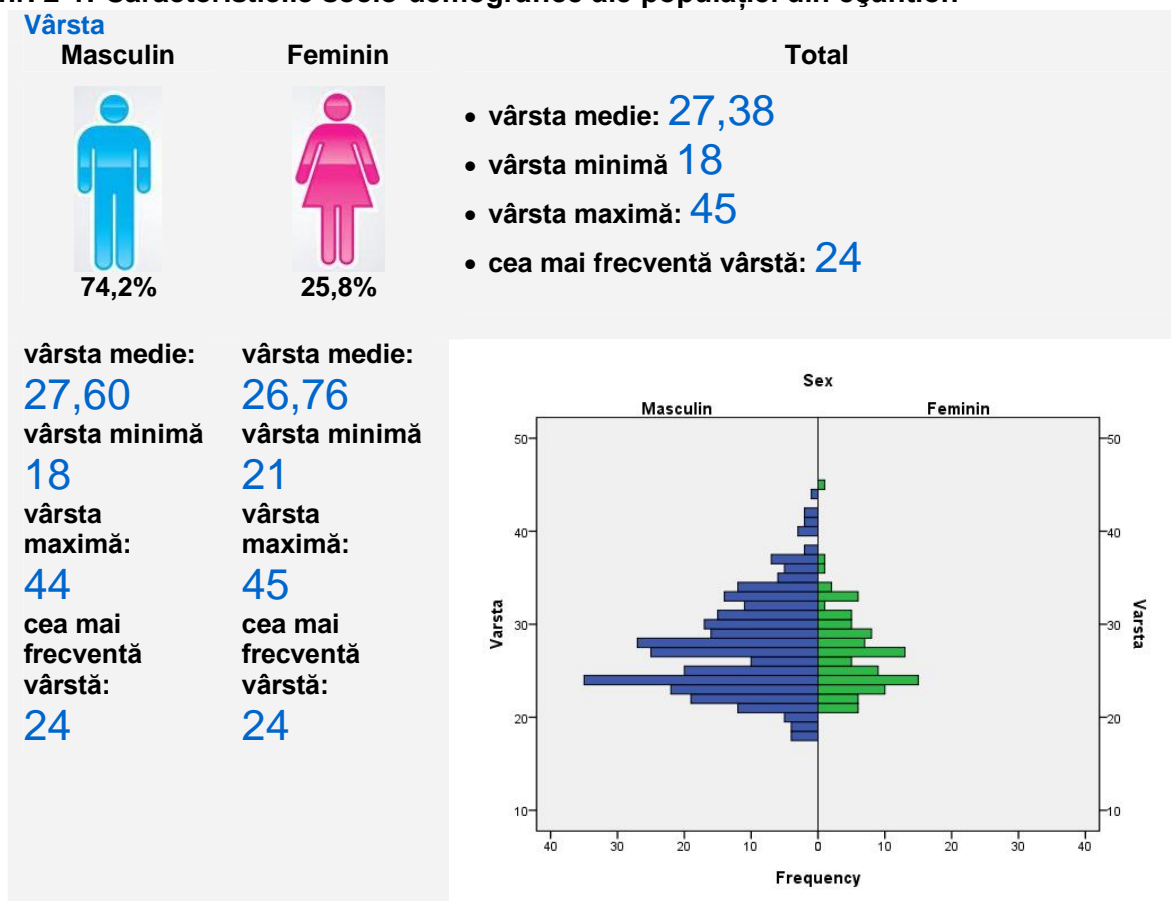
Au fost aplicate 420 chestionare, în urma etapelor de curățare rezultând 400 chestionare valide.

DESCRIEREA EȘANTIONULUI

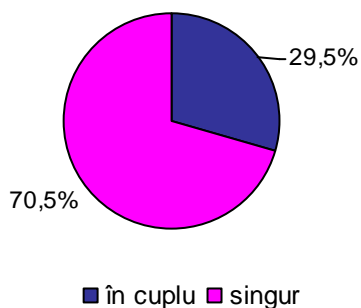
Din cei 400 consumatori de droguri din București incluși în studiu, 74,2% sunt bărbați și 25,8% sunt femei, 95% s-au născut în mediul urban, în timp ce restul de 5% s-au născut în mediul rural.

În vederea realizării analizei, a fost definită o variabilă de încadrare a respondenților în funcție de grupa de vârstă, rezultând următoarele: 34,8% au vârsta cuprinsă între 18 și 24 ani, 57,2% au vârsta cuprinsă între 25 și 34 ani și 8%, între 35 și 49 ani și una referitoare la statusul marital, 70,5% declarând că sunt singuri (văduv, necăsătorit, divorțat/ separat), iar 29,5% fiind angajați într-o relație de cuplu (concubinaj, căsătorit).

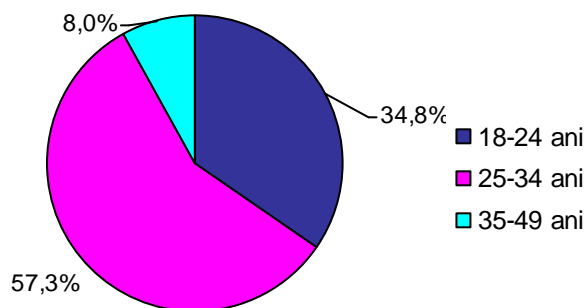
Grafic nr. 2-1: Caracteristicile socio-demografice ale populației din eșantion



Statusul marital



Categoriile de vârstă



Sursa: ANA

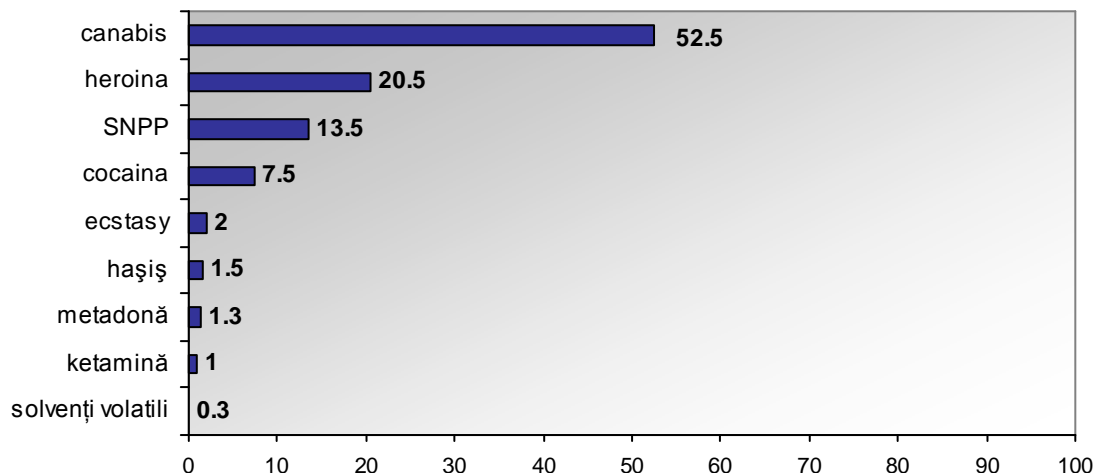
84% dintre respondenți sunt de etnie română, 14,3% de etnie romă și 1,7% au declarat alte etnii, precum: maghiară, arabă, ucrainiană, evreiască.

REZULTATE

Drogul principal consumat

În funcție de drogul principal consumat, eșantionul studiat se repartizează astfel: 52,5% au declarat consum de cannabis, 20,5% sunt consumatori de heroină, 13,5% au raportat consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), 7,5% sunt consumatori de cocaină, în timp ce 2% au declarat consum de ecstasy, 1,5% consum de hașiș, 1,3% consum de metadonă, 1% consum de ketamină, iar 0,3% consum de solvenți volatili.

Grafic nr. 2-2: Distribuția respondenților în funcție de drogul principal consumat, %

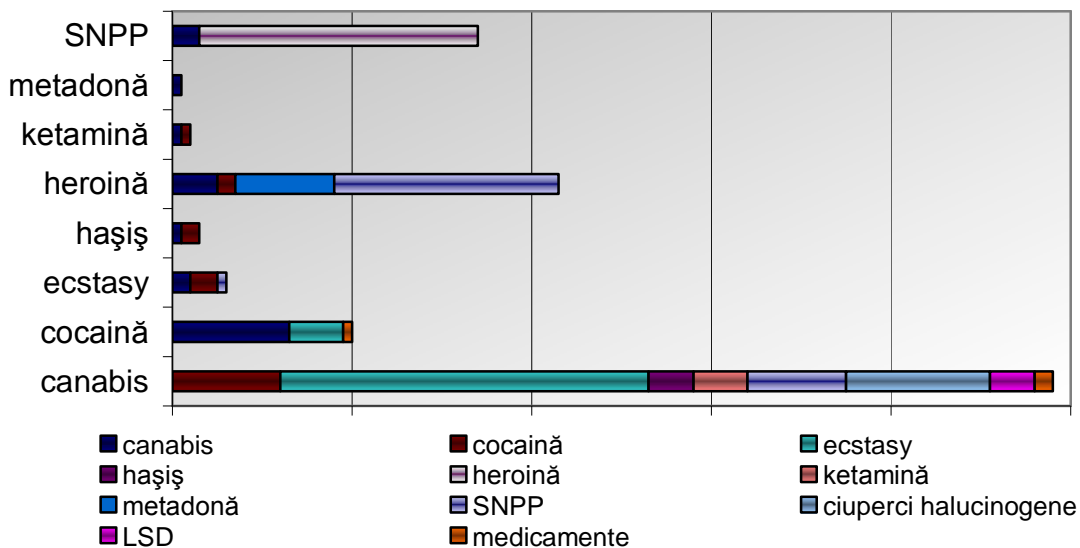


Sursa: ANA

Consumul secundar de alte droguri

Dintre cei 400 consumatori de droguri incluși în cercetare, 45,5% au raportat, pe lângă drogul principal, și consumul de droguri secundare. Astfel, deși sunt slab reprezentați în eșantion (doar 2% pondere) consumatorii de ecstasy sunt cei care au declarat în cea mai mare proporție consum secundar de alte droguri – 75% dintre ei consumă pe lângă ecstasy și canabis, cocaină și SNPP. Totodată, consumatorii de cocaină, îmbină în proporție de 66,7% cocaina cu alte droguri secundare, cum ar fi canabis, ecstasy și medicamente, în timp ce consumatorii de SNPP înregistrează în proporție de 63% consum secundar, din care cea mai mare parte o reprezintă consumul de heroină (91% dintre consumatorii de SNPP consumă și heroină).

Grafic nr. 2-3: Distribuția respondenților, în funcție de drogul principal și drogul secundar, %



Sursa: ANA

Frecvența consumului

În funcție de frecvența consumului pentru drogul principal, majoritatea respondenților sunt consumatori ocazionali, 57%, din care, 30% de 2-3 ori pe săptămână, iar 27% consumă mai puțin de o dată pe săptămână. În schimb, cei care au declarat consum intensiv se repartizează astfel: 32% consumă în fiecare zi, iar 11% au declarat consum de 4-6 ori pe săptămână.

Tabel nr. 2-1: Repartiția respondenților în funcție de drogul principal consumat și frecvența consumului (%)

Drog principal	Tipul_consumului		Total
	consum intensiv	consum ocazional	
solvenți volatili	0	100	100
canabis	27,1	72,9	100
cocaină	3,3	96,70	100
ecstasy	12,5	87,5	100
hașiș	16,7	83,3	100
heroină	76,8	23,2	100
ketamină	25,0	75,0	100
metadonă	60,0	40,0	100
SNPP	83,3	16,7	100
Total	43,0	57,0	100

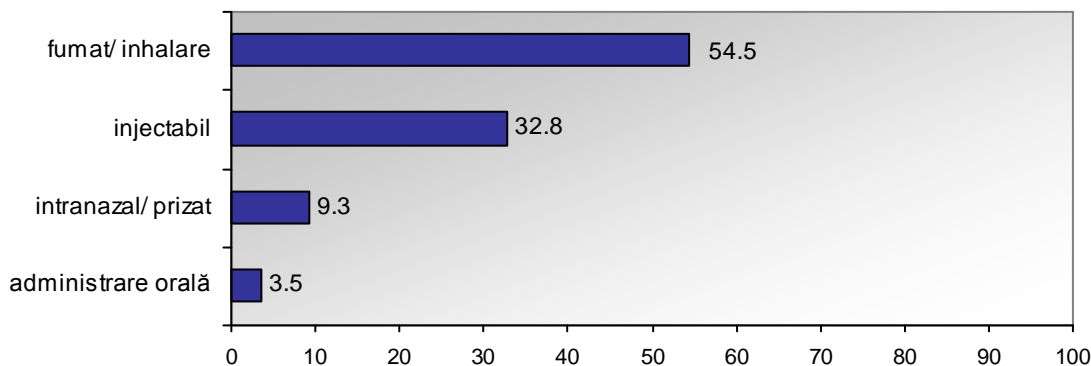
Sursa: ANA

În funcție de drogul principal consumat, cea mai mare proporție în ceea ce privește consumul intensiv (în fiecare zi sau de 4-6 ori pe săptămână), se înregistrează în rândul consumatorilor de heroină – 76,8%, SNPP – 83,3% și metadonă – 60%, în timp ce consumul ocazional (2-3 ori pe săptămână sau mai puțin de o dată pe săptămână) este predominant în rândul consumatorilor de cannabis – 72,9%, cocaină – 96,7%, ecstasy – 87,5%, hașiș – 83,3% și ketamină – 75%.

Calea de consum a drogului principal

În ceea ce privește calea de consum a drogului principal, se observă că, cea mai frecventă cale de administrare este prin fumat/ inhalare – 54,5%, urmată de cea injectabilă, cu o pondere de 32,8%. Această distribuție este explicabilă prin structura eșantionului studiat în funcție de drogul principal consumat. Astfel, în cadrul eșantionului, dacă pentru majoritatea drogurilor există doar o singură cale de administrare (cannabis, hașiș – fumat/ inhalare, cocaină, ketamină – intranasal/ prizat, heroină – injectabil, ecstasy - oral), pentru metadonă și SNPP se înregistrează căi diferite de consum, după cum urmează: metadona – 80% oral și 20% injectabil, SNPP – 88,9% injectabil, 3,7% oral, 5,6% intranasal/ prizat, 1,9% fumat/ inhalare.

Grafic nr. 2-4: Distribuția respondenților în funcție de calea de consum a drogului principal, %

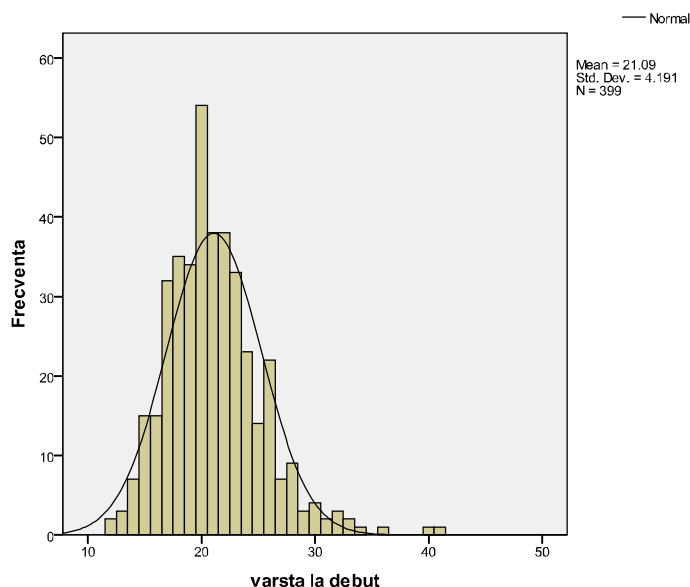


Sursa: ANA

Vârsta de debut în consum

Referitor la vârsta de debut în consum, cea mai mare pondere a persoanelor incluse în eșantion au început consumul de droguri la 20 de ani (13,5%). Vârsta medie de debut este 21 ani, în timp ce, cea mai mică vârstă de debut înregistrată este de 12 ani, iar cea mai mare este de 41 ani.

Grafic nr. 2-5: Repartiția respondenților în funcție de vârsta de debut în consum



Sursa: ANA

În funcție de primul drog consumat și vârsta la care s-a petrecut debutul în consumul de droguri, se observă că majoritatea celor care au debutat la vârste fragede în consumul de droguri au început consumul de droguri cu heroină (75% dintre cei cu vârsta de debut sub 15 ani), în timp ce, cei care au debutat într-un astfel de consum după vârsta de 15 ani și până la vârsta de 34 de ani, au inițiat în cea mai mare parte consumul de droguri cu cannabis – 63,1% dintre cei cu vârsta de debut cuprinsă între 15 și 24 ani, respectiv 52,2% dintre cei cu vârsta de debut cuprinsă între 25 și 34 ani. După împlinirea vârstei de 34 ani, cei care au debutat în consum, au început în proporții egale (33,3%) cu cocaină, heroină și SNPP.

Tabel nr. 2-2: Repartiția respondenților în funcție de primul drog consumat și vârsta de debut în consum, (%)

Categorii vârsta de debut	Primul drog consumat								Total
	canabis	cocaină	ecstasy	hașiș	heroină	SNPP	medicamen te	heroină/ solvenți	
sub 15 ani	16,7	0	0	8,3	75,0	0	0	0	100
între 15 și 24 ani	63,1	1,9	1,6	2,5	26,8	3,2	0,6	0,3	100
între 25 și 34 ani	52,2	1,5	6,0	0	35,8	4,5	0	0	100
între 35 și 49 ani	0	33,3	0	0	33,3	33,3	0	0	100
Total	59,3	2,0	2,3	2,3	30,0	3,6	0,5	0,3	100

Sursa: ANA

Concluzii

- mai mult de jumătate dintre persoanele incluse în cercetare sunt consumatori de canabis, aproximativ o cincime sunt consumatorii de heroină, în timp ce peste o zecime sunt consumatori de SNPP;
- aproape jumătate dintre respondenții incluși în cercetare practică policonsumul de droguri, acest model de consum fiind cel mai puternic prezent în rândul consumatorilor de ecstasy, cocaină și SNPP;
- cea mai frecventă cale de administrare este prin fumat/ inhalare, urmată de cea injectabilă;
- heroina, SNPP și metadona sunt droguri care se consumă de regulă intensiv, în timp ce, cocaina, ecstasy, canabisul, hașișul și ketamina sunt consumate în special ocazional;
- pentru debutul în consum la vârste sub 15 ani, este specific consumul de heroină, debutul la vârste cuprinse între 15 și 34 ani, se produce de regulă în consumul de canabis, în timp ce, debutul după 35 ani, s-a făcut în consumul de cocaină, SNPP și heroină.

Capitolul 3 – Prevenire

INTRODUCERE

Prevenirea consumului de droguri, ca prioritate implicită a politicilor publice naționale antidrog, vizează ca și rezultat concret, conform prevederilor Strategiei Europene în domeniu - „*reducerea măsurabilă a consumului de droguri, a dependenței și a riscurilor medicale și sociale prin dezvoltarea și îmbunătățirea unui sistem de reducere a cererii care să fie efectiv și integrat, bazat pe rezultate științifice care să includă prevenirea, intervenția rapidă, tratamentul, prevenirea riscurilor și reintegrarea socială. Măsurile de reducere a cererii trebuie să ia în considerare toate problemele sociale și medicale produse de consumul și abuzul de droguri, precum și de policonsum, împreună cu substanțe psihoactive „legale”, cum sunt alcoolul și tutunul*”.

În acord cu obiectivele prevăzute în politicile publice antidrog din statele membre ale spațiului comunitar, activitățile din domeniul prevenirii consumului de droguri, implementate în perioada de referință și subsumate Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012 și Planului de Acțiune pentru implementarea acesteia, au avut ca scop consolidarea influenței factorilor de protecție și reducerea influenței factorilor de risc, prin implementarea unor intervenții și măsuri specifice de conștientizare a populației generale, în special a copiilor și tinerilor, și de implicare a acestora în programe universale, selective și indicate de prevenire a consumului de droguri, programe derulate conform standardelor europene și naționale în domeniu.

Una dintre problemele majore ale coordonării proiectelor și intervențiilor de prevenire atunci când există un număr mare de actori cheie implicați și cu responsabilități în domeniu este reprezentată de asimetria informațională apărută în relațiile dintre actori, pe fondul lipsei unei tradiții în ceea ce privește consultarea și comunicarea publică. Asimetria informațională între diferite sfere ale administrației publice centrale și locale constă în exclusivitatea informației pe care o deține o instituție și în nediseminarea informației complete către ceilalți parteneri interesați.

Astfel, tendința în măsurarea performanței acțiunii guvernamentale în domeniul de referință, concretizată prin politici publice, se manifestă prin intermediul analizării rezultatelor politicilor, dar, în contextul românesc actual, având în vedere dificultățile de comunicare și coordonare interinstituțională, fiecare instituție are tendința de a urmări doar rezultatul direct al intervenției proprii (output) și modul în care, în mod singular, contribuie la îndeplinirea obiectivelor politicilor intersectoriale (outcome). În multe cazuri, comunicarea mai puțin eficientă, structurată și procedurată dintre instituțiile implicate în implementarea strategiei naționale antidrog îngreunează procesul de colectare a informațiilor și de elaborare a programelor de monitorizare și evaluare a politicilor care implică intervenția mai multor actori. Există tendința ca mai multe programe și proiecte să fie coordonate de mai multe instituții care pot influența în mod diferit rezultatele de care trebuie să beneficieze grupurile țintă. Implicit, evaluarea rezultatelor acestor programe și proiecte trebuie să țină cont de informațiile furnizate de fiecare dintre instituțiile implicate, evaluarea separată a acestora conducând la distorsionarea informațiilor. Chiar dacă rezultatul evaluării este unul pozitiv, nu se poate determina care tip de politică/ intervenție a determinat acest rezultat. În plus, de cele mai multe ori, programele și proiectele interacționează între ele, ceea ce face dificilă separarea efectelor unui program nou de efectele pe termen lung ale programului înlocuit.

Calitatea discutabilă a rapoartelor de monitorizare și evaluare se datorează problemelor legate de dificultatea colectării informațiilor și a acurateții acestora. În multe instituții publice cu responsabilități în domeniul prevenirii consumului de droguri, este evidentă lipsa unor baze de date care să cuprindă informația rezultată în urma rapoartelor de monitorizare. În cazurile în care aceste baze de date există, datele sunt dispartate în diverse departamente, ceea ce face să nu existe o imagine unitară asupra impactului programelor de prevenire.

Astfel, ca și concluzie, analiza programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire a consumului de droguri, universale și selective, în mediul școlar, familial și comunitar, este centrată preponderent pe *indicatorii de output* - indicatori legați de activitățile implementate, reprezentând “produsele” directe ale acestora și, într-o mai mică măsură pe *indicatorii de rezultat* care ar trebui să furnizeze informații despre schimbările din comportamentul beneficiarilor direcți ai programelor, proiectelor și intervențiilor preventive și *indicatorii de impact* care se referă la consecințele politicii publice dincolo de efectele asupra beneficiarilor direcți.

Materialul rezultat din această cercetare în statele partenere ale proiectului va fi publicat în vederea validării pe site-ul EMCDDA.

3.1 PREVENIRE GENERALĂ LA NIVEL COMUNITAR (PREVENIREA ÎN MEDIUL SOCIAL IMEDIAT, „ENVIRONMENTAL PREVENTION”)

Definite drept strategii de influențare a caracteristicilor culturale, sociale, fizice sau economice ale mediului imediat în care oamenii fac alegeri privind consumul de droguri, intervențiile de prevenire generală de acest tip vizează cel mai adesea, atât la nivel european, cât și național, măsurile strategic integrate sau punctuale de reglementare a utilizării alcoolului și tutunului, precum și alte tipuri de intervenții asociate (ex. prevenirea consumului de droguri în trafic, la conducătorii auto).

În România nu există încă la momentul actual, în pofida mai multor încercări de reglementare inițiate de autorități, viziuni integrate privind reducerea consecințelor negative asociate uzului și abuzului de alcool și tutun.

Cu toate acestea, există prevederi legislative cu referire la aceste substanțe, care reglementează contextual, fie din punct de vedere economic, social sau al mecanismelor juridice punitive, utilizarea alcoolului și tutunului.

Astfel, odată cu aderarea la UE, România a adoptat și a adaptat sistemul european de taxare și accizare a produselor din alcool și tutun, reglementat²⁴ la nivelul anului de referință 2011 de Ordonanța de urgență a Guvernului nr.117/2010²⁵.

Alcool

Legislația națională nu interzice consumul de alcool însă, prevede sancțiuni pentru consumul de băuturi alcoolice în locuri publice, de către persoanele care nu au împlinit vârsta de 18 ani, precum și pentru comercializarea băuturilor alcoolice către minori²⁶.

Conform normelor în vigoare, se interzice:

- Reclama pentru băuturile alcoolice în perimetrul aferent unităților de învățământ și sănătate, la o distanță mai mică de 200 de metri de sediile acestora.
- Vânzarea de băuturi alcoolice minorilor.
- Publicitatea (directă sau indirectă) la băuturile alcoolice spirtoase în cadrul programelor radio și TV în intervalul orar 06.00 – 22.00²⁷.
- Difuzarea de spoturi publicitare pentru alcool în care apar minori²⁸.
- Comercializarea ori expunerea spre vânzare a băuturilor alcoolice în incinta unităților și instituțiilor de învățământ de toate gradele, a căminelor și locurilor de cazare pentru elevi și studenți, în curțile acestor imobile, precum și pe trotuarele sau pe aleile de acces în aceste unități²⁹.

²⁴ <http://codfiscal.realitatea.net/anexa-nr-1-la-titulul-vii-accize-si-alte-taxe-speciale>

²⁵ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 117 din 23 decembrie 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/ 2003 privind Codul fiscal și reglementarea unor măsuri financiar- fiscale

²⁶ Legea nr. 61/1991 modificată și republicată, Monitorul Oficial al României nr. 387/18.08.2000

²⁷ Decizia Consiliului Național al Audiovizualului privind Codul de reglementare a conținutului audiovizual - Monitorul Oficial al României nr. 250/02.03.2006

²⁸ Idem 25

²⁹ Idem 24

- Servirea minorilor cu băuturi alcoolice, în localurile publice³⁰.
- Conducerea pe drumurile publice a unui autovehicul de către o persoană care are o îmbibație alcoolică de peste 0,80g/ l alcool pur în sânge ori o concentrație ce depășește 0,40mg/ l alcool pur în aerul expirat se pedepsește cu închisoare de la 1 la 5 ani³¹.
- Refuzul, împotrivirea sau sustragerea conducătorului unui autovehicul ori a instructorului auto, aflat în procesul de instruire, sau a examinatorului autorității competente, aflat în timpul desfășurării probelor practice ale examenului pentru obținerea permisului de conducere, de a se supune recoltării probelor biologice sau testării aerului expirat, în vederea stabilirii alcoolemiei ori a prezenței de produse sau substanțe stupefiante ori a medicamentelor cu efecte similare acestora, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani.³²

De asemenea, Codul penal al României incriminează drept circumstanță agravantă așa-numita beție voluntară, astfel: „săvârșirea infracțiunii în stare de intoxicație voluntară cu alcool sau cu alte substanțe psihoactive, când a fost provocată în vederea comiterii infracțiunii”³³.

Tutun

Conform Studiului în Populația Generală³⁴, realizat de Agenția Națională Antidrog în anul 2010, fumatul produselor din tutun înregistrează cel de-al doilea nivel al prevalenței consumului de droguri în populația României: mai mult de jumătate dintre cei intervievați (56,9%) au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții.

Prin Legea nr. 332/2005, România a ratificat Convenția-cadru a Organizației Mondiale a Sănătății pentru controlul tutunului³⁵.

De asemenea printre cele mai semnificative prevederi ale legislației românești în acest domeniu se pot menționa³⁶:

- se interzice fumatul în spațiile publice închise;
- fumatul este permis în spații special amenajate pentru fumat, cu respectarea următoarelor condiții obligatorii:
 - a) să fie construite astfel încât să deservească doar fumatul și să nu permită pătrunderea aerului viciat în spațiile publice închise;
 - b) să fie ventilate corespunzător, astfel încât nivelul noxelor să fie sub nivelurile maxime admise;
- fac excepție barurile, restaurantele, discotecile și alte spații publice cu destinație similară, dacă îndeplinesc condițiile anterior menționate;
- prevederile anterioare nu se aplică barurilor, restaurantelor, discotecilor și altor spații publice cu destinație similară, al căror proprietar sau manager stabilește și afișează avertismentul: „în această unitate fumatul este interzis” ;
- se interzice vânzarea produselor din tutun la bucată, precum și punerea pe piață a pachetelor de țigări care conțin mai puțin de 20 de bucăți;
- fiecare pachet care conține produse din tutun, în momentul punerii pe piață a produsului, trebuie să prezinte tipărit pe o parte a pachetului, în limba română, conținutul de gudron, de nicotină și monoxid de carbon din gazele măsurate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, astfel încât să se acopere cel puțin 10% din suprafața corespunzătoare;

³⁰ Idem 24

³¹ Art.87, alin (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.195/ 2002 privind circulația pe drumurile publice - Modificată și completată prin O.U.G. nr.63/2006 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.729/20.09.2006

³² Art.87, alin (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.195/2002 privind circulația pe drumurile publice - Modificată și completată prin O.U.G. nr.63/2006 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.729/20.09.2006

³³ Art.77, lit.(f) - Codul Penal al României, Publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 510 din 24/07/ 2009, care a intrat în vigoare la data de 24 iulie 2012

³⁴ <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%2010.pdf>

³⁵ publicată în Monitorul Oficial nr. 1088 din 2 decembrie 2005

³⁶ Art.3, alin.(1-5) și art.6, alin.(1-2) din Legea pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, Legea nr 349/2002, publicată în Monitorul Oficial partea I nr. 435/21.06.2002

- fiecare pachet care conține produse din tutun, cu excepția tutunului de uz oral sau a altor produse din tutun care nu se fumează, se inscripționează, în limba română, cu un avertisment general, precum și cu unul adițional (avertismentele obligatorii sunt : „Fumatul ucide/ Fumatul poate ucide” sau „Fumatul este nociv pentru sănătatea dumneavoastră și pentru cei din jurul dumneavoastră”).

Deși nu există o strategie națională care să reglementeze integrat domeniul, se poate menționa ca semnificativ sub aspectul rezultatelor înregistrate, **Programul Național Anti-Fumat**. Subprogramul național de combatere a consumului de tutun face parte din Programul național de promovare a sănătății și educație pentru sănătate. Prin intermediul acestui program sunt derulate o serie de activități menite să contribuie la reducerea numărului de persoane fumătoare din România.

Astfel, prin programul „Stop Fumat!” se asigură serviciile necesare terapiei renunțării la fumat (consiliere, tratament medicamentos, terapie comportamentală) de către medici și psihologi cu pregătire în domeniu. Medicii realizează o evaluare a fumătorului din punct de vedere al gradului dependenței fizice și al bolilor asociate, o evaluare a nevoilor, problemelor și dorințelor fumătorilor, o consiliere comportamentală de bază și o determinare a CO₂ expirat. În final, dacă pacientul dorește și nu are contraindicații, se oferă unul dintre cele 3 medicamente recomandate de OMS și organizațiile profesionale din domeniu. Psihologii evaluează tipul și gradul dependenței psihologice și, în funcție de nevoile fumătorului, stabilesc un plan terapeutic cu elemente comportamentale și cognitive. Fumătorul decide dacă și de câte ori revine la psiholog pentru a învăța să aplice acest plan. Atât medicamentele, cât și consultațiile medicale și psihologice sunt gratuite, fiind asigurate de Ministerul Sănătății.

Alte tipuri de intervenții asociate - testarea rapidă de identificare a prezenței drogurilor la conducătorii auto

În vederea prevenirii consumului de droguri în rândul conducătorilor auto, Agenția Națională Antidrog, în colaborare cu Brigada Rutieră București și Brigada de Combatere a Criminalității Organizate București, a realizat 162 de teste în cadrul a 7 activități de testare rapidă de identificare a prezenței drogurilor în traficul auto.

Față de anul 2011, în anul 2012 a fost realizat un număr dublu de teste de identificare a drogurilor din lichidele biologice. La nivel național au fost derulate activități de testare antidrog a conducătorilor auto în Constanța, Iași, Timișoara.

3.2 PREVENIRE UNIVERSALĂ

Ca și în anii precedenți, majoritatea programelor naționale, regionale și locale de prevenire universală implementate au avut ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației privind consumul de alcool, tutun, droguri și substanțe noi cu efecte psihoactive, precum și dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul populației generale, prin orientarea către activități cultural-artistice și sportive, ca alternativă la consumul de droguri.

În anul 2012, cea mai mare provocare a activităților de prevenire a consumului de droguri a fost de a acompania și acorda suport adolescenților și tinerilor în gestionarea comportamentului și coping-urilor de a face față unor influențe multiple, cum ar fi normele sociale, interacțiunea cu egalii, condițiile de viață și propriile trăsături de personalitate. În acest sens, au fost intensificate intervențiile centrate pe reducerea comportamentelor riscante legate de consumul de substanțe, cunoscut fiind faptul că tinerii sunt influențați de un set complex de factori de mediu, cum ar fi ceea ce se consideră a fi normal și dezirabil în comunitățile în care trăiesc, legislația și publicitatea la care sunt expuși, disponibilitatea alcoolului, tutunului și drogurilor ilegale etc.

Considerând că adolescența este un factor de risc *per se*, și că majoritatea tinerilor încep consumul de droguri la această vârstă, proiectele și intervențiile de prevenire au fost concentrate asupra mediului școlar, ca și cadru eficient pentru prevenirea universală. Cu toate acestea, în cadrul populației școlare există și grupuri vulnerabile care au necesitat intervenții adaptate.

Programele de prevenire au fost realizate pentru furnizarea cunoștințelor despre efectele fiziologice și psihice, construirea unei atitudini negative față de droguri, construirea încrederii în sine, învățarea celor mai eficiente strategii de coping și abilităților de viață socială, încurajarea participării la activități alternative.

Din păcate, din cauza resurselor financiare insuficiente, programele tip informare au continuat să joace un rol central în prevenirea consumului de droguri, deși cea mai recentă tendință dovedită a fi eficientă în domeniu, în statele membre ale spațiului comunitar, este centrată pe reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri, fundamentată pe convingerea că abilitățile cognitive sunt mai importante decât abordările comportamentale pentru a-i învăța pe tineri să ia decizii și să facă alegeri informate în viață.

Anul 2012 a marcat, de asemenea, și etapa de traducere și adaptare a standardelor minime ale proiectelor de prevenire a consumului de droguri, ca rezultat concret al unui proiect european coordonat de Universitatea „John Moore” din Liverpool, supervizat de EMCDDA, proiect în care România a fost partener activ. În perioada imediat următoare (2013-2014), varianta rezumativă a acestor standarde va îmbrăca forma unui proiect de act normativ secundar (completare și modificare a HG 860/2005) sau terțiar.

3.2.1 PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2012, programele/ proiectele de prevenire a consumului de droguri în școală au fost desfășurate de rețeaua teritorială a Agenției Naționale Antidrog, formată din cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, de către serviciile publice deconcentrate subordonate Ministerului Educației și Cercetării, prin Inspectoratele Școlare județene, Ministerului Sănătății, prin Institutul Național de Sănătate Publică, respectiv Direcțiile de Sănătate Publică județene, de Ministerul Administrației și Internelor, prin Inspectoratele de Poliție județene și Inspectoratele Județene de Jandarmi, de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale prin Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Ministerul Justiției, prin unitățile penitenciare și Direcția de Probațiune, respectiv Serviciile de probațiune, de Ministerul Tineretului și Sportului, prin Direcțiile Județene pentru Tineret și Sport, în parteneriat cu societatea civilă

PROIECTE LOCALE:

În anul 2012, CPECA a implementat un număr de 110 proiecte de prevenire în mediul școlar, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

- În mediul preșcolar:
 - o 82 activități de prevenire
 - o 1559 beneficiari (1230 de copii, 230 părinți și 99 cadre didactice).
- În mediul școlar (primar, gimnazial și liceal):
 - o 6287 activități de prevenire (4919 în mediul urban și 1368 în mediul rural)
 - o 52079 beneficiari direcți (elevi, părinți, cadre didactice și polițiști)
 - o 24457 beneficiari indirecti.
- În mediul universitar:
 - o 38 activități de prevenire
 - o 4355 beneficiari direcți (4320 de studenți și 35 cadre didactice)
 - o 13500 beneficiari indirecti.

În ceea ce privește **colaborarea CPECA la nivel local cu serviciile publice deconcentrate** subordonate ale Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, respectiv cu Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) din județele Alba, Arad, Bistrița Năsăud, Buzău, Caraș Severin, Cluj, Constanța, Dâmbovița, Ialomița, Iași, Mehedinți, Olt, Satu Mare, Suceava, Timiș, Vrancea sau cu alte organizații neguvernamentale, s-a concretizat prin diverse activități de informare și de prevenire a consumului de droguri. De asemenea, au existat și inițiative proprii ale DGASPC-urilor, dintre acestea menționăm:

- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Cluj care a realizat periodic activități de prevenire a consumului de substanțe în cadrul centrelor de plasament, unităților de tip familial din subordine, cât și în unitățile de învățământ din județ. Astfel, în anul 2012, în cadrul a cinci școli, cu participarea a 93 de elevi, au fost organizate grupuri și sesiuni de informare privind dreptul copilului de a fi protejat împotriva folosirii ilicite de droguri, consecințele consumului de droguri și cunoașterea rețelei de servicii existente.
- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Buzău a organizat campania „Etnobotanicele nu-ți rezolvă problemele”, sub motto-ul „Important în viață este să nu te lași târât, un lucru atrage după sine un altul și apoi nu mai știi unde ajungi!”, campanie adresată liceenilor buzoieni.

La nivelul județelor Călărași și Ialomița, un alt partener al Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog a fost reprezentat de **serviciile de probațiune**, care s-au implicat în activități și proiecte de prevenire a consumului de droguri în rândul elevilor din școli și licee din județ.

O altă organizație care s-a implicat în prevenirea consumului de droguri în anul de referință este **Federația Internațională a Comunităților Educative (FICE) – România**, care a acționat cu aceeași atenție și același profesionalism în domeniul prevenirii consumului de droguri tip peer to peer education, prin continuarea proiectelor începute în urmă cu 20 de ani: „Cunoaște și decide”- proiect antidrog destinat copiilor și „Cunoaște și acționează” – proiect de consiliere a părinților în același domeniu. Proiectele s-au bucurat de sprijinul specialiștilor ANA, ai Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” și ai Asociației Internaționale de Intervenții în Toxicomanii și au fost implementate în București și în județele Teleorman, Vaslui, Bihor și Iași.

Proiecte și activități de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar au fost derulate și de structurile teritoriale ale Jandarmeriei Române din Alba, Arad, Argeș, București, Bacău, Bihor, Bistrița Năsăud, Botoșani, Brăila, Brașov, Buzău, Caraș-Severin, Călărași, Constanța, Cluj, Dâmbovița, Dolj, Gorj, Harghita, Hunedoara, Maramureș, Mehedinți, Mureș, Neamț, Olt, Prahova, Satu Mare, Sibiu, Suceava, Teleorman, Timiș, Tulcea, Vaslui, Vâlcea și Vrancea. Acestea s-au implicat în implementarea a 51 de proiecte/ campanii în cadrul cărora a fost atinsă problematica fenomenului consumului de droguri. Dintre acestea, 24 au atins tangențial problematica consumului de droguri, iar 27 au fost centrate pe prevenirea consumului de droguri, ca de exemplu proiectul implementat de Inspectoratul Județean de Jandarmi Teleorman „Jandarmul- prietenul celor care respectă lege! Împreună pentru siguranța în Școli- Școala ta fără droguri!” proiectul implementat de Inspectoratul Județean de Jandarmi Buzău „De ce să începi?”, proiectul implementat de Gruparea de Jandarmi Mobilă „TOMIS” Constanța „Evitați întâlnirea cu drogurile” și proiectul implementat de Inspectoratul Județean de Jandarmi Brăila „Drogurile - între lege și fără de lege” .

PROIECTE NAȚIONALE:

CONCURSUL „MESAJUL MEU ANTIDROG” EDIȚIA A IX-A

Concursul național „Mesajul meu antidrog”, aflat la a IX-a ediție, a reprezentat un cadru adecvat de manifestare a elevilor și studenților cuprinși într-o formă de învățământ, contribuind, alături de celelalte activități de acest gen, la formarea de convingeri de viață sănătoasă în rândul populației tinere.

Având ca țintă dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul populației școlare, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri, proiectul a fost implementat la nivelul fiecărui CPECA, în colaborare cu inspectoratele școlare, direcțiile de tineret și sport, direcțiile de sănătate publică județene în perioada februarie – iunie 2012.

Conform regulamentului concursului, elevii au participat la 10 secțiuni, pe două categorii de vârstă: eseu literar, pagină web (3 subsecțiuni), film de scurt metraj, fotografie digitală, spot, arte vizuale (3 subsecțiuni), sport (8 –discipline)- numai la nivel județean.

La nivel național au primit informații despre concurs peste **150.000 de elevi de gimnaziu și liceu**. La concurs **au participat cu lucrări la cele 10 secțiuni peste 5000 de elevi**. Lucrările premiate cu locul I au participat la faza națională a concursului.

PROIECTUL „NECENZURAT”

„Necenzurat“ este un proiect de prevenire a consumului de droguri în școli pentru adolescenții cu vârste cuprinse între 12 și 14 ani, fiind bazat pe modelul influenței sociale.

În anul 2012 a fost definitivată echipa de proiect în vederea implementării la nivel național, s-au tipărit peste **3000 de caiete și seturi de carduri pentru elevi, 400 manuale (ghiduri) destinate profesorilor și** a fost organizată **formarea formatorilor județeni**.

De asemenea, au fost **formați câte doi specialiști din fiecare județ/sector, unul din cadrul CPECA și unul din cadrul Centrului Județean de Resurse și Asistență Educațională**, din structura fiecărui Inspectorat Școlar Județean/ Inspectoratul Municipiului București.

Un aspect important privind dezvoltarea proiectului l-a constituit **acreditarea** acestuia în cadrul sistemului de formare continuă a personalului didactic din învățământul preuniversitar.

PROGRAMUL „ ȘCOALA ALTFEL”

În baza parteneriatului pe care ANA îl are cu Ministerul Educației Naționale s-a stabilit încă de la sfârșitul anului 2011 ca cele două instituții să colaboreze în cadrul programului „ Școala altfel”.

Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au organizat în cadrul acestui program un număr important de activități: vizionări de filme cu tematică specifică, prezentări ale specialiștilor cu privire la consumul de substanțe și efectele lor urmate de dezbateri, distribuirea de materiale informative etc. De asemenea, în majoritatea județelor au fost organizate conferințe de presă cu participarea Instituției Prefectului, au fost elaborate comunicate de presă, prilej cu care au fost promovate activitățile înscrise în program.

3.2.2. PREVENIREA ÎN FAMILIE

Ca și în majoritatea statelor membre cu experiență îndelungată în domeniul prevenirii consumului și în România, **în anul de referință a fost implementat un număr relativ redus de proiecte de prevenire în aria familială**. Există o polideterminare a acestui aspect:

- macrosocială – anomia socială, situația economică, șomajul etc
- individuală - mecanismele de atragere și motivare a familiilor aflate în situații de risc includ și instrumente financiare care nu au putut fi asigurate.

PROIECTE LOCALE:

În anul 2012, CPECA a implementat **17 proiecte de prevenire în mediul familial**, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

- **368 activități de prevenire (216 în mediul urban și 152 în mediul rural)**
- **3924 beneficiari (părinți naturali, asistenți maternali, asistenți maternali și tineri din centre de plasament)**

În scopul susținerii și promovării drepturilor copilului, în perioada mai- iunie 2012, **DGASPC Bistrița Năsăud** a desfășurat în șase localități din județ o campanie pentru educația părinților în vederea creșterii responsabilităților, a cunoașterii drepturilor și obligațiilor lor. La activitățile campaniei au luat parte **400 de părinți** ai copiilor din clasele I-VIII, cadre didactice, asistenți sociali din cadrul primăriilor și agenți de poliție. Acestea au constatat în prezentarea unor materiale video, urmate de discuții libere privitoare la responsabilitățile părintești, la fenomenul traficului de persoane, la fenomenul violenței prin Internet, la

prevenirea abuzului și neglijării ori a abandonului, dar și la problemele generate de consumul și traficul de droguri și la consecințele nefaste pe care le produce. S-au subliniat drepturile copilului, prevăzute în Legea 272/2004, dar și aspecte legate de recompense și pedepse sau de importanța comunicării dintre părinte și copil.

PROIECTE NAȚIONALE:

CAMPANIA NAȚIONALĂ „RISCURILE CONSUMULUI DE DROGURI LA MAMĂ ȘI COPIL”

Agenția Națională Antidrog a organizat în data de 20 iunie 2012, la Palatul Parlamentului, **Conferința națională „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil”**, eveniment la care au participat specialiști din cadrul Ministerului Administrației și Internelor, Ministerului Sănătății, Organizației Mondiale a Sănătății, Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale și ai UNICEF România.

Prezentările în plen au pus accentul pe efectele negative pe care consumul de droguri îl are asupra mamei și fătului: „Părinți consumatori de droguri”, „Mame seropozitive însărcinate”, „Consecințe fetale și neonatale ale toxicomaniei materne în cursul sarcinii”, „Implicațiile consumului de substanțe ilegale la mamă și efectele asupra copiilor - studiu de caz”, „Studiu consum „etnobotanice”, „Factori de risc și de protecție la consumul de droguri”, „Influența fumatului asupra funcției pulmonare la copil și mamă”, „Efectele abuzului de substanțe asupra copiilor și familiei”, „Prezentarea serviciilor de protecție a copilului”, „Prezentarea serviciilor de asistență ale ANA” etc.

Evenimentul a marcat inițierea **campaniei naționale „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil”**, al cărei obiectiv principal a fost sensibilizarea și conștientizarea viitoarelor mame cu privire la riscurile asociate consumului de tutun, alcool și droguri asupra fătului și care a avut perioada de implementare cuprinsă între **5 octombrie 2012 – 26 iunie 2013**.

Campania și-a propus:

- organizarea unor dezbateri privind consecințele consumului de droguri la mamă și copil cu participarea unor specialiști în domeniul medical, psihologic, juridic;
- organizarea de vizite de informare în cabinete de planning familial și distribuirea de materiale informative;
- organizarea unor mese rotunde cu participarea tuturor factorilor implicați în asistarea medicală a viitoarelor mame în fiecare județ.

În perioada campaniei, în **8 orașe** din țară (București, Craiova, Brașov, Cluj, Iași, Constanta, Galați, Ploiești) s-au derulat dezbateri privind riscurile consumului de droguri la mamă și copil, s-au purtat discuții despre echilibrul pe care uneori este greu pentru mame să-l găsească în viața de familie, profesie și dorințele proprii, despre drepturile mamelor, despre viața care merită prețuită și trăită frumos și demn, despre bucuriile și tristețile unei mame. ANA, la nivel central și prin CPECA a reușit atingerea obiectivelor propuse pentru anul 2012, respectiv sensibilizarea și conștientizarea viitoarelor mame cu privire la riscurile asociate consumului de tutun, alcool și droguri asupra fătului, precum și a promovării campaniei „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil !”, prin **informarea a peste 12938 de persoane**, beneficiarele principale ale acestei campanii și prin colaborarea cu reprezentanții autorităților publice locale, ale unităților spitalicești și ale societății civile.

Ca material principal de campanie, în cadrul Subprogramului 2 din Programul Național, a fost realizat **designul unui spot video adresat părinților**, spot care va fi difuzat pe canalele media și pe rețelele de socializare în anul 2013.

3.2.3 PREVENIREA ÎN COMUNITATE

PROIECTE LOCALE:

În anul 2012, CPECA a implementat **22 proiecte de prevenire în comunitate**, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

- **617 activități de prevenire;**
- **18832 beneficiarii direcți;**

- **17125 beneficiari indirecti (membrii comunităților locale, persoane aflate în stare privată de libertate, voluntari, copii și tineri aflați în centre de plasament, polițiști și jandarmi).**

PROIECTE NAȚIONALE:

PROIECTUL NAȚIONAL PENTRU MARCAREA: „ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN -31 mai 2012

Tema promovată în anul 2012 a fost „Stop intervenției industriei tutunului”.

La nivel național, CPECA a desfășurat 18 activități stradale de informare și sesiuni informative în 86 de unități școlare și 2 penitenciare. Au fost organizate 11 seminarii / mese rotunde, 4 marșuri, 2 spectacole / festivaluri, 10 concursuri și 10 expoziții. De asemenea, s-au desfășurat 7 întreceri sportive. S-au derulat conferințe de presă în 47 de județe, au fost publicate 67 articole în presa scrisă, au fost realizate 18 emisiuni radio, au fost difuzate 33 de emisiuni TV și au fost transmise 47 comunicate de presă la nivelul întregii țări.

În cadrul acestor activități au fost informați despre efectele nocive ale consumului de tutun: **8299 elevi, 110 studenți, 234 profesori și 6540 beneficiari indirecti.**

Un alt actor public cheie implicat în desfășurarea de activități pentru marcarea Zilei Mondiale Fără Tutun, în anul 2012, a fost reprezentat de Direcțiile de Sănătate Publică județene, respectiv la nivelul județelor Ialomița, Călărași, Dâmbovița, Dolj, Hunedoara și Bistrița.

PROIECTUL NAȚIONAL PENTRU MARCAREA “ZILEI NAȚIONALE FĂRĂ TUTUN” (15 noiembrie 2012)

Marcând astfel “Ziua fără Tutun pentru Europa Centrală și de Vest”, atât Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, cât și Direcțiile de Sănătate Publică (Direcțiile de Sănătate Publică din județele Ialomița, Gorj, Călărași, Dâmbovița, Dolj, Hunedoara) împreună cu reprezentanții ai societății civile au desfășurat activități de informare și conștientizare a populației cu privire la efectele fumatului. Cu acest prilej, la nivel național, peste **7000 de fumători activi și pasivi au primit informații referitoare la efectele nocive ale fumatului.**

PROIECTUL NAȚIONAL PENTRU MARCAREA ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA CONSUMULUI ȘI TRAFICULUI ILICIT DE DROGURI – “PREA REBEL SĂ FII CONDUS!” (26 Iunie 2012)

Pentru marcarea acestei zile, la nivelul Agenției Naționale Antidrog a fost organizată o conferință de presă în cadrul căreia au fost lansate Campania națională de prevenire a consumului de droguri, cu accent pe substanțele noi cu proprietăți psihoactive – „Prea rebel să fii condus!” - și spotul video care o însoțește.

De asemenea, la nivelul întregii țări s-au desfășurat activități de panotaj în 34 de județe și sectoarele Municipiului București, sesiuni informative în 12 unități școlare, în 12 penitenciare, în 3 biblioteci județene, în 5 centre de plasament, în 10 spitale, în 5 baze sportive, au fost organizate 15 seminarii/ mese rotunde, 1 marș antidrog în județul Sibiu, 3 spectacole/ festivaluri, 4 concursuri în 10 parcuri, în 2 ștranduri, în 2 tabere școlare. S-au derulat conferințe de presă în 36 de județe, au fost publicate 176 articole în presa scrisă, au fost realizate 63 de emisiuni radio, au fost difuzate 101 de emisiuni TV și au fost transmise 25 comunicate de presă la nivelul întregii țări.

La nivel local, marcarea Zilei Internaționale de Luptă Împotriva Consumului și Traficului Illicit de Droguri s-a realizat în parteneriat cu Direcțiile de Sănătate Publică din județele Argeș, Buzău, Bistrița, Ialomița, Suceava, Vaslui, Mureș, Sălaj, Călărași, Dâmbovița, Dolj, Gorj, Vaslui și Vâlcea.

PARTENERIATUL CU SOCIETATEA CIVILĂ

În vederea asigurării continuității relațiilor parteneriale de colaborare cu societatea civilă, în general și cu organizațiile neguvernamentale cu atribuții în domeniul reducerii cererii de droguri, în special, au fost elaborate și semnate *parteneriate ANA – ONG-uri*, în vederea reducerii cererii de droguri la nivel local sau național, prin realizarea de proiecte de prevenire a consumului de droguri sau prin dezvoltarea de servicii adresate consumatorilor de droguri.

Agenția Națională Antidrog și-a propus să creeze un nou sistem la nivel național al politicilor publice în domeniul antidrog, prin alinierea la standardele europene în ceea ce privește rolul societății civile, sistem bazat pe implicarea activă a acesteia în elaborarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

3.3 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC

3.3.1 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN ȘCOALĂ

Deoarece grupurile vulnerabile asupra cărora se concentrează prevenirea selectivă au adesea o experiență considerabilă în consumul de droguri legale și ilegale, majoritatea intervențiilor de prevenire selectivă se limitează la furnizarea de informații personalizate, consiliere individuală și la oferirea de alternative bazate pe creativitate sau pe sport. Totuși, nu trebuie uitat faptul că tehnicile folosite în programele extinse de influențare socială pentru prevenire universală sunt la fel de eficiente, dacă nu chiar mai eficiente, pentru prevenirea selectivă. Restructurarea normativă (de exemplu a învăța că majoritatea populației din aceeași categorie dezaprobă consumul), formarea privind afirmarea sinelui, motivarea și stabilirea de obiective, precum și corectarea miturilor s-au dovedit metode foarte eficiente pentru grupurile vulnerabile de tineri.

PROIECTUL „FRED GOES NET - INTERVENȚII TIMPURII PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/ DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ”

În luna ianuarie 2012, a fost lansată cea de- a doua ediție națională a proiectului, având ca obiective întărirea parteneriatelor locale în vederea asigurării sistemului de referire către CPECA, promovarea Cursurilor FRED în rândul directorilor, consilierilor școlari, diriginților, părinților etc. și susținerea a cel puțin 7 Cursuri FRED la nivel local, respectând cerințele Manualului FRED GOES NET.

În anul 2012, CPECA a implementat **103 Cursuri FRED cu 987 de participanți**, comparativ cu anul 2011 în care au avut loc 129 de Cursuri FRED cu 1045 de participanți.

3.3.2 PREVENIREA ÎN COMUNITATE

CAMPANIA DE REDUCERE A RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS!” 1-15 AUGUST 2012, ÎN VAMA VECHĂ

Campania a fost elaborată, coordonată și implementată de Agenția Națională Antidrog în parteneriat cu Asociația Carusel, având următoarele **obiective**:

- reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul tinerilor aflați pe litoral;
- promovarea serviciilor pentru tratamentul dependenței de droguri;
- promovarea conceptului de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, ca abordare de sănătate publică și de destigmatizare a consumatorilor de droguri.

În cadrul campaniei, **4765 de tineri au beneficiat de intervențiile directe de informare și consiliere** ale specialiștilor campaniei despre riscurile asociate consumului de droguri, ca abordare de sănătate publică și de destigmatizare a consumatorilor de droguri. Aprecieri că aproximativ **15000 de persoane au fost informate despre activitățile acestei campanii**.

În cadrul campaniei au fost distribuite **3000 de pliante, 500 baloane, 8640 de prezervative, 180 seringi, 387 tampoane dezinfectante și 74 de fiole cu apă distilată**. Un element important pe care s-a pus accent este cel legat de recuperarea seringilor folosite.

La nivel central și local campania a fost promovată prin peste **50 apariții în presa scrisă, în mediul online și la radio**.

Administrația Națională a Penitenciarelor a implementat, în anul 2012, **două programe de prevenire adresate persoanelor private de libertate aflate în custodia ANP**, programe ce vor continua și în anul 2013:

- „Programul de informare și prevenire a consumului de droguri”- de acest program, pe parcursul anului 2012, au beneficiat 577 de persoane private de libertate aflate în custodia ANP.

Scopul acestui program este informarea populației penitenciare cu privire la tipurile de droguri, consecințele și riscurile asociate consumului.

- **„Programul de asistență psihosocială destinat persoanelor private de libertate cu antecedente în toxicomanie”**- în anul 2012, 456 de persoane private de libertate cu antecedente în consumul de droguri au fost incluse în acest program, în scopul conștientizării cauzelor care au dus la consumul de droguri și prevenirii reluării consumului.

Un alt program adresat unui alt grup la risc a fost realizat în anul 2012 de **Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 4** care, în colaborare cu **Asociația Română Anti-Sida (ARAS)** a implementat „Programul de informare a copiilor/ tinerilor beneficiari ai serviciilor centrelor de zi și rezidențiale privind riscurile asociate consumului de droguri și riscurile raporturilor sexuale neprotejate în rândul tinerilor”.

3.4 PREVENIRE INDICATĂ

Din cauza resurselor financiare limitate, în perioada de referință, nu au fost înregistrate în perioada de referință proiecte de prevenire indicată reprezentative.

Singurul proiect relevant național de prevenire selectivă, cu o componentă de prevenire indicată este **FRED GOES NET - INTERVENȚII TIMPURII PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/ DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ**”, prezentat la subcapitolul 3.3.1.

3.5 CAMPANII MEDIA NAȚIONALE ȘI LOCALE

CAMPANIA NAȚIONALĂ– “PREA REBEL SĂ FII CONDUS!”

Campania a avut ca scop conștientizarea, în principal a populației la risc, cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani și, în subsidiar, a populației generale, în legătură cu riscurile consumului de droguri, precum și informarea și sensibilizarea acestei populații la risc referitor la serviciile comunitare de asistență integrată.

Obiectivul general al campaniei a fost conștientizarea, asupra riscurilor consumului de droguri în general și de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în special, precum și asupra eficienței strategiilor complementare de petrecere a timpului liber, prin implementarea unei campanii naționale media și de promovare a serviciilor oferite de sistemul național integrat de prevenire și asistență a consumatorilor de droguri.

Perioada de implementare a campaniei este de 1 an, respectiv 26 iunie 2012 – 26 iunie 2013.

În anul 2012, la nivel național, au fost implementate următoarele activități:

- Activități de prevenire în mediul școlar: **387 activități având 22231 elevi beneficiari direcți, precum și 536 cadre didactice, 1250 părinți și 211 specialiști ca beneficiari indirecti;**
- Dezbateri publice: **4 activități cu 102 specialiști participanți;**
- Activități de prevenire în mediul universitar: **20 specialiști și 180 studenți ca beneficiari direcți;**
- Activități de prevenire în mediul penitenciar: **14 activități implementate, având un număr de 443 beneficiari direcți și indirecti;**
- Activități stradale: **50 activități, aproximativ 1500 beneficiari direcți – persoane informate aparținând grupului țintă principal;**
- Mese rotunde: **14 activități organizate, 357 specialiști participanți;**
- Activități de petrecere a timpului liber: **7 activități (concerte, tabere cu tematică antidrog), 581 beneficiari direcți;**
- Difuzare film documentar: **26 vizionari ; 2366 beneficiari indirecti;**
- Difuzare spot – tv: **98824 difuzari, 8481748 beneficiari indirecti;**
- Activități de prevenire în comunitate: **266 activități implementate și 64333 beneficiari indirecti.**

În cadrul campaniei, au fost realizate la nivel național **42 de dezbateri publice cu tematică antidrog**, cu implicarea directă a copiilor și adolescenților, elevi din ciclul liceal, dezbateri organizate la Palatul Parlamentului (în București) și la nivelul prefecturilor (local).

CAMPANIA „LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL”(iulie)

Campania, inițiată de Institutul Național de Sănătate Publică, respectiv Direcțiile de Sănătate Publică județene, a avut ca scop reducerea consumului dăunător de alcool de către populația generală și prevenirea consumului de alcool la adolescenți și tineri și a fost implementată pe parcursul lunii iulie.

Principalele obiective ale campaniei au fost informarea directă a populației cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătății lor fizice și mentale și promovarea activităților sportive ca alternativă de petrecere a timpului liber în detrimentul petrecerii acestuia în anumite anturaje. Astfel, peste **3000 de persoane au fost informate cu privire la efectele consumului de alcool.**

CONCLUZII:

- Studiile și exemplele de bune practici din statele membre ale spațiului comunitar, cu o expertiză relevantă în domeniul prevenirii consumului de droguri și serviciilor de asistență destinate consumatorilor de droguri, indică nevoia intensificării proiectelor și intervențiilor preventive holistice, centrate atât pe populația generală dar, mai ales, pe grupurile vulnerabile (la risc). Din păcate, în România, din cauza slabei corelări a politicilor sociale sectoriale și, implicit, a fondurilor de coeziune (structurale) unele grupuri țintă relevante din punct de vedere al riscului psiho-social rămân „neatinse” – părinți cu tulburări mentale, copiii și tineri fără adăpost, familii cu nivel economic scăzut, populația din mediul rural, copiii în risc de abandon școlar, femeile victime ale violenței domestice etc.
- Analiza de rezultat a campaniilor naționale de prevenire, cu o componentă media, dovedește impactul acestora pe termen mediu și lung și necesitatea alocării de fonduri special destinate acestui obiectiv.
- Este evidentă nevoia intensificării intervențiilor selective în mediul școlar și în cel familial, în special a intervențiilor în situații de criză psihologică și/ sau familială, în scopul identificării unor soluții comprehensive de intervenții preventive eficiente și eficace.

Capitolul 4 - Consumul problematic de droguri

4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI ÎNCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri la nivelul anului 2012 s-a utilizat multiplicatorul rezultat în urma aplicării „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile CDI din București - Behavioural Surveillance Survey 2012”, derulat în anul 2012 de Agenția Națională Antidrog, Romanian Anceal Appeal și Carusel³⁷.

Benchmark: clienții serviciilor de tratament a dependenței de droguri (substituție+ detox) înregistrați în anul 2012.

Definiția cazului – consum de droguri injectabile; grupa de vârstă: 18-49 ani; București.

Analiza datelor „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile CDI - Behavioural Surveillance Survey 2012” a indicat că un procent de 22,3% (0,2230; 95% CI: 0,2062-0,2398) dintre persoanele incluse în studiu erau clienți ai programelor de tratament privind dependența de droguri (substituție sau detox).

Similar anului 2011, datele referitoare la beneficiarii din tratament sunt obținute în urma unei monitorizări exhaustive, obținute prin intermediul protocolului aferent indicatorului Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri. În anii anteriori numărul persoanelor aflate în tratament era raportat doar pentru cazurile noi.

Prin împărțirea numărului persoanelor care au fost incluse în programele de tratament pentru consum problematic de droguri³⁸ în anul 2012 cu multiplicatorul menționat mai sus, a rezultat un număr estimat de 10583 (10583; 95% CI: 9841 – 11445) consumatori problematici de droguri în București.

55% dintre consumatorii problematici sunt reprezentați de utilizatorii de heroină, 43,6% de utilizatorii de SNPP + amfetamine (majoritatea SNPP) și 1,3% de cei de cocaină.

Tabel nr. 4-1: Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2007- 2012

An	Număr estimat de consumatori problematici de droguri PDU	Rata la 1000 persoane, vârstă 18-49 ani
2007	16 867	17,4
2008	17 387	17,5
2009	17 767	18,0
2010	18 316	19,2
2011	19 265	20,01
2012	10 583	11,05

Sursa: ANA

Se observă o scădere semnificativă în ceea ce privește numărul estimat de consumatori problematici din București în anul 2012, comparativ cu anii anteriori. Date fiind limitele metodologice ale estimărilor realizate în baza metodei multiplicatorului este nevoie de confirmări ale unei potențiale tendințe de scădere a numărului de consumatori problematici.

³⁷ Principalele rezultate sunt prezentate în subcapitolul 6.1.2

³⁸ 2360 de clienți ai serviciilor de tratament pentru dependența de opiacee, SNPP, cocaină sau amfetamine

Este posibil ca multiplicatorul folosit, extras din cadrul studiului BSS 2012 să fie afectat de faptul că semințele folosite în cadrul eșantionării de tip RDS (respondent driven sampling) au fost recoltate în mai mare măsură decât în anii anteriori din rândul persoanelor care au beneficiat de servicii de tratament a dependenței consumului de droguri.

În continuare, principala limită în realizarea unei estimări la nivel național este reprezentată de disponibilitatea serviciilor/ programelor din restul țării.

4.2. DATE PRIVIND CONSUMATORII PROBLEMATICI DE DROGURI COLECTATE DIN ALTE SURSE DECÂT INDICATORUL ADMITERE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

În 2011- 2012 se observă evoluții semnificative în comportamentul de consum al CPD/CDI din zona metropolitană București.

Dacă la începutul aplicării studiilor de tip BSS, 97% dintre CDI respondenți declarau heroina principalul drog de consum (BSS, 2007), în anul 2012 majoritatea CDI au menționat substanțele comercializate sub denumirea de droguri legale sau „etnobotanice”, SNPP (49,6%), heroina fiind declarată, ca drog principal, de 40,5% dintre CDI participanți la studiu (BSS, 2012). Consumul de SNPP este asociat cu o frecvență mai mare a injectării și cu creșterea ratei de folosire în comun a seringilor. În 2012, frecvența injectării la ultima ocazie/ ultima zi când au folosit drogul principal, a fost de peste 4,27 ori: peste 5 injectări pe zi - 22,8%, 3-5 injectări - 35,5%, sub 3 injectări - 41,7%. La ultima injectare, 19,3% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi nesterile, iar 20,1% au declarat că altcineva a mai folosit seringă utilizată de ei.

Capitolul 5 – Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri

Procesul colectării de date necesare elaborării acestui capitol se realizează în baza Protocolului Standard European de monitorizare a admițerilor la tratament ca urmare a consumului de droguri (Protocolul Standard 2.0). Acesta este transpus în legislația națională în Ordinul comun emis de Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Internelor și Reformei Administrative³⁹, stabilind astfel cadrul legal pentru colectarea datelor prezentate în capitolul de față. În prezent, au fost demarate procedurile pentru adaptarea legislației și instrumentelor (fișa) de colectare a datelor la noul Protocol recomandat la nivel european de către OEDT (Protocolul Standard 3.0).

5.1 STRATEGII/ POLITICI

Cadrul legislativ și procedural al sistemului de asistență a consumatorilor de droguri nu a suferit modificări în anul 2012 și a fost prezentat detaliat în rapoartele naționale anterioare.

5.2 SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT

Agencia Națională Antidrog oferă persoanelor consumatoare de droguri ilicite și alcool sau aparținătorilor acestora, facilitatea accesării on-line a bazei de date a instituțiilor în a căror competențe se regăsesc activități de asistență în domeniul dependenței (acoperire la nivel național)⁴⁰. În plus, specialiștii care acordă servicii persoanelor consumatoare de droguri se pot înregistra on-line, rapid și în mod gratuit. Site-ul oferă posibilitatea identificării serviciilor disponibile conform unor filtre: în funcție de localizare (regiunea sau județul), tipul de servicii (ex: dezintoxicare, tratament substitutiv, tratament psihiatric, asistență socială etc.), tipul de beneficiar (ex: femei, bărbați, minori sau cu consum de droguri vs. consum de alcool) și facilități de acces, iar pentru fiecare instituție se poate vizualiza descrierea serviciilor sau atribuțiile instituției.

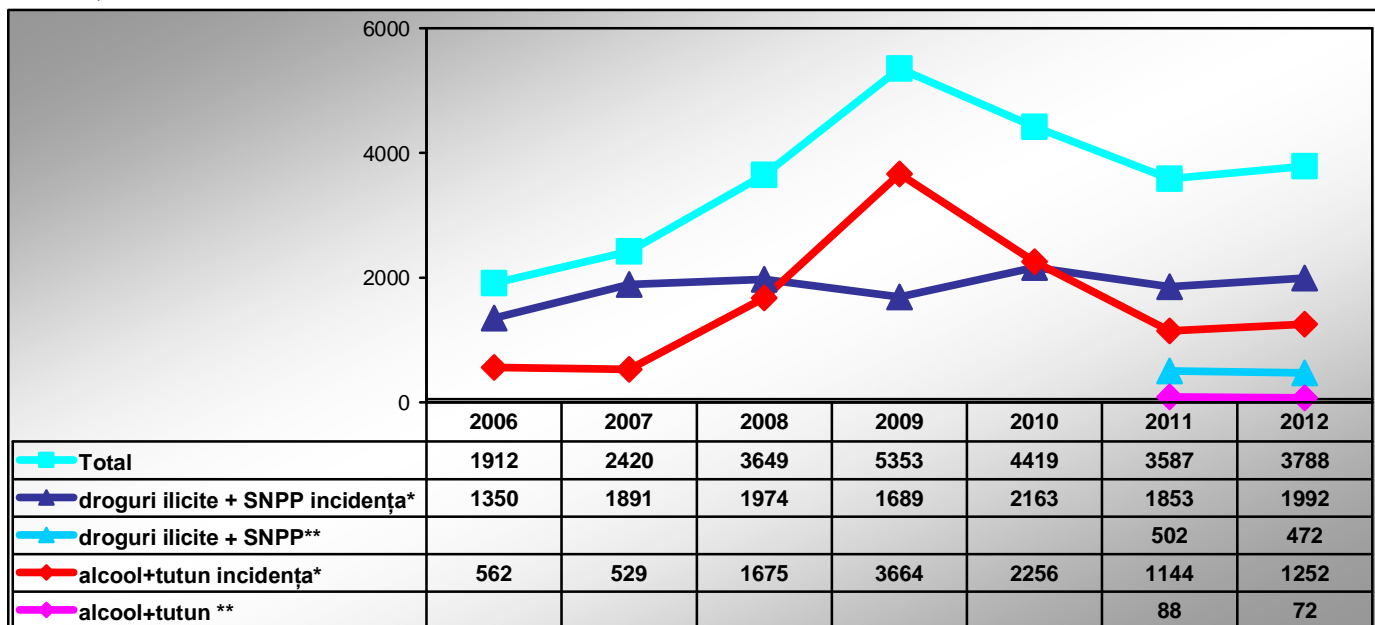
Începând cu 2011, în vederea aplicării noului protocol de monitorizare a indicatorului, s-a început colectarea datelor privind cazurile în care sunt continuate tratamentele inițiate în anii anteriori și care au continuat/ abandonat/ finalizat tratamentul pe parcursul anului de referință. Aceste date vor fi prezentate în cadrul capitolului, dar pentru asigurarea comparabilității datelor cu cele colectate în anii anteriori, analiza caracteristicilor populației admise la tratament ca urmare a consumului de droguri (subcapitolul 5.3) se va realiza în baza datelor incidente (persoane care au solicitat asistență pentru prima oară sau care au reintrat în tratament în anul de referință).

În perioada 2006-2012, având în vedere toate admițerile la tratament pentru consumul de substanțe psihoactive se constată că, exceptând anii 2009 și 2010, cele mai multe admițeri la tratament au fost pentru consum de droguri ilicite și SNPP. Față de anul anterior, în anul 2012 se înregistrează o creștere cu 5,6% (de la 3587 la 3788) datorată creșterii cazurilor incidente (cu 7,5% a celor pentru droguri ilicite și SNPP și cu 9,4% a celor pentru alcool și tutun)

³⁹ Ordin comun MSP și MIRA nr. 770, respectiv nr. 192/ 2007, pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile

⁴⁰ <http://www.ana.gov.ro/asistenta/> (Baza a fost realizată în noiembrie 2009, în cadrul Proiectului “Consolidarea sistemului integrat de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri din România”, finanțat de Comisia Europeană care a vizat dezvoltarea serviciilor de asistență și creșterea accesibilității la aceste servicii).

Grafic nr. 5-1: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de data admitterii și tipul drogului principal, date comparate 2006-2012 (nr.)



Notă: * incidența (persoane care au solicitat asistență pentru prima oară sau care au reintrat în tratament în anul de raportare), ** - cazurile în care sunt continuate tratamentele inițiate în anii anteriori și care au continuat/ abandonat/ finalizat tratamentul pe parcursul anului de referință

Sursa: ANA

În funcție de tipul de asistență în 2012, comparativ cu anul anterior, se înregistrează:

- pentru consum de droguri ilicite și SNPP: o scădere a cazurilor care au primit asistență în regim ambulator (de la 1170 la 1088) și creșterea celor care au primit asistență în regim de detenție (de la 187 la 227) și a cazurilor incidente care au primit asistență în regim de internare (de la 998 la 1149);
- pentru consum de alcool și nicotină: o scădere a cazurilor care au primit asistență în regim de detenție (de la 15 la 5) și o creștere a cazurilor incidente care au primit asistență în regim ambulator (de la 44 la 99) sau de internare (de asemenea, schimbarea nu este influențată de introducerea în raportarea din 2012 a comunităților terapeutice: de la 1091 la 1151, respectiv 1120-fără comunități terapeutice).

Tabel nr. 5-1: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de tipul admitterii, tip de asistență și tipul drogului principal, date comparate 2011-2012 (nr.)

Tipul de drog principal	Data admitterii	2011				2012			
		tip de asistență			Total	tip de asistență			Total
		ambulator	internare	detenție		ambulator	internare (din care CT*)	detenție	
droguri ilicite + SNPP	incidența**	758	984	111	1853	710	1138 (21)	144	1992
	*** anterior anului de referință	412	14	76	502	378	11 (3)	83	472
	Total	1170	998	187	2355	1088	1149 (24)	227	2464
alcool + tutun	incidența**	44	1091	9	1144	99	1151 (31)	2	1252
	*** anterior anului de referință	55	27	6	88	47	22 (0)	3	72
	Total	99	1118	15	1232	146	1173 (31)	5	1324

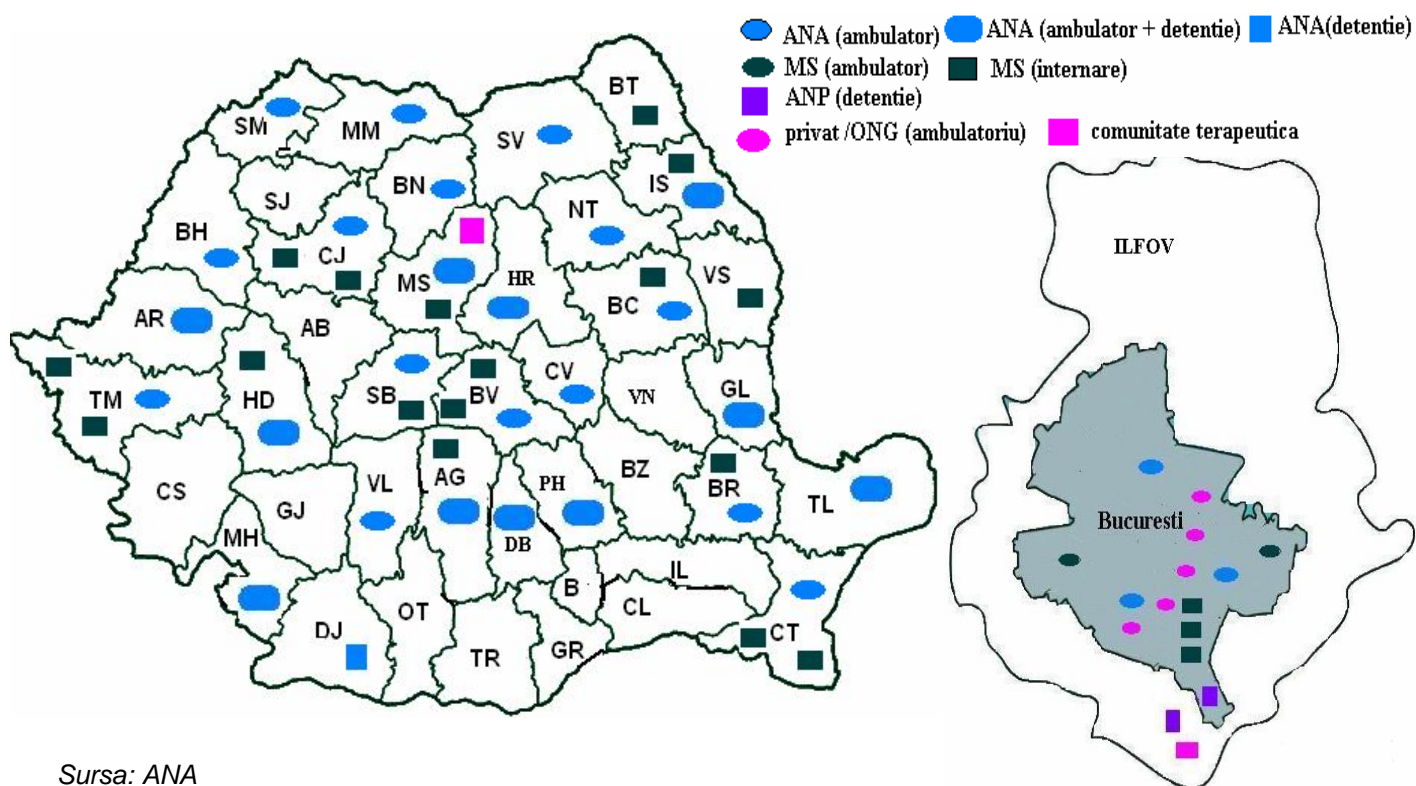
Notă: *CT – comunități terapeutice (în 2011 – nu s-au raportat date), ** incidența (persoane care au solicitat asistență pentru prima oară sau care au reintrat în tratament), ***- cazurile în care sunt continuate tratamentele inițiate în anii anteriori și care au continuat/ abandonat/ finalizat tratamentul pe parcursul anului de referință

Sursa: ANA

În anul 2012, 62 de centre au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite și SNPP:

- 22 unități medicale ale Ministerului Sănătății, dintre care, în 20 se acordă servicii de dezintoxicare și asistență medicală și psihologică în regim de internare (3 din București și restul din județele: Argeș, Bacău, Brăila, Botoșani, Brașov, Cluj, Constanța, Hunedoara, Iași, Mureș, Sibiu, Timiș, Vaslui) și în 2 (din București) se acordă asistență în regim ambulator - asistență medicală, psihologică și socială și tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee;
- 31 de centre ale Agenției Naționale Antidrog – în care se acordă asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu, dintre care 3 în București - servicii de asistență integrată în adicții, inclusiv tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee; dintre cele 31 de centre un număr de 13 centre au acordat asistență persoanelor aflate în regim de detenție (arest/ penitenciar);
- 3 centre/ cabinete private din București (ANIT - Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii, PSYOTION și D&C Medical)⁴¹ în care se acordă asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator;
- 2 centre administrate de organizația non-guvernamentală ARAS (Arena și Titan) în București, în care se acordă servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator;
- 2 centre ale Administrației Naționale a Penitenciarelor (penitenciarele Jilava și Rahova) în care se acordă în regim de detenție servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee);
- 2 centre de tratament postcură (Fundația Bonus Pastor și Teen Challenge Romania).

Harta nr. 5-1: Distribuția teritorială a centrelor care au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite și SNPP în funcție de tipul centrului, 2012



Sursa: ANA

⁴¹ <http://www.anit.ro/>, <http://www.psymotion.ro> și <http://www.psihomedcom.ro/contact.html>

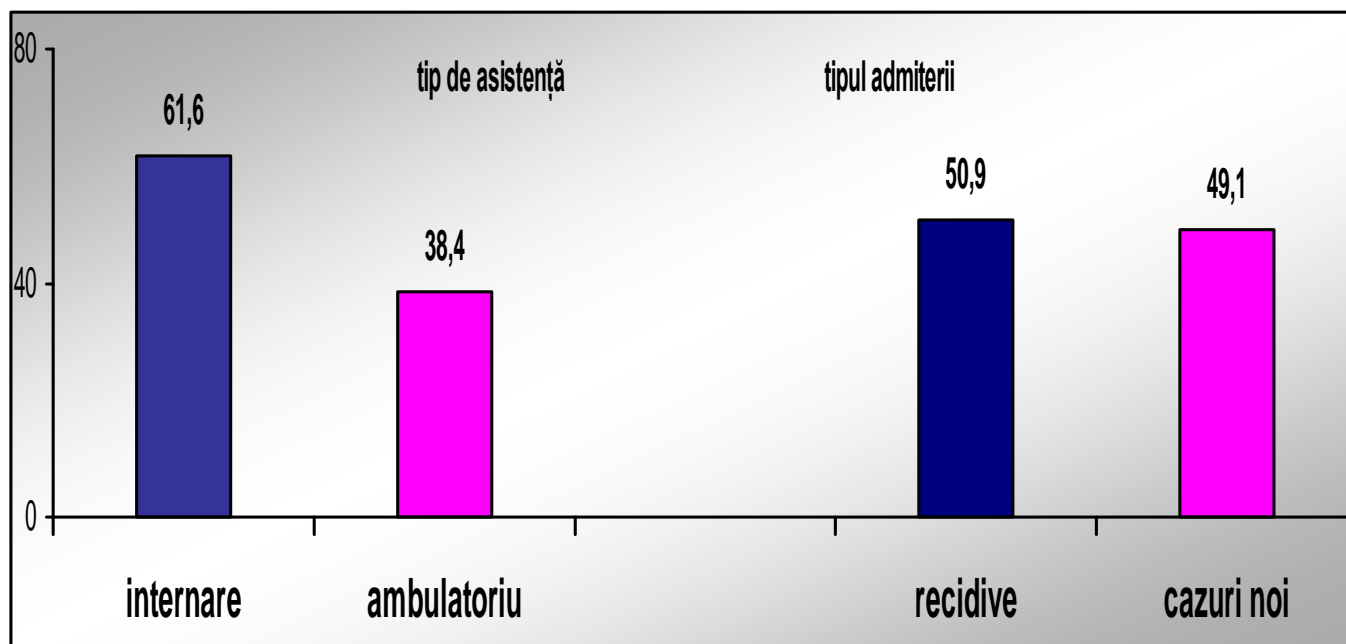
5.3 CARACTERISTICILE POPULAȚIEI ADMISE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

În anul 2012⁴², au solicitat asistență în regim de internare și ambulatoriu⁴³, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, **1848 de persoane**, dintre care:

- 1138 au primit asistență în regim de internare și 710 – în regim ambulatoriu;
- 884 sunt persoane care nu au mai primit niciodată asistență (cazuri noi), iar 916 au mai fost admisi la tratament anterior (recădere)⁴⁴.

Atât ca număr, cât și ca proporție se observă că, cele mai multe admiteri au fost în regim de internare (raportul internare/ ambulator este 1,6) și recidive (raportul recidivă / caz nou este 1,04).

Grafic nr. 5-2: Distribuția admitterilor la tratament în 2011 în funcție de tipul de asistență și tipul admitterii (%)



Sursa: ANA

Heroina (34,6%) și substanțele noi cu proprietăți psihoactive - SNPP (33,1%) reprezintă **principalele tipuri de substanțe** pentru care s-a solicitat asistență în anul 2012⁴⁵, cu precizarea că pentru cazurile noi proporția celor care au solicitat tratament pentru SNPP (36,5%) a fost de aproape două ori mai mare, comparativ cu cea a celor care au solicitat asistență pentru heroină (20,6%). Hipnoticele și sedativele (13,7%) și cannabisul (10,1%) au fost următoarele substanțe pentru s-a solicitat asistență în anul 2012:

- cazuri noi: cannabis (16,6%), hipnotice și sedative (17%);
- recidive: hipnotice și sedative (10,5%), cannabis (3,7%), alte opiacee (3,4%) și alte substanțe (2%).

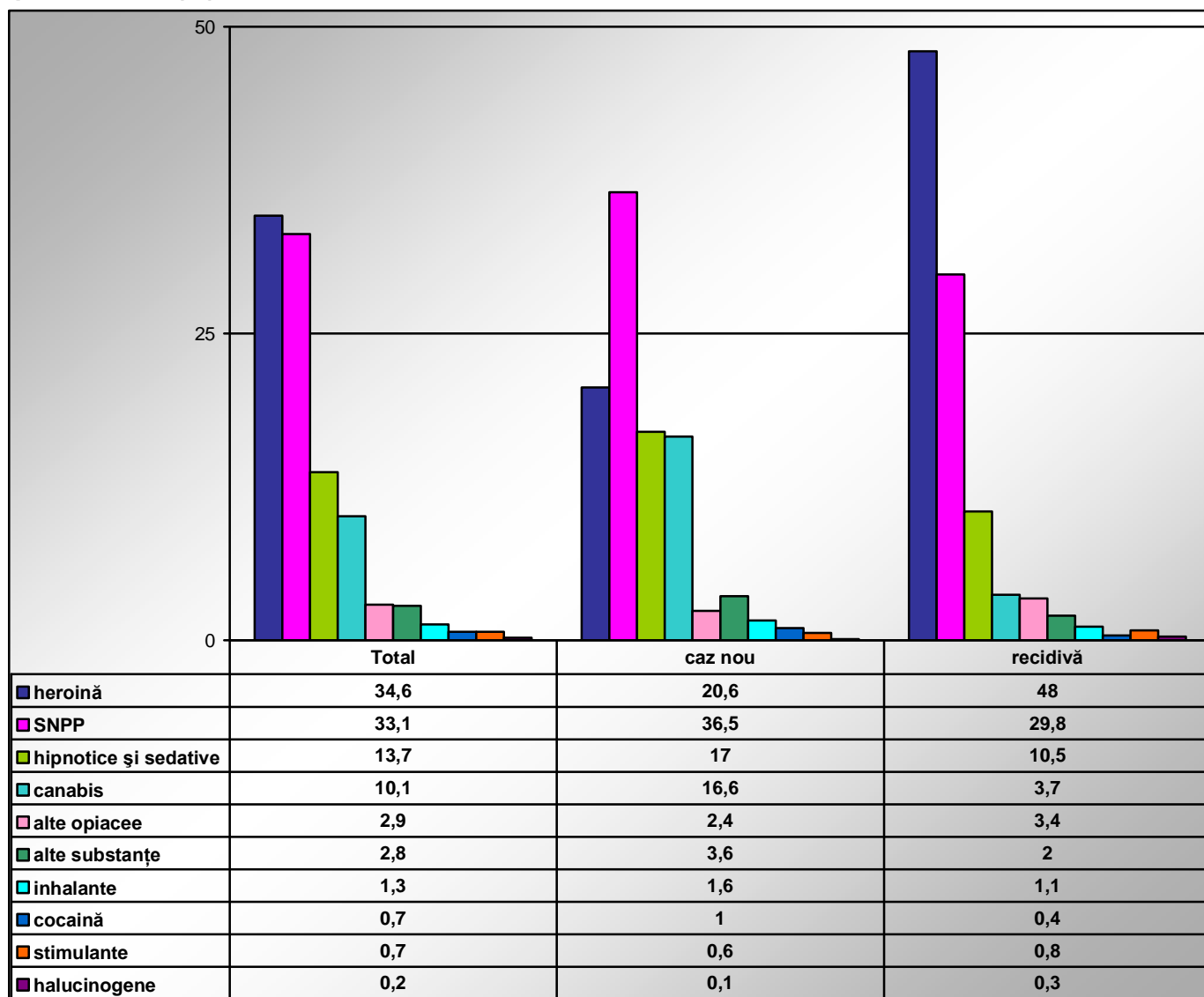
⁴² Pe tot parcursul analizei, distribuția procentuală a cazurilor se va face prin raportare la numărul total de cazuri fără non-răspunsuri (pentru care s-a precizat valoarea de răspuns a variabilei/ itemului). Datele analizate provin de la structura teritorială a Agenției Naționale Antidrog (CAIA și CPECA), Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică) și spitale, ANIT, ARAS, D&C Medical, PSYMOTION, centre de tratament postcură (Fundatia Bonus Pastor și Teen Challenge Romania)

⁴³ descrierea persoanelor care au primit asistență în regim de detenție se regăsește în capitolul 9

⁴⁴ Vezi ST nr. 4.1.1

⁴⁵ Vezi ST nr. 11.1.1

Grafic nr. 5-3: Distribuția admitterilor la tratament în 2012 în funcție de tipul de drog principal și tipul admitterii (%)



Sursa: ANA

Dintre cei 1848 de beneficiari care au primit asistență în 2012, 38,4% (710 de persoane) au declarat doar consumul drogului principal, iar 30,6% (565 de persoane) au declarat **policonsum și/ sau consumul unui alt drog secundar**. 339 dintre beneficiari (18,3%) au declarat **policonsum** (538 de mențiuni). Conform datelor prezentate în tabelul următor, cele mai mari proporții dintre cei care au declarat s-au înregistrat:

- în cazul beneficiarilor care au solicitat asistență pentru consumul de **heroină** (40,1%), **SNPP** (33,9%), **canabis** (9,7%), **benzodiazepine** (4,1%) și **metadonă** (2,7%);
- cele mai utilizate în policonsum sunt: **SNPP** (24,2%), **canabis** (16%), **opiaceele** – 15,9% (metadonă - 7,2%, heroină - 4,8% și alte opiacee – 3,9%), **alcoolul** (9,5%), **benzodiazepinele** (8,6%) și **cocaina** (7,1%).

306 dintre beneficiari (16,6%) au declarat că mai consumă și alte droguri (**drog secundar**)⁴⁶ decât cel pentru care au solicitat asistență (între 1-5 droguri secundare, 439 de mențiuni). Conform datelor prezentate în tabelul următor, cele mai mari proporții dintre cei care au declarat că mai consumă unul/ mai multe droguri secundare:

⁴⁶ Vezi ST nr. 24.1.1

- au solicitat asistență pentru consumul de **SNPP** (50,3%), **heroină** (29,4%), **canabis** (11,1%), metadonă (1,6%) și **cocaină** (1,8%);
- cele mai utilizate ca drog secundar sunt: **alcoolul** (23,7%), **opiaceele – 21,2%** (metadona -10,5%, heroina - 6,4% și alte opiacee - 4,3%), **canabis** (16,4%), **SNPP** (12,8%), **benzodiazepinele** (7,7%) și **cocaina** (5,2%).

Tabel nr. 5-2: Distribuția admitterilor la tratament în 2012 pentru subiecții cu policonsum sau care consumă și alte droguri (drog secundar) decât cel pentru care au solicitat asistență (drog principal), în funcție de tipul de drog (nr., %)

drog policonsum		Drog principal						Total	
		heroină	SNPP	canabis	benzodiazepine	metadonă	alte substanțe	nr.	% (538=100%)
SNPP		66	35	15	1	2	11	130	24,2
canabis		28	39	8	0	2	9	86	16,0
alcool		2	36	6	2	0	5	51	9,5
benzodiazepine		23	6	2	5	2	8	46	8,6
metadonă		35	2	1	0	0	1	39	7,2
cocaină		21	9	7	0	1	0	38	7,1
heroină		0	19	2	0	4	1	26	4,8
alte opiacee		9	6	1	1	1	3	21	3,9
altele		17	38	14	10	3	19	101	18,8
total mențiuți	nr	201	190	56	19	15	57	538	100%
	%	37,4	35,3	10,4	3,5	2,8	10,6	100	
total subiecți	nr	136	115	33	14	9	32	339	
	%	40,1	33,9	9,7	4,1	2,7	9,4	100	
drog secundar		Drog principal						Total	
		SNPP	heroină	canabis	metadonă	cocaină	alte substanțe	nr.	% (439 =100%)
alcool		76	6	21	0	0	1	104	23,7
canabis		51	12	3	1	3	2	72	16,4
SNPP		12	30	7	1	2	4	56	12,8
metadonă		16	26	1	0	0	3	46	10,5
benzodiazepine		12	16	1	2	1	2	34	7,7
heroină		23	0	0	3	1	1	28	6,4
cocaină		13	7	3	0	0	0	23	5,2
alte opiacee		5	13	0	0	0	1	19	4,3
altele		24	9	14	0	1	9	57	13,0
total mențiuți	nr	232	119	50	7	8	23	439	100%
	%	52,8	27,1	11,4	1,6	1,8	5,2	100	
total subiecți	nr	154	90	34	6	5	17	306	
	%	50,3	29,4	11,1	2,0	1,6	5,6	100	

Sursa: ANA

În concluzie, având în vedere **tipul drogului principal, de policonsum și secundar**⁴⁷ se observă:

- heroina sau SNPP sunt drogurile principale pentru aproximativ $\frac{3}{4}$ dintre beneficiarii cu policonsum (74%) și/ sau cu consum de droguri secundare (79,7%);
- dacă în cazul policonsumului numărul de mențiuni este similar (heroină -201, SNPP-190), în cazul drogurilor secundare, pentru beneficiarii cu consum de SNPP, numărul de mențiuni este de 2 ori mai mare, comparativ cu cei cu consum de heroină: 232 vs. 119;
- pentru heroină – 40,1% dintre beneficiari au declarat policonsum, iar 29,4% consumul unuia sau mai multor droguri secundare, cele mai utilizate fiind SNPP și metadona, atât ca drog de policonsum, cât și ca drog secundar;

⁴⁷ Vezi ST. nr. 24.1.1

- pentru SNPP – 33,9% au declarat policonsum, iar 50,3% consumul unuia sau mai multor droguri secundare, cele mai utilizate fiind cannabisul, alcoolul, alt produs de tip SNPP și heroina, ca drog de policonsum și alcoolul, cannabisul și heroina, ca drog secundar.

Dintre cei 916 beneficiari care au primit asistență în 2012 și care au mai avut în trecut admiteri la tratament (recidive), 744 de persoane (81,2%) au solicitat tratament pentru consum de opiacee și SNPP (drog principal). Având în vedere cele 2 grupe de substanțe ca **drog principal și cel pentru care s-a mai solicitat anterior tratament**, se observă următoarele:

- 705 (94,8%) au menționat că au mai solicitat anterior asistență pentru opiacee și/ sau SNPP⁴⁸: 61,3% pentru heroină și 34,8% pentru SNPP;
- substanțele cel mai des menționate pentru tratamentele anterioare sunt heroina (56%) și SNPP (39,3);
- dintre cei 440 de beneficiari care au solicitat în 2012 tratament pentru heroină: 427 au menționat că au mai avut asistență pentru heroină, iar 22 pentru SNPP;
- dintre cei 273 de beneficiari care au solicitat în 2012 tratament pentru SNPP: 200 au menționat că au mai avut asistență pentru SNPP, iar 116 pentru heroină.

Datele indică faptul că, în anul 2012, recidivele prezintă următoarele caracteristici:

- o proporție însemnată dintre consumatorii de heroină au solicitat anterior tratament pentru consum de SNPP (42,5%);
- trecerea de la consum de SNPP la cel de heroină a avut o mai mică amploare (5%);
- cei cu consum de SNPP au o tendință crescută de a consuma mai multe tipuri de SNPP (73,3%).

Tabel nr. 5-3: Distribuția admitterilor la tratament în 2012 pentru subiecții cu recidivă și care au solicitat asistență (drog principal) pentru opiacee sau SNPP, în funcție de tipul de drog pentru care au mai avut anterior asistență (nr., %)

			Drog principal				
			heroină	metadonă	alte opiacee	SNPP	Total
total			440	19	12	273	744
Tratament anterior pentru	heroină	nr	427	15	6	116	564
		%	97,0	78,9	50,0	42,5	75,8
	metadonă		2	5	1	1	9
	alte opiacee		0	1	7	0	8
	SNPP	nr	22	2	1	200	225
		%	5,0	10,5	8,3	73,3	30,2

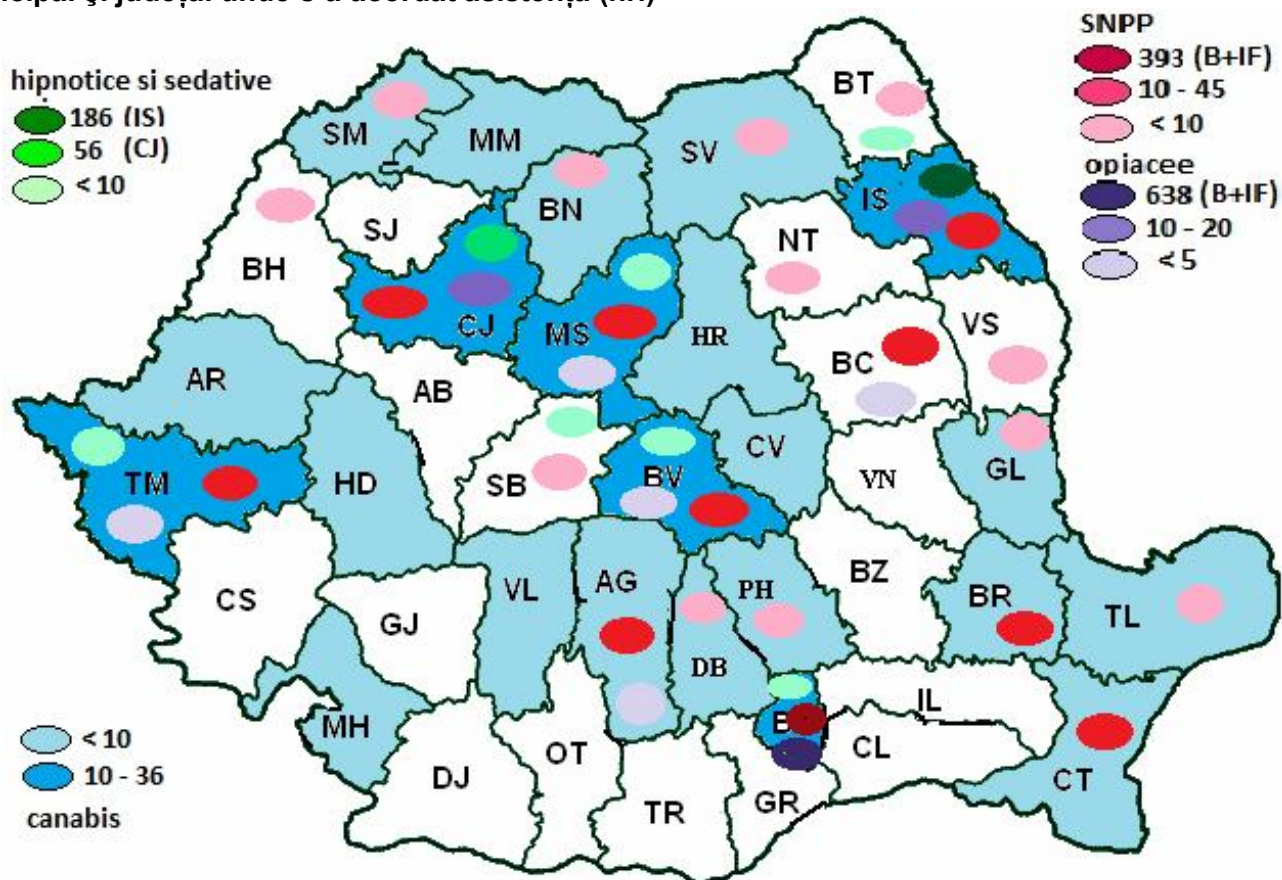
Sursa: ANA

Conform hărții prezentate, **distribuția teritorială** a admitterilor la tratament, în funcție de drogul principal de consum, a fost următoarea:

- cannabis – 24 de județe, cele mai mari valori înregistrându-se în județele: Mureș (36 de persoane), Cluj (28 de persoane), Iași (26 de persoane), București-Ilfov (21 de persoane) Brașov (15 persoane) și Timiș (10 persoane);
- SNPP – 23 de județe, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în București-Ilfov (393 de persoane) și Cluj (45 de persoane);
- opiacee – 9 județe, cele mai multe fiind înregistrate în București-Ilfov (638 de persoane);
- hipnotice și sedative – 8 județe, cele mai mari valori înregistrându-se în Iași (186 de persoane) și Cluj (56 de persoane).

⁴⁸ 705 beneficiari și 806 mențiuni

Harta nr. 5-2: Distribuția teritorială a admițiilor la tratament în 2012 în funcție de tipul drogului principal și județul unde s-a acordat asistență (nr.)



Sursa: ANA

De asemenea, analiza datelor indică următoarele:

- cel mai extins, din punct de vedere demografic, este consumul de cannabis (24 de județe, dar cu valori mici);
- cel mai problematic rămâne consumul de SNPP (23 de județe, dar cu valori mult mai mari, comparativ cu cannabisul);
- zona București-Ilfov înregistrează cel mai mare consum de opiacee și SNPP;
- județul Iași înregistrează cel mai mare număr de cazuri de hipnotice și sedative și un număr mediu de opiacee și SNPP, iar județul Cluj un număr mediu pentru hipnotice și sedative, opiacee și SNPP; de asemenea, deși la valori mai mici, se poate considera că există un consum diversificat și în județele Brașov, Mureș și Timiș unde se înregistrează, admiții la tratament pentru mai multe tipuri de droguri: hipnotice și sedative, opiacee și SNPP;
- zonele cu cel mai mare risc (ca număr de cazuri înregistrate) se conturează în jurul marilor centre universitare sau județe de graniță.

În total, s-au înregistrat 2376 **episoade de admitere la tratament** pentru cei 1848 de beneficiari care au solicitat asistență pentru consum de droguri ilicite și SNPP în anul 2012 (în medie, 1,3 admiții pentru un beneficiar). În funcție de drogul principal, cea mai mare medie s-a înregistrat pentru consumatorii de halucinogene (1,5) și opiacee (1,4), iar cele mai multe episoade de tratament se evidențiază în cazul celor care au consumat opiacee și SNPP (maxim = 8, respectiv 5).

Tabel nr. 5-5: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de numărul de episoade de tratament și tipul drogului principal (nr., medie, maxim)

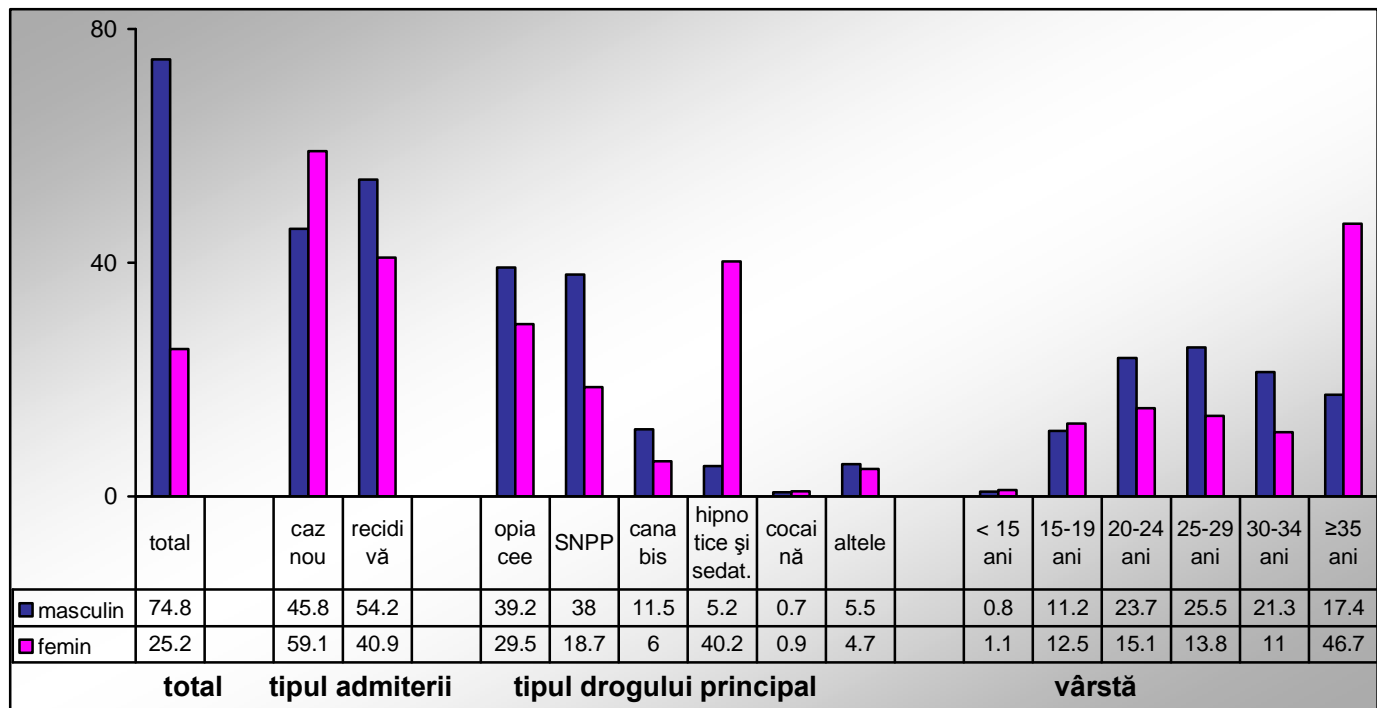
	N Valid	Media	Maxim	nr. total de episoade de tratament
opioace	679	1,4	8	940
SNPP	614	1,3	5	794
hipnotice și sedative	258	1,2	4	314
canabis	186	1,1	3	201
inhalanți volatili	24	1,2	4	29
cocaină	13	1,1	2	14
stimulante	13	1,3	1	17
halucinogene	4	1,5	3	6
altele	57	1,1	2	61
total	1848	1,3	8	2376

Sursa: ANA

În funcție de **sexul respondentului**⁴⁹, se observă următoarele:

- cei mai mulți dintre beneficiari sunt de sex masculin (raportul M/F este 3);
- pentru beneficiarii de sex masculin s-a înregistrat o proporție mai mare de recidive, de admitere la asistență pentru opioace, SNPP și cannabis și pentru persoane cu vârsta cuprinsă între 15-34 de ani (81,8% vs. F - 52,3%);
- pentru beneficiarii de sex feminin s-a înregistrat o proporție mai mare pentru cazuri noi, de asistență pentru consumul de hipnotice și sedative și opioace și pentru persoane peste 35 de ani (46,7% vs. M - 17,4%).

Grafic nr. 5-4: Distribuția admitterilor la tratament în 2011, în funcție de vârsta beneficiarului, tipul admiterii, tipul drogului principal și vârstă (%)



Sursa: ANA

⁴⁹ Vezi ST. nr. 4.1.1, 12.1.1 și 13.1.1

În privința vârstei beneficiarilor, s-au observat următoarele diferențe, în funcție de sexul beneficiarului, tipul admiterii și tipul drogului principal de consum⁵⁰:

- cea mai mică vârstă (11 ani) a fost înregistrată pentru bărbați, beneficiarii aflați la primul tratament și care au solicitat asistență pentru consum de inhalante;
- vârsta medie a persoanelor admise la tratament variază în funcție de drogul principal, cele mai mici valori fiind înregistrate pentru consumul de inhalante (21 de ani), iar cea mai mare în cazul beneficiarilor care au solicitat asistență pentru consumul de benzodiazepine (54 ani);
- deși media vârstei persoanelor de sex feminin care au solicitat asistență pentru consum de droguri a fost mai mare decât cea a persoanelor de sex masculin (37,9 ani vs. 28,6 ani), cea mai frecventă vârstă pentru beneficiarii de sex feminin a fost mai mică decât în cazul celor de sex masculin (18 de ani vs. 23 de ani);
- cei mai mulți dintre beneficiarii care au solicitat asistență pentru consum de inhalante aveau vârsta de 14 ani, pentru canabis – 22 de ani și SNPP – 23 de ani, în timp ce pentru consumatorii de opiacee cea mai frecventă vârstă a fost 30 ani, iar pentru hipnotice și sedative – 53 de ani.

Tabel nr. 5-5: Vârsta beneficiarilor (minimă, medie și cea mai frecventă) în funcție de sex, tip de admitere și drog principal (ani)

	Total	sex		Tip de admitere		Drog principal				
		masculin	feminin	caz nou	recidivă	SNPP	opiacee	canabis	hipnotice și sedative	Inhalante
Minim	11	11	13	11	14	13	14	14	20	11
Media	30,9	28,6	37,9	29,7	31,7	25	30,3	23,2	54	21
Mod ⁵¹	23	23	18	23	28	23	32	22	53	14
N Valid ⁵²	1839	1369	465	881	910	611	677	186	257	23

Sursa: ANA

Referitor la **vârsta de debut**⁵³, cazurile de admitere la tratament pentru consum de droguri ilicite și SNPP în anul 2012, prezintă următoarele caracteristici:

- $\frac{3}{4}$ (74,7%) dintre beneficiari au debutat în consum, anterior vârstei de 24 ani: 39% au debutat în consum între 15-19 ani, 25% au debutat în consum între 20-24 de ani, iar 10,7% dintre persoanele admise la tratament au declarat un debut precoce (sub 15 ani);
- în funcție de sexul pacientului, pentru beneficiarii de sex feminin se observă proporții mai mari pentru debutul precoce, sub 15 ani (15,2% vs. 9,7%) și peste 35 ani, în cazul cărora, proporția bărbaților care au debutat în consum peste acest prag, a fost aproape o treime din cea a femeilor (4,1% vs. 13,2%); în cazul beneficiarilor de sex masculin există proporții mai mari pentru debutul între 20 și 34 de ani (47,5% vs. 31,8%);
- în funcție de tipul admiterii diferențele sunt relativ mici: pentru cazurile noi se înregistrează o proporție mai mare pentru debutul în consum între 15-24 de ani (67,1% vs. 61,3%), iar pentru recidive pentru debutul precoce (11,4% vs. 10%) și între 25-34 de ani (21,5% vs. 17%);
- în funcție de drogul principal:
 - cei mai mulți consumatori de opiacee au declarat o vârstă de debut mai mică de 25 de ani (84,6% din care 14,2% - debut precoce),
 - în cazul SNPP, cei mai mulți au debutat în consum în intervalul 15-29 ani (76,6%);
 - cei mai mulți dintre consumatorii de canabis, care au solicitat asistență, au debutat în consum la vârste cuprinse între 15-24 ani (84,9%, dintre care mai mult de jumătate între 15-19 ani, vârstă caracteristică învățământului liceal).

⁵⁰ Vezi ST. nr. 6.1.1, 6.1.2, 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 13.1.2, 14.1.1 și 14.1.2

⁵¹ Cea mai frecventă vârstă

⁵² Nr. de cazuri cu răspuns valid

⁵³ Vezi ST. nr. 21.1 – 23.1

Tabel nr. 5-6: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de vârsta de debut, sexul beneficiarului și tipul drogului principal (nr., %)

		Vârsta de debut pe grupe (ani)						total
		< 15	15 -19	20 -24	25 -29	30 -34	≥ 35	
Nr.	Total	145	530	340	169	95	81	1360
%		10,7	39	25	12,4	7	6	100
Nr.	masculin	106	425	297	146	79	45	1098
	feminin	39	102	43	23	16	34	257
%	masculin	9,7	38,7	27	13,3	7,2	4,1	100
	feminin	15,2	39,7	16,7	8,9	6,2	13,2	100
Nr.	caz nou	66	274	169	75	38	39	661
	recidivă	78	252	168	93	54	40	685
%	caz nou	10	41,5	25,6	11,3	5,7	5,9	100
	recidivă	11,4	36,8	24,5	13,6	7,9	5,8	100
Nr.	opioacee	81	269	132	50	28	10	570
	SNPP	40	158	137	103	57	24	519
	canabis	10	83	47	10	2	1	153
	hipnotice și sedative		3	3	3	6	44	59
	altele	3	8	10	1		2	24
	inhalanți volatili	9	4	1	1			15
	stimulante		3	6	1			10
	cocaină	1	1	4		1		7
	halucinogene	1	1	1				3
%	opioacee	14,2	47,2	23,2	8,8	4,9	1,8	100
	SNPP	7,7	30,4	26,4	19,8	11	4,6	100
	canabis	6,5	54,2	30,7	6,5	1,3	0,7	100

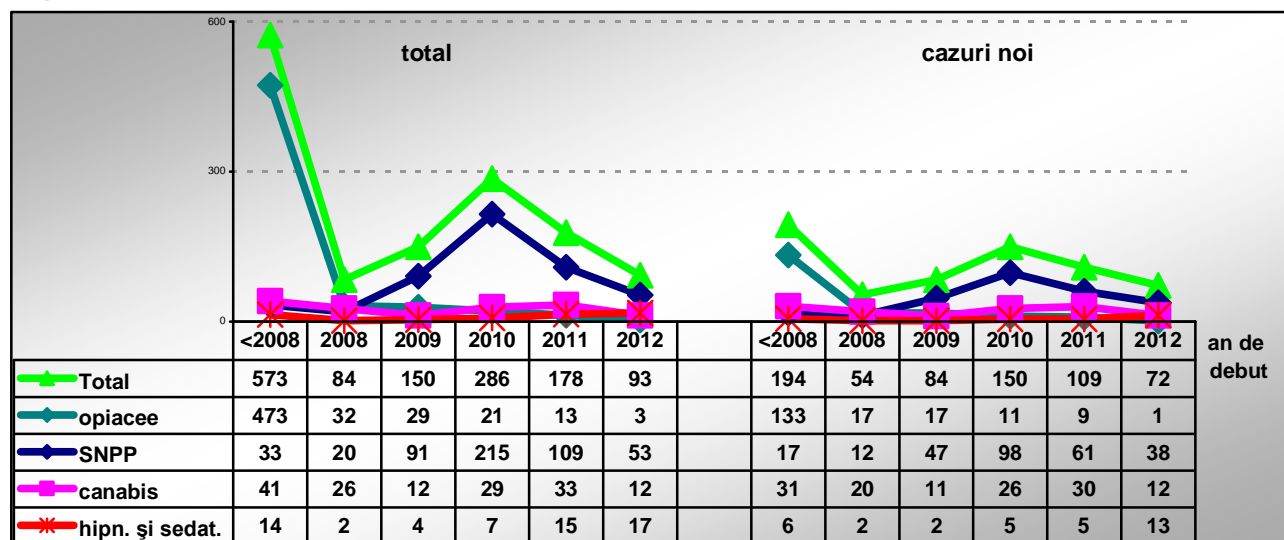
Sursa: ANA

Numărul total de cazuri și cazurile noi, analizate în funcție de **anul de debut**⁵⁴ și drogul principal evidențiază pentru:

- total – după anii 2009-2010, când a avut loc o creștere a debutului în consum, în ultimii 2 ani se înregistrează o scădere, inclusiv pentru cazurile noi;
- opioacee – atât per total, cât și pentru cazurile noi o tendință constantă de scădere începând cu anul 2008;
- SNPP – debutul în consumul acestor substanțe a înregistrat o tendință de creștere în perioada 2008 - 2010, când a atins valoarea maximă, pentru ca din anul 2011 să scadă;
- canabis – creștere pentru perioada 2009-2011 a numărului celor care au debutat în consum, iar în 2012 se înregistrează scădere;
- hipnotice și sedative – pentru total o tendință de creștere din 2008, iar pentru cazurile noi o creștere mare în 2012, față de anul anterior.

⁵⁴ N valid = 1364 de beneficiari

Grafic nr. 5-5: Distribuția admitterilor la tratament în anul 2012, în funcție de anul de debut, drogul principal - total și cazuri noi (nr.)

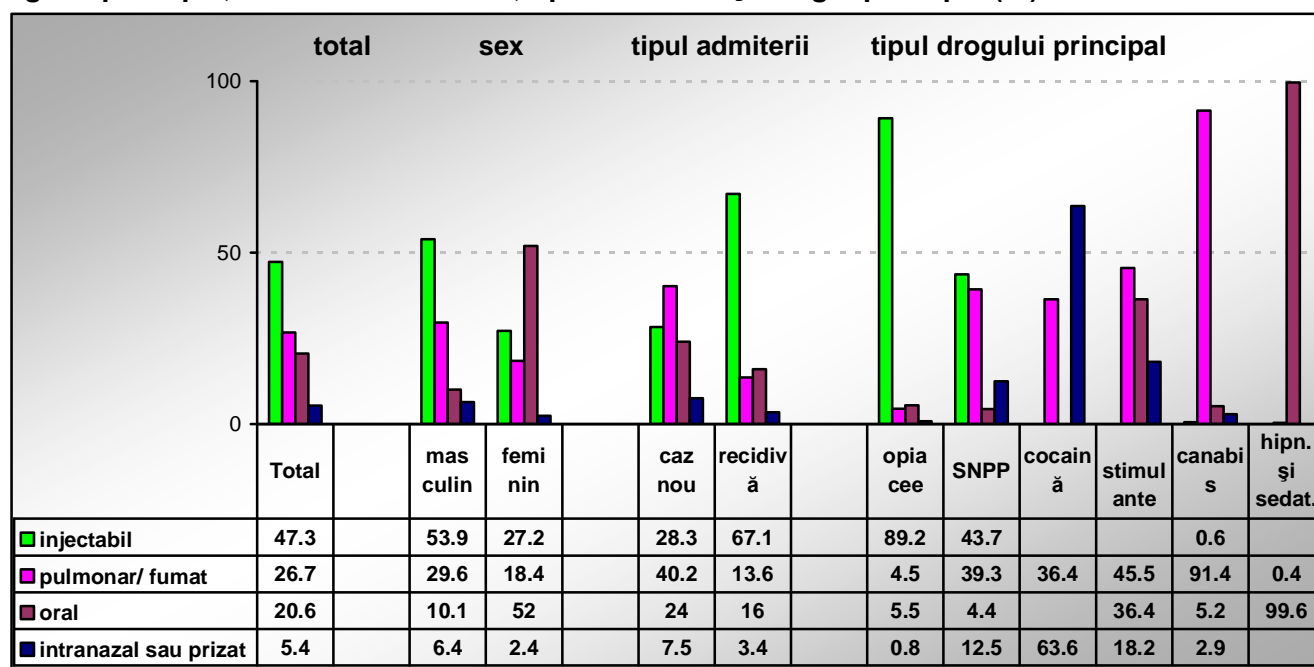


Sursa: ANA

În privința **duratei de consum**, se observă următoarele:

- SNPP – majoritatea a solicitat asistență după aproximativ doi ani de consum (total: 377 de cazuri din 521, iar cazuri noi: 197 din 273);
- opiacee – se solicită tratament după o perioadă mare de consum;
- cannabis – în aproximativ 50% dintre cazuri se solicită asistență după o perioadă mai mare de consum (debut în consum în 2009 sau anterior total: 79 din cele 153 de cazuri și cazuri noi: 62 din cele 130);
- hipnotice și sedative – o perioadă mică de consum (maxim un an: total 32 de cazuri din 59, iar cazuri noi: 18 din 33).

Grafic nr. 5-6: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de calea de administrare a drogului principal, sexul beneficiarului, tipul admerției și drogul principal (%)



Sursa: ANA

Referitor la **calea de administrare a drogului principal**⁵⁵, în anul de referință predomină consumul pe cale injectabilă, acest tip de consum fiind mai frecvent în cazul beneficiarilor de sex masculin și a celor care au mai fost în asistență, majoritatea fiind consumatori de opiacee, dar și de SNPP. Comparând beneficiarii care au solicitat pentru prima dată asistență cu cei care au mai solicitat asistență, se observă pentru cazurile noi o proporție mai mică pentru consum pe cale injectabilă, situație influențată și de tipul drogului principal consumat: 36,5% - SNPP și 20,6% - heroină (față de 29,8% - SNPP și 48% - heroină pentru recidive, vezi grafic 5-3).

Referitor la proporția beneficiarilor care și-au **administrat vreodată droguri injectabil**⁵⁶, indiferent dacă acesta este cel pentru care a solicitat asistență sau un alt drog secundar, se constată următoarele:

- 41,2% se injectează curent și 43,5% nu s-au injectat niciodată;
- injectarea curentă este mai frecventă în rândul consumatorilor de opiacee și SNPP, a persoanelor care au primit anterior asistență pentru consumul de droguri (recidivă), bărbaților (în cazul femeilor acest model de consum este întâlnit la doar aproximativ 1/4 – 25,7%), beneficiarilor care au debutat în consum între 25-34 de ani (și 46,5% dintre cei care au debutat la vârste mai mici de 15 ani au declarat că s-au injectat în ultimele 30 de zile) și a celor care au o durată de consum mai mare de 5 ani (pentru cei cu peste 10 ani de consum proporția celor care se injectează curent este de 58,2%).

Tabel nr. 5-7: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare, în funcție de tipul admitterii, tipul drogului principal, sex, calea de administrare, vârsta de debut și durata de consum (nr, %)

		injectat curent (mai puțin de 30 de zile)	injectat, dar nu curent	niciodată injectat	Total
total	Nr.	580	216	612	1408
	%	41,2	15,3	43,5	100%
tip_admitere	caz nou	29,5	5,8	64,6	100%
	recidivă	52,8	25,0	22,2	100%
drog_principal	opiacee	61,1	32,9	6,1	100%
	SNPP	47,5	5,0	47,5	100%
	hipnotice și sedative	0,6	1,9	97,5	100%
	stimulante	25,0	12,5	62,5	100%
	canabis	0,7	2,7	96,6	100%
	sex	masculin	45,3	16,3	38,4
	feminin	25,7	12,0	62,3	100%
vârsta_debut (ani)	< 15 ani	46,5	14,9	38,6	100%
	15 -19 ani	37,9	20,0	42,1	100%
	20 -24 ani	44,1	14,7	41,2	100%
	25 -29 ani	60,0	10,0	30,0	100%
	30 -34 ani	71,6	7,4	21,0	100%
	35 ani si peste	38,2	1,5	60,3	100%
durata_consum (ani)	< 1 an	54,6	2,1	86,1	100%
	1-5 ani	42,0	4,9	53,0	100%
	5-10 ani	50,7	22,5	26,8	100%
	>10 ani	58,2	34,2	7,5	100%

Sursa: ANA

În funcție de **frecvența consumului pentru drogul principal**⁵⁷, din totalul consumatorilor de droguri admiși la tratament în anul 2012, 59% consumau drogul zilnic, 16% de 2-6 ori pe săptămână, iar 9,9% cel mult o dată pe săptămână. În funcție de sexul consumatorului, se observă o porpoție mai mare pentru

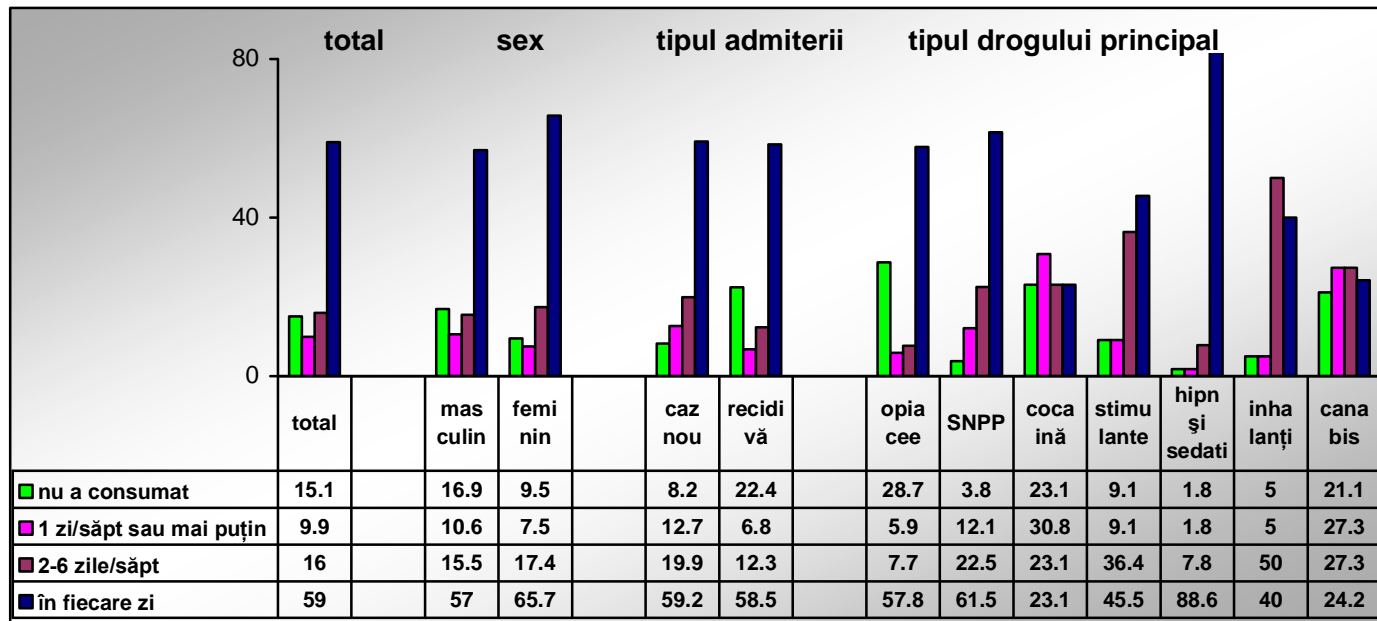
⁵⁵ Vezi ST. nr. 15.1.1-17.1.2

⁵⁶ Vezi ST. nr. 25.1.1, 25.1.2, 26.1.1 și 26.1.2

⁵⁷ Vezi ST. nr. 18.1.1 - 20.1.1

consumul zilnic (total – 57%, iar masculin – 65,7%). În funcție de tipul de drog, cele mai frecvent consumate sunt hipnoticele și sedativele (88,6% dintre cei care au fost admiși la tratament în 2012 au declarat un consum zilnic), proporții mari înregistrându-se însă și pentru SNPP și opiacee (61,5%, respectiv 57,8%) și chiar stimulante (45,5%); mai puțin consumate zilnic sunt cannabisul (24,2%) și cocaina (23,1%).

Grafic nr. 5-7: Distribuția admiterilor la tratament în 2012, în funcție de frecvența consumului, tipul admiterii, sex și tipul drogului principal (%)



Sursa: ANA

5.3.1. TRATAMENT DE SUBSTITUȚIE ⁵⁸

Din cele 2464 de persoane care au primit asistență în anul 2012, pentru consumul de droguri ilegale și SNPP, 41,% erau consumatoare de opiacee, iar dintre acestea un număr de 495 de pacienți se aflau deja în tratament de substituție cu metadonă sau alte opiacee (buprenorfină, suboxonă, naltrexonă).

Tabel nr. 5-8: Admiterea la tratament pentru consumul de droguri ilicite (opiacee) în 2012 și distribuția consumatorilor care se aflau deja în tratament de substituție, în funcție de tipul centrului de tratament și de data admiterii la tratament (nr. de persoane)

		Tip centru						Total		
		internare		ambulatoriu		penitenciar				
		data admiterii la tratament								
		2012	anterior 2012	2012	anterior 2012	2012	anterior 2012	2012	anterior 2012	total
Admitere la tratament	Total	1138	11	710	378	144	83	1992	472	2464
	din care opiacee (drog principal)	155	2	524	220	66	44	745	266	1011
	din care heroină	115	2	510	214	62	44	687	260	947
	metadonă	17	0	13	5	4	0	34	5	39
	alte opiacee	23	0	1	1	0	0	24	1	25
Pacient/ beneficiar aflat deja în tratament de substituție	Total	79	4	270	128	12	2	361	134	495
	din care metadonă	56	3	204	92	11	2	271	97	368
	alte opiacee*	12	0	25	24	1	0	37	24	61
	neprecizat	11	1	41	12	0	0	53	13	66

Notă* - alte opiacee: buprenorfină, suboxonă, naltrexonă

Sursa: ANA

⁵⁸ În acest subcapitol sunt incluși și beneficiarii care au primit asistență în mediul de detenție

Referitor la tipul de asistență acordat, în anul 2012 din totalul serviciilor acordate:

- 1,2% au fost de dezintoxicare medicamentoasă cu substitut opiaceu, în regim de internare sau ambulatoriu. De aceste servicii au beneficiat 79 de persoane (4,3% dintre pacienți);
- 6,1% au fost tratamente de menținere a abinenței cu agonist/ antagonist opiaceu. De aceste servicii au beneficiat 435 persoane (24,1% dintre pacienți);
- dintre alte tipuri de servicii acordate sunt de menționat: evaluare – 24,8%, asistență psihologică – 21,7%, dezintoxicare simptomatică – 13%, tratamentul comorbidității psihiatrice -9,8%, îndrumare către serviciile sociale, legale de îngrijire a minorilor, vocaționale – 5,5% și dezintoxicare non-medicamentoasă – 3,1%.

Tabel nr. 5-9: Distribuția serviciilor de asistență pentru consumul de droguri ilicite și SNPP, acordate în 2012 (pentru toți beneficiarii, indiferent de anul admerii), în funcție de tipul centrului de tratament și tipul de asistență acordat, 2012 (nr., %)

Tipul de asistență acordat	Tip centru			Total			
	internare	ambulatoriu	penitenciar	Nr.	% servicii	% pacienți	
evaluare	1038	382	146	1566	24,8%	86,7%	
dezintoxicare medicamen. în regim de internare	cu substitut opiaceu	64	0	6	70	1,1%	3,9%
	simptomatică	771	0	1	772	12,2%	42,7%
	neprecizat	76	0	0	76	1,2%	4,2%
dezintoxicare medicamen. în regim ambulatoriu	cu substitut opiaceu	3	6	0	9	0,1%	0,5%
	simptomatică	43	6	0	49	0,8%	2,7%
	neprecizat	6	3	0	9	0,1%	0,5%
dezintoxicare non - medicamentoasă	190	7	1	198	3,1%	11,0%	
asistență psihologică	917	355	96	1368	21,7%	75,7%	
tratamentul comorbidității psihiatrice	612	8	0	620	9,8%	34,3%	
îndrumare către serviciile sociale, legale de îngrijire a minorilor, vocaționale	225	121	1	347	5,5%	19,2%	
urmărire pe termen lung	191	273	128	592	9,4%	32,8%	
tratament de menținere a abinenței	cu metadonă	55	308	7	370	5,9%	20,5%
	cu naltrexonă	7	18	1	26	0,4%	1,4%
	cu suboxonă	17	22	0	39	0,6%	2,2%
	neprecizat	3	5	0	8	0,1%	0,4%
altele*	33	115	39	187	3,0%	10,4%	
Total – nr. servicii acordate	4249	1631	426	6306	100%		
Total – nr. pacienți	1108	551	147	1806			

Notă: * - altele – ex: consiliere aparținători/ angajator, includere Grup Fred Goes Net/ comunitate terapeutică, consiliere socială, testare urină (control) și analize de sânge, consiliere renunțare la fumat, informare, ergoterapie, terapie de grup, prevenirea recăderilor, psihoterapie, tratament sedativ etc.

Sursa: ANA

Din cele 443 persoane consumatoare de opiacee, care au primit în anul 2012 tratament de menținere a abinenței:

- majoritatea (87,1%) au solicitat asistență în anul de referință;
- mai mult de jumătate au beneficiat și anterior de tratament de substituție;
- mai mult de 2/5 au solicitat tratament din proprie inițiativă, iar 26,1% au fost referiți de serviciile medicale;
- majoritatea sunt persoane de sex masculin (aspect influențat de faptul că persoanele de sex masculin sunt într-o proporție mult mai mare consumatoare de opiacee, în comparație cu cele de sex feminin);
- cei mai mulți (81,2%) sunt tineri cu vârsta cuprinsă între 20-34 de ani și aproximativ jumătate au debutat în consum la vârste mai mici de 15 ani (12,2%) sau la vârsta „liceului”, 15-19 ani (45,9%), iar 25,4% între 20-24 de ani;

- mai mult de jumătate (55,3%) consumă opiacee de cel puțin 11 ani;
- aproximativ jumătate au consumat zilnic opiacee (47,9%);
- jumătate sunt șomeri/ fără ocupație (49,9%) și doar 29,6% au un loc de muncă.

Tabel nr. 5-10: Distribuția persoanelor consumatoare de opiacee, care au primit tratament de menținere a abstenenței, în funcție de diferite caracteristici, 2012 (%)

		%
anul aditerii la tratament	2012	87,1
	anterior anului 2012	12,9
tratament anterior de substituție	da	61,7
	nu	38,3
sursa principală de referință	inițiativă proprie	44,4
	medic de familie/ asistență primară	26,1
	serv. specializate pt. consumatorii de droguri	3,0
	serv. de psihiatrie/ urgență	19,9
	instanță/ parchet/ probațiune/ arest/ penitenciare	5,5
	familia/ prietenii	1,1
sex	masculin	83,9
	feminin	16,1
grupă vârstă (ani)	15 -19 ani	1,1
	20 -24 ani	13,6
	25 -29 ani	29,7
	30 -34 ani	37,9
	35 -39 ani	11,1
	40 ani și peste	6,6
grupă vârstă de debut (ani)	< 15 ani	12,2
	15 -19 ani	45,9
	20 -24 ani	25,4
	25 -29 ani	9,5
	30 -34 ani	5,7
	35 -39 ani	0,8
	40 ani și peste	0,5
durată consum (ani)	≤ 2 ani	12,1
	3-5 ani	14,8
	6-10 ani	17,8
	≥11 ani	55,3
frecvența consumului	în fiecare zi	47,9
	mai puțin de 6 zile pe săptămână	52,1
status ocupațional	angajat	29,6
	elev/ student	2,8
	pensionar/ casnic/ invalid	12,1
	șomer/ fără ocupație	49,9
	lucrează fără contract/ altă situație	5,6

Notă: diferența până la 100% reprezintă alte situații/ neprecizat

Sursa: ANA

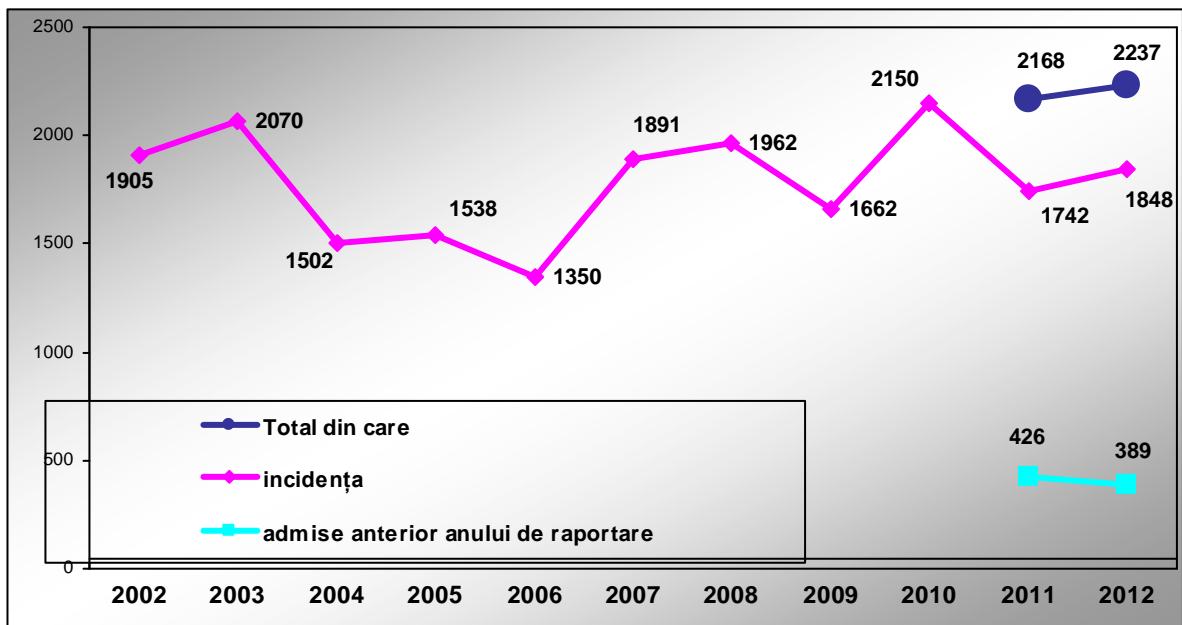
5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN RÂNDUL CLIENȚILOR SERVICIILOR DE TRATAMENT

Conform precizărilor anterioare, începând cu 2011, în vederea aplicării noilor cerințe de monitorizare la nivel european a indicatorului, s-a început colectarea datelor privind cazurile în care sunt continuate tratamentele inițiate în anii anteriori și care au continuat/ abandonat/ finalizat tratamentul pe parcursul anului de referință.

Comparativ cu anul anterior, există o creștere cu 3,2% a numărului de persoane care au primit asistență în 2012, care a fost determinată de creșterea cu 6,1% a cazurilor incidente (de la 1742 la 1848). Pentru cazurile care au fost admise anterior anului de raportare există, față de 2011, o scădere cu 8,7%.

În perioada 2002-2012 indicatorul privind admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, a variat între 1350 cazuri în anul 2006 (primul an de implementare a sistemului de asistență conform HG 860/2005⁵⁹) și 2150 cazuri în 2010 (anul ulterior intrării pe piață a SNPP). În anul 2012 se înregistrează o valoare aproximativ egală cu aceea de la începutul perioadei de monitorizare, dar trebuie menționat faptul că oferta de servicii s-a diversificat, iar sistemul de colectare a datelor a fost reconfigurat.

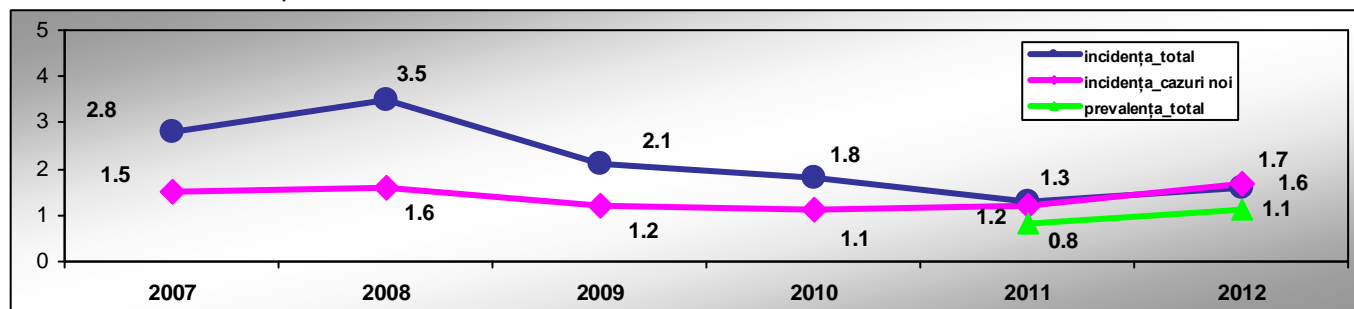
Grafic nr. 5-8: Evoluția numărului de persoane care au primit tratament, ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2002-2012 (nr.)



Sursa: ANA

Având în vedere faptul că stabilirea numărului de beneficiari unici se realizează incluzând doar prima admitere din anul de referință (indiferent dacă asistența a fost acordată în regim de internare sau ambulatoriu), pentru compararea ponderii celor două modalități de acordare a asistenței⁶⁰ s-a avut în vedere raportul bazat pe numărul de cazuri noi care, conform datelor prezentate mai jos, până în anul 2010 a avut o tendință de scădere (de la 1,6 la 1,1), iar în ultimii 2 ani a crescut de la 1,1 la 1,7. Față de 2011 se înregistrează creșteri ale raportului internare/ ambulator pentru numărul total de cazuri incidente/ prevalente.

Grafic nr. 5-9: Evoluția raportului internare/ ambulator, date comparate 2007-2012



Sursa: ANA

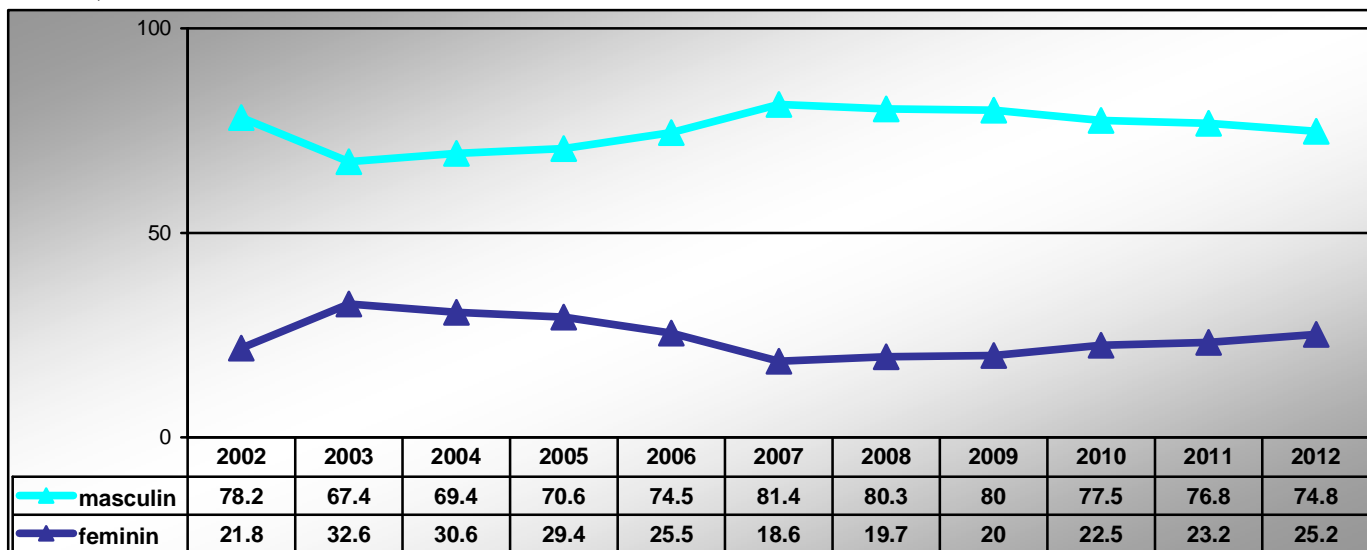
⁵⁹ HOTARARE nr. 860 din 28 iulie 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare (Emitent: Guvernul; Publicat în: Monitorul Oficial nr. 749 din 17 august 2005)

⁶⁰ Vezi ST nr. 4.1.1

În continuare analiza datelor se va realiza doar pe baza cazurilor incidente.

Comparativ cu anii anteriori se observă că deși beneficiarii de **sex** masculin se mențin majoritari, începând cu 2007 se observă o ușoară tendință de scădere a accesării serviciilor de tratament și, implicit, o creștere a proporției persoanelor de sex feminin, de la 18,6% la 25,2%. Astfel, raportul M/F rămâne în continuare supraunitar, dar este în scădere, de la 4,4 în 2007 la 3 în anul 2012 (valoare apropiată cu cea pentru 2002 – 3,6)⁶¹.

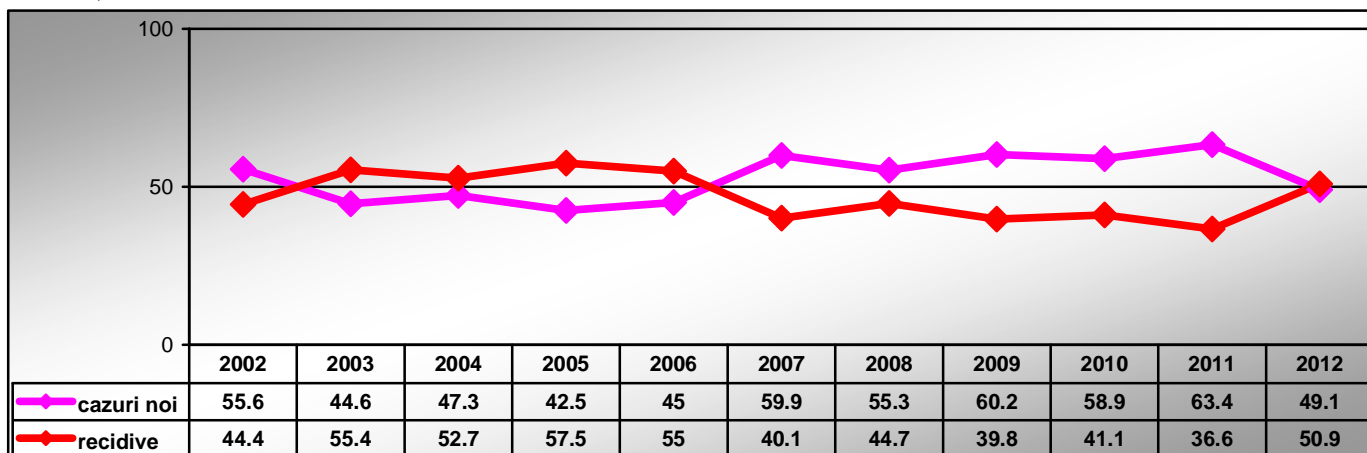
Grafic nr. 5-10: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de sexul beneficiarului, date comparate 2002-2012 (%)



Sursa: ANA

De asemenea, dacă în anul 2002, proporția **cazurilor noi** era mai mare decât cea a recidivelor, iar în perioada 2003-2006, au predominat cazurile în care consumatorii beneficiaseră anterior de tratament; în ultima perioadă (2007-2011) au predominat, din nou, cazurile de noi beneficiari, în timp ce, în ultimul an al perioadei de referință crește proporția recidivelor, astfel încât cele două tipuri de beneficiari au proporții similare (49,1% vs. 50,9%), iar raportul cazuri noi/ recidive redevine subunitar ca în perioada 2003-2006.

Grafic nr. 5-11: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul admitterii, date comparate 2002-2012 (%)

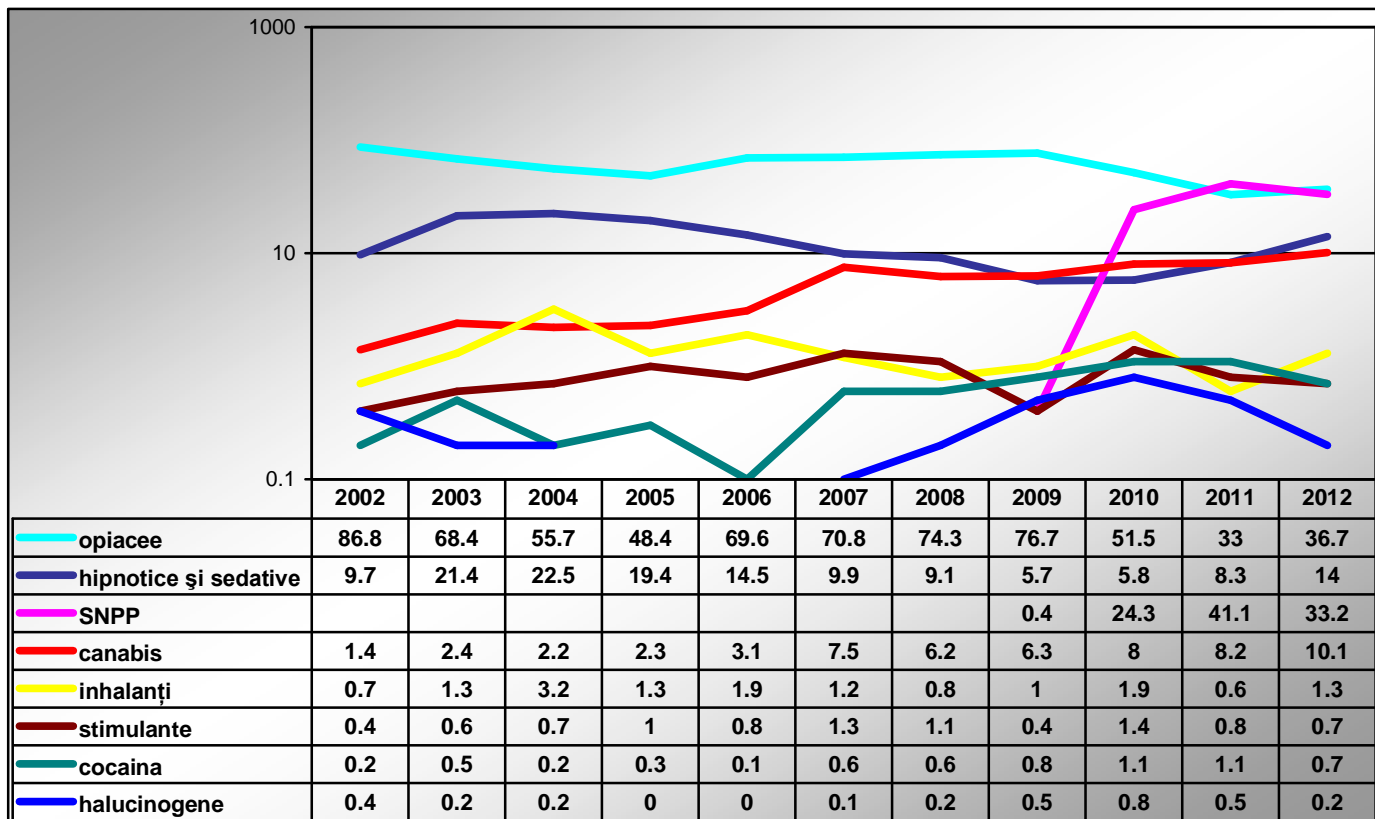


Sursa: ANA

⁶¹ Vezi ST nr. 4.1.1

În funcție de **drogul principal**⁶², în perioada 2002-2010, cu mici oscilații, cele mai consumate droguri au fost opiaceele, hipnoticele și sedativele, precum și canabisul. În 2012, se revine la situația din 2010 și SNPP înregistrează cel de-al doilea procent din numărul total de cazuri, iar opiaceele primul loc. De asemenea, se menține tendința de creștere pentru hipnotice și sedative și pentru canabis și de scădere pentru stimulante și halucinogene. În cazul opiaceelor, față de anul anterior se remarcă o dublare a numărului de beneficiari care au solicitat asistență pentru consum de metadonă (2011- 13 cazuri și în 2012- 30 cazuri).

Grafic nr. 5-12: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2002-2012 (%)



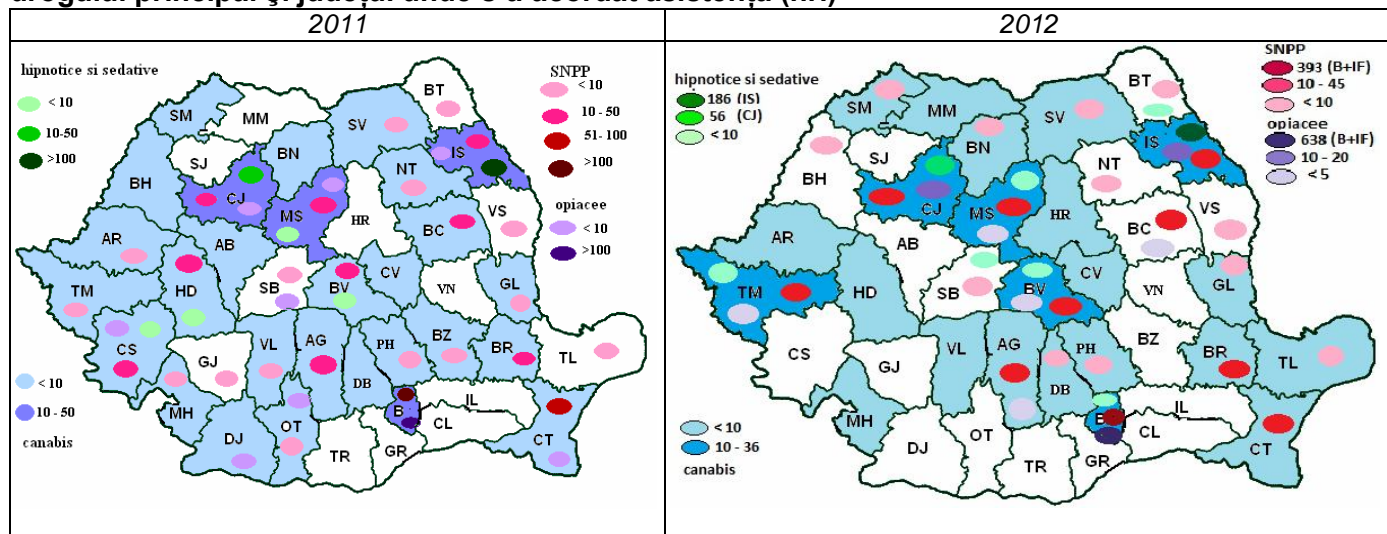
Sursa: ANA

Analiza datelor pentru perioada 2011-2012 privind **distribuția teritorială** a admitterilor la tratament, în funcție de drogul principal, indică următoarele:

- se înregistrează ușoare scăderi pentru canabis (de la 28 de județe la 24 de județe) și SNPP (de la 26 de județe la 23 de județe); pentru opiacee a rămas același număr de județe (9), iar pentru hipnotice și sedative se înregistrează o ușoară creștere a numărului de județe (de la 6 județe, la 8 județe);
- cel mai extins rămâne consumul de canabis, dar mai problematic rămâne consumul de SNPP, având valori mult mai mari comparativ cu canabisul;
- zona București- Ilfov înregistrează cel mai mare consum de opiacee și SNPP,
- cele mai multe solicitări pentru hipnotice și sedative se înregistrează în continuare la Iași și Cluj;
- s-a mărit numărul de județe unde s-a solicitat tratament pentru un număr mai mare de tipuri de droguri (în 2011 – Iași, Cluj și Mureș, iar în 2012 și în București, Brașov și Timiș);
- în continuare, zonele cu cel mai mare risc (ca număr de cazuri înregistrate) se conturează în jurul marilor centre universitare sau în județe de graniță.

⁶² Vezi ST nr. 11.1.

Harta nr. 5-3: Distribuția teritorială a admitterilor la tratament în 2011-2012 în funcție de tipul drogului principal și județul unde s-a acordat asistență (nr.)

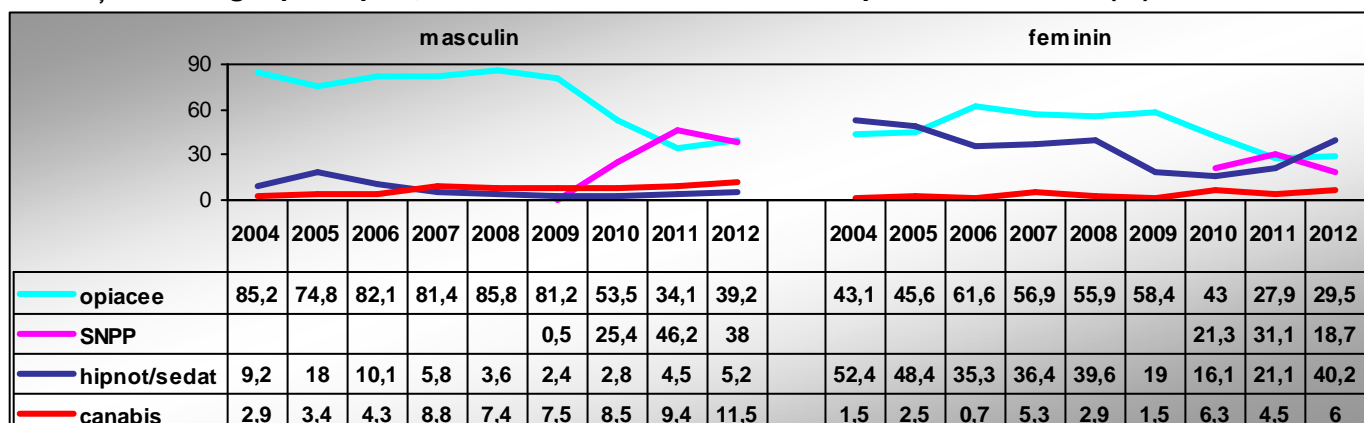


Sursa: ANA

În funcție de **sexul beneficiarului și drogul principal**, se observă:

- pentru beneficiarii de sex masculin – se revine la situația din 2010: opiaceele pe primul loc, SNPP-locul secund, urmate de cannabis și de hipnotice și sedative; deși continuă tendința de creștere pentru cannabis (2004-2,9%, 2012- 11,5%) și hipnotice și sedative (2009-2,4%, 2012-5,2%);
- pentru beneficiarii de sex feminin - se revine la o situație similară cu cea din 2004: hipnotice și sedative pe primul loc și opiaceele pe locul secund.

Grafic nr. 5-13: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de drogul principal și sexul beneficiarului, date comparate 2004-2012 (%)



Diferența până la 100% reprezintă: cocaină, stimulante, halucinogene, inhalante și alte substanțe

Sursa: ANA

Având în vedere **vârsta beneficiarului la momentul admitterii la tratament**⁶³ și **vârsta de debut în consum**⁶⁴, pentru perioada de referință, se observă următoarele:

1. cei mai mulți beneficiari au debutat în consum la vârste cuprinse între 15-19 ani și 20-24 de ani, în timp ce cele mai multe persoane aveau, la momentul admitterii la tratament, vârsta cuprinsă în intervalul 20-24 de ani și respectiv, 25-29 de ani; situația susține ipoteza conform căreia perioada de consum anterioară solicitării serviciilor (decalajul între debutul în consum și admiterea la tratament) variază între 5-10 ani: mare parte dintre cei care au debutat în consum între 15-19 ani,

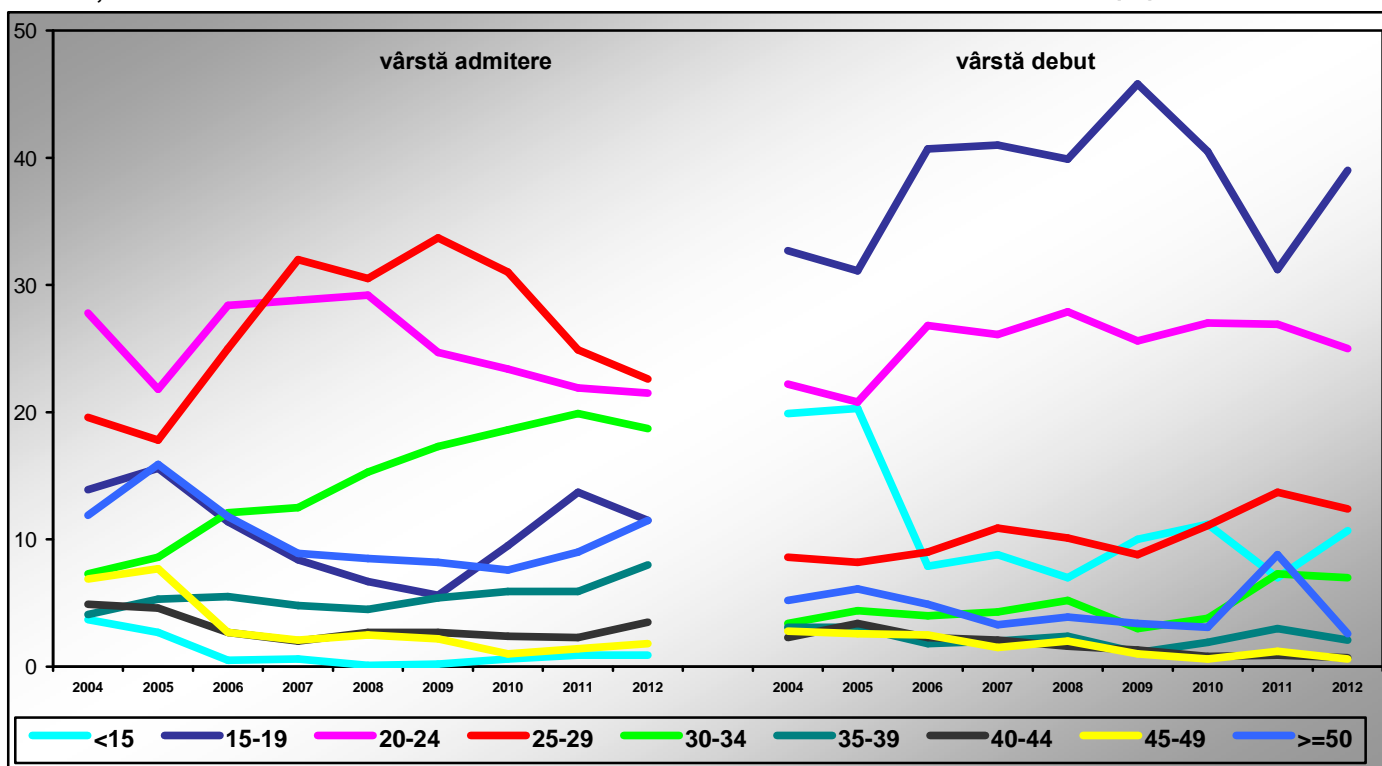
⁶³ Vezi ST nr. 14.1.1

⁶⁴ Vezi ST nr. 23.1.2

se regăsește ulterior la tratament între 20-29 de ani și de asemenea, mare parte dintre cei care au debutat în consum între 20-24 ani, determină ulterior proporția mare a admițerilor la tratament la vârste cuprinse între 25-34 de ani;

- ca tendință, pentru vârsta de debut se observă că pe toată perioada de referință grupele de vârstă cu cele mai mari valori sunt 15-19 ani, respectiv 20-24 de ani și, în funcție de grupele de vârstă, o revenire în perioada 2011-2012 la ierarhia înregistrată în perioada 2006-2008 (pentru 15-19 ani 40,7% vs. 39%, pentru 20-24 de ani 26,8% vs. 25%), dar cu valori mai mari pentru debutul precoce (< 15 ani) și cel între 25-39 de ani, ceea ce sugerează o tendință de schimbare a predominanței debutului în consum între 15-24 ani, cu creșterea debutului precoce și a celui la vârste mai mari, respectiv 25-39 de ani;
- de asemenea, ca tendință pentru vârsta de intrare în tratament: din anul 2007 cea mai mare valoare se înregistrează pentru grupa de vârstă 25-29 ani, urmată de 20-24 de ani; comparativ cu 2004, se observă în anul 2012 o creștere a proporției beneficiarilor din grupele: 30-34 de ani și 35-39 de ani și scăderea celor cu vârsta mai mică de 15 ani.

Grafic nr. 5-14: Evoluția admițerilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de vârsta beneficiarului și vârsta de debut, date comparate 2004-2012 (%)

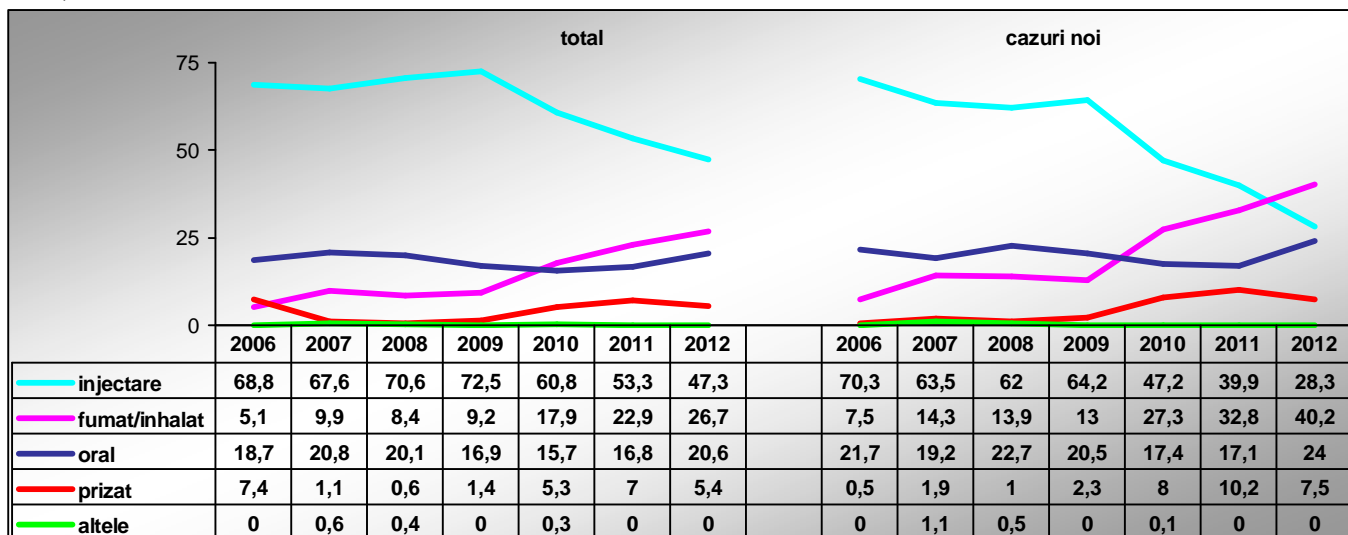


Sursa: ANA

Referitor la **calea de administrare a drogului principal**⁶⁵, injectarea reprezintă, pentru toată perioada de referință, cea mai utilizată metodă de administrare, în concordanță cu drogul principal de consum, opiaceele și, respectiv SNPP în combinație cu opiaceele. Faptul că SNPP nu se administrează predominant pe cale injectabilă se reflectă în tendință și, începând cu anul 2010, se observă o scădere a administrării pe cale injectabilă și creștere pentru cea pulmonară și orală.

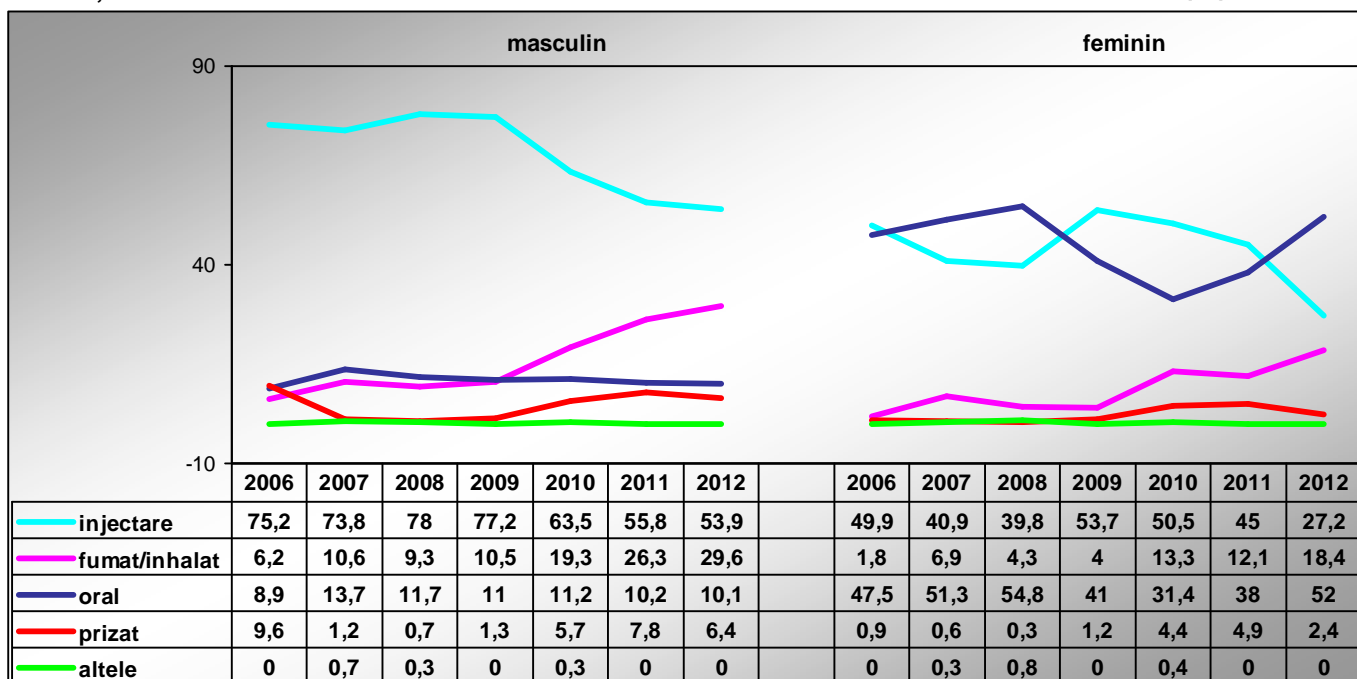
⁶⁵ Vezi ST nr. 17.1.1 și 17.1.2

Grafic nr. 5-15: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea de administrare și tipul admitterii, date comparate 2006-2012 (%)



Sursa: ANA

Grafic nr. 5-16: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea de administrare și sexul beneficiarului, date comparate 2006-2012 (%)



Sursa: ANA

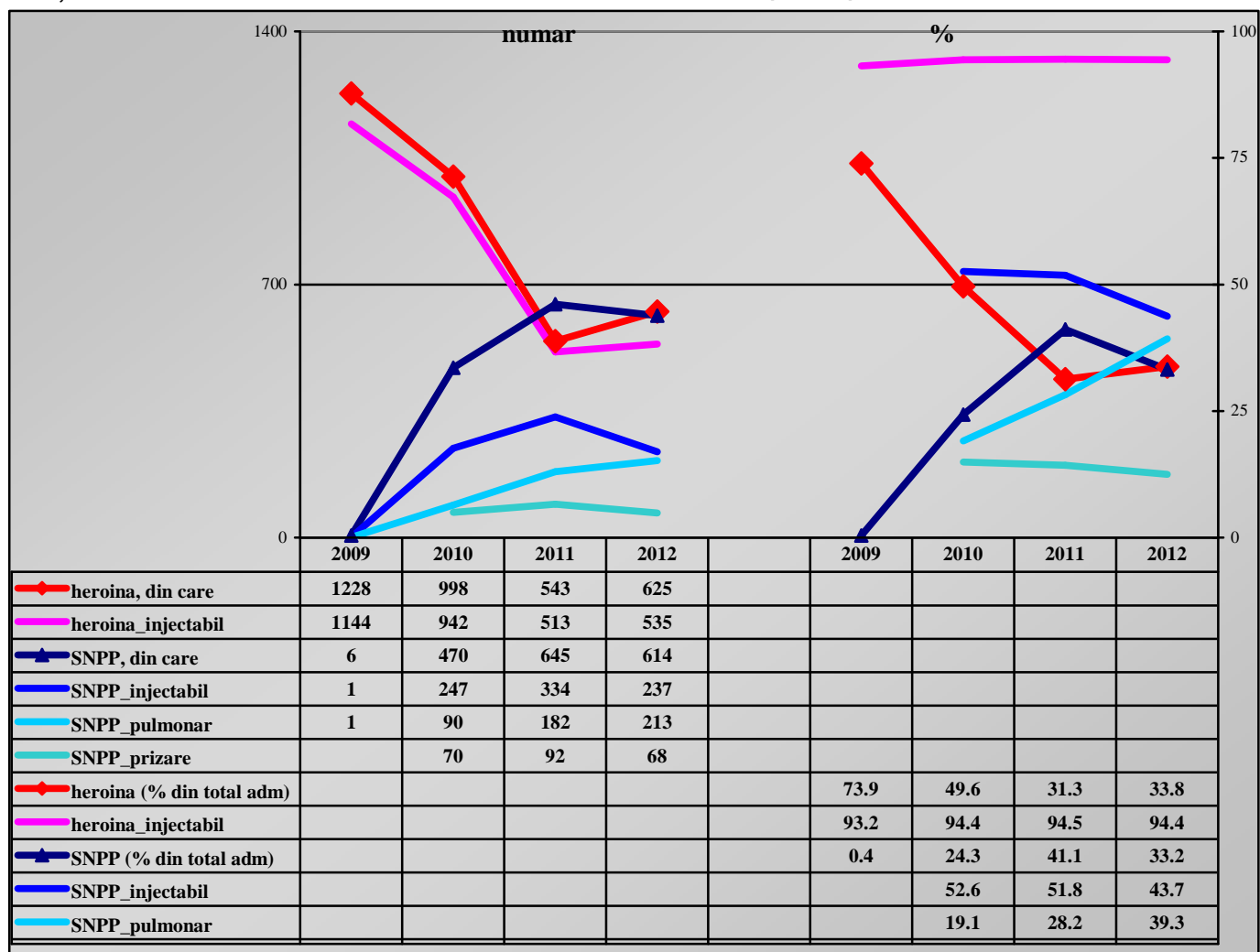
Evoluția admitterilor la tratament, în funcție de calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului⁶⁶, indică următoarele:

- modele diferite de administrare determinate de diferențele de consum în funcție de tipul drogului principal: pentru beneficiarii de sex masculin există o proporție mai mare de admitere la asistență pentru opiacee, SNPP și cannabis, iar pentru cei de sex feminin pentru hipnotice și sedative și opiacee (vezi grafic 5.4);

⁶⁶ Vezi ST nr. 15.1.1 și 16.1.1

- pentru consumatorii de sex masculin – deși injectarea reprezintă calea de administrare cea mai frecvent declarată de beneficiarii serviciilor de asistență, se observă o tendință de scădere a acesteia în ultima parte a perioadei de referință (de la 78% la 53,9%) și o creștere a proporției celor care declară administrarea pe cale pulmonară sau prizare ca principală cale de administrare a drogurilor (de la 9,3% la 29,6%, respectiv de la 0,7% la 6,4%);
- pentru consumatorii de sex feminin – se conturează revenirea la tendința înregistrată la începutul perioadei de referință: proporție mai mare pentru administrare orală față de consumul injectabil (în 2007: oral 51,3% și injectabil 40,9%, iar în 2012: oral - 52% și injectabil 27,2%), cu amendamentul că diferența mai mare între cele 2 modalități de administrare este determinată de creșterea din 2009 a administrării pe cale pulmonară: în 2009 – 4%, iar în 2012 – 18,4% (situație la rândul ei determinată de creșterea consumului de cannabis: 2009 – 1,5% vs. 2012 – 6%, vezi grafic 5.13).

Grafic nr. 5-17: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de calea de administrare, date comparate 2009-2012 (nr., %)



Sursa: ANA

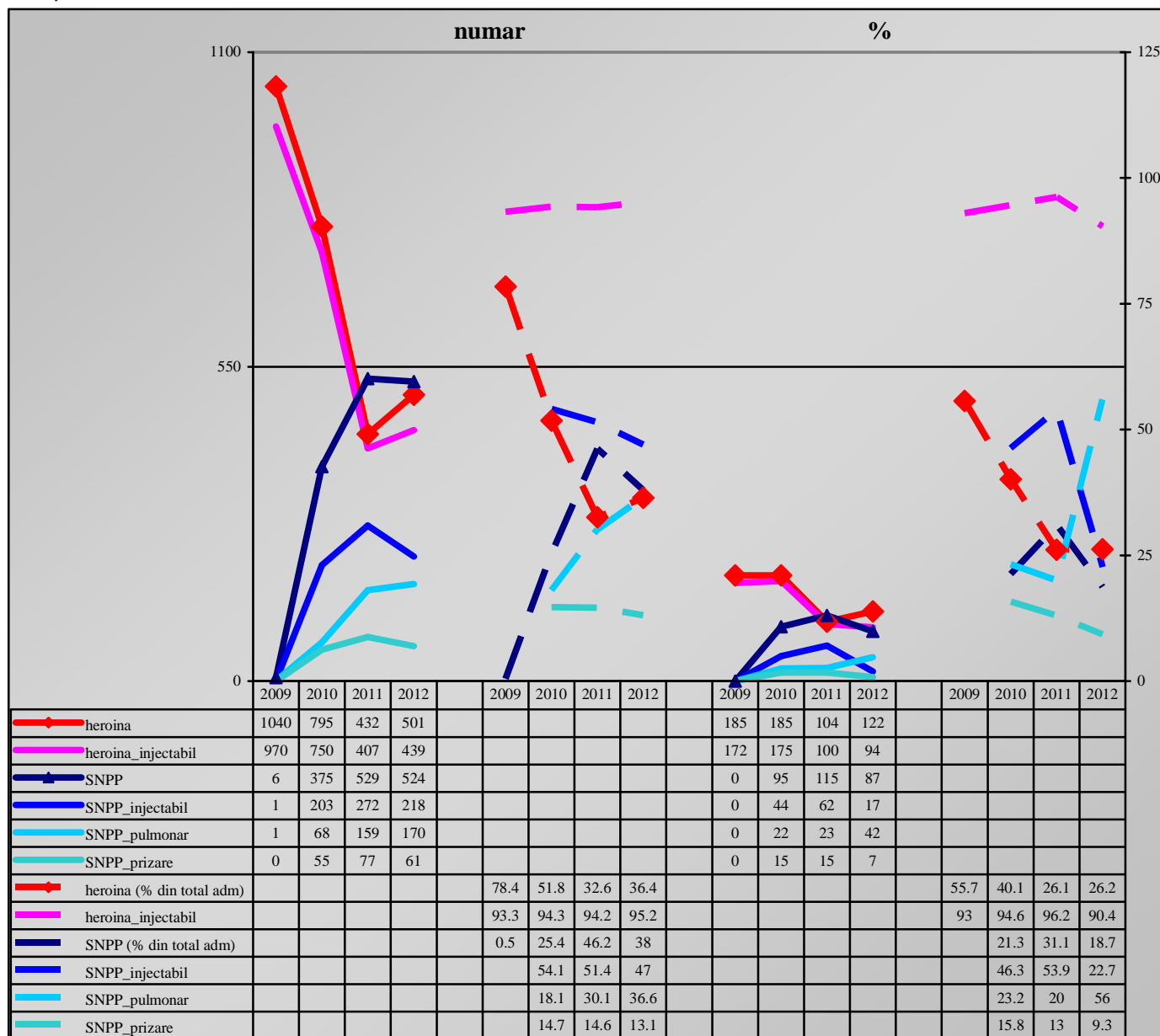
Analizând admitterile la tratament pentru consumul de heroină pe cale injectabilă și de SNPP, în funcție de cele trei căi specifice de administrare, se constată următoarele:

- în ceea ce privește admitterile la tratament pentru consumul de heroină, atât ca număr, cât și ca proporție din numărul total de admiteri, au scăzut la mai puțin de jumătate în perioada 2009-2011 (de la 1228 la 543, respectiv de la 73,9% la 31,3%), iar în ultimul an au crescut (625, respectiv 33,8%); cele pentru consum de SNPP au aceeași tendință în oglindă: au crescut foarte mult în perioada 2009-2011

(de la 6 cazuri la 645, respectiv de la 0,4% la 41,1%), iar în ultimul an au scăzut (614, respectiv 33,2%), dar la amplitudini diferite: diferența față de anul trecut este pentru heroină de 82 de cazuri și 2,5 procente, iar pentru SNPP de 31 de cazuri și 7,9 procente;

- referitor la calea de administrare se observă că în timp ce pentru heroină injectarea rămâne majoritară și la valori mari (93 - 94%), pentru SNPP: administrarea se face cel mai frecvent tot pe cale injectabilă, care însă ca proporție are o tendință continuă de scădere (2010 - 52,6%, 2011 - 51,8% și 2012 - 43,7%), însoțită de o creștere continuă a administrării pe cale pulmonară (2010 - 19,1%, 2011 - 28,2% și 2012 - 39,3%) și de asemenea, deși la valori mai mici, administrarea prin prizare are tendință de scădere (2010 - 14,9%, 2011 - 14,3% și 2012 - 12,5%).

Grafic nr. 5-18: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de calea de administrare și sexul beneficiarului, date comparate 2009-2012 (nr., %)

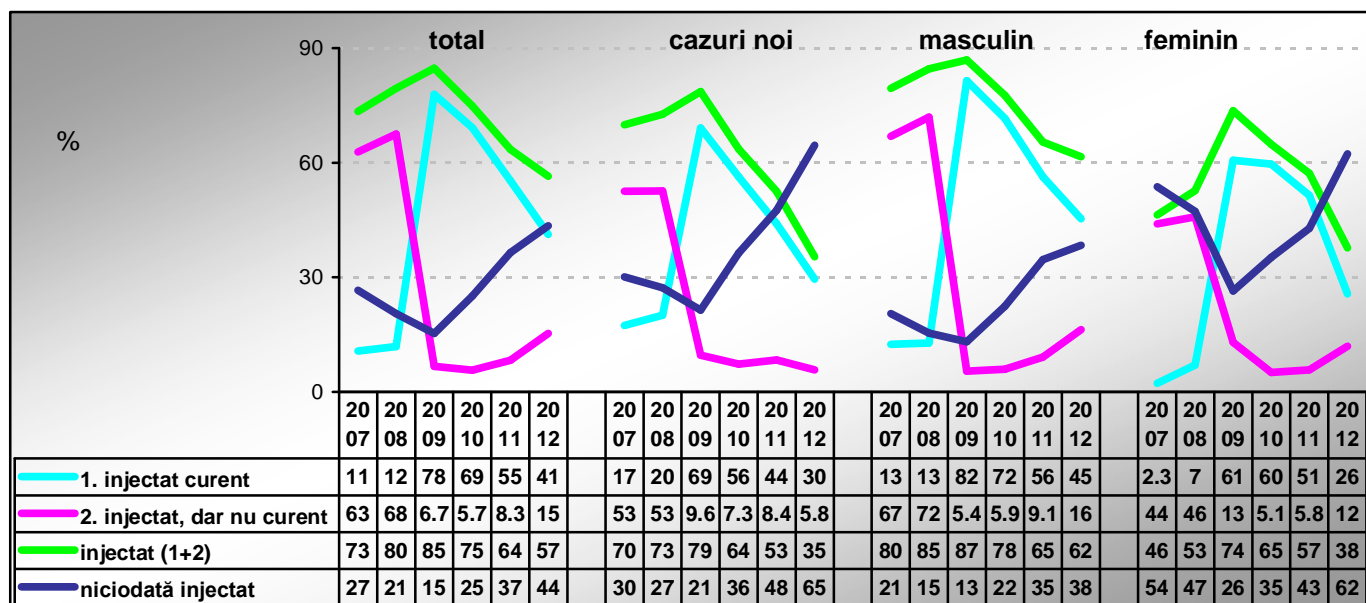
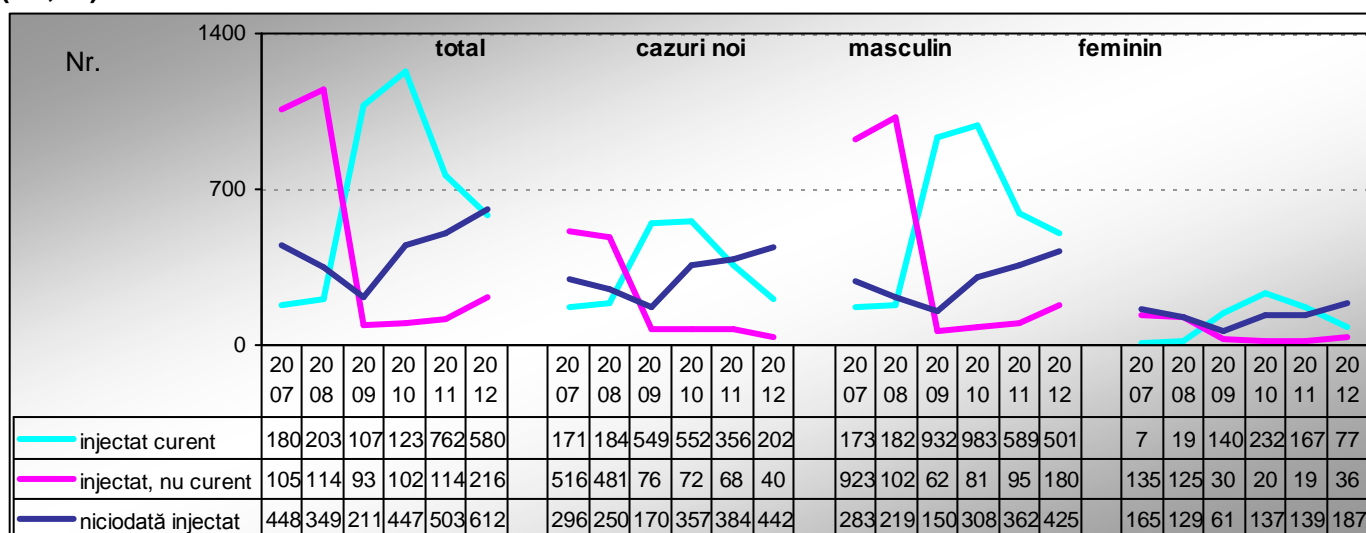


Sursa: ANA

Analizând admiterile la tratament pentru consumul de heroină pe cale injectabilă și de SNPP, în funcție de cele trei căi specifice de administrare, dar și în funcție de sexul beneficiarului, se constată următoarele:

- pentru heroină - pentru ambele sexe se înregistrează același model (scădere și ca număr și ca proporție între 2009 și 2011 și creștere în 2012, precum și administrarea în proporție de peste 90% pe cale injectabilă), dar la valori mai mici pentru beneficiarii de sex feminin;
- pentru SNPP – ca și în cazul heroinei, ca număr și ca proporție din total de admiteri se înregistrează același pattern, dar la valori mai mici pentru beneficiarii de sex feminin; referitor însă la calea de administrare pentru beneficiarii de sex feminin se înregistrează, comparativ cu cei de sex masculin, scăderi de o amploare mult mai mare a administrării pe cale injectabilă: (de la 62 de cazuri la 17 vs. de la 272 la 218, respectiv de la 53,9% la 22,7% vs. de la 51,4% la 47%) și mai mici pentru cea prin prizare (feminin – 36 de procente vs. masculin – 6,5 procente) și o creștere mult mai mare a celei pulmonare (feminin – jumătate din cazuri și 3,7 procente vs. masculin – 16 cazuri și 1,5 procente).

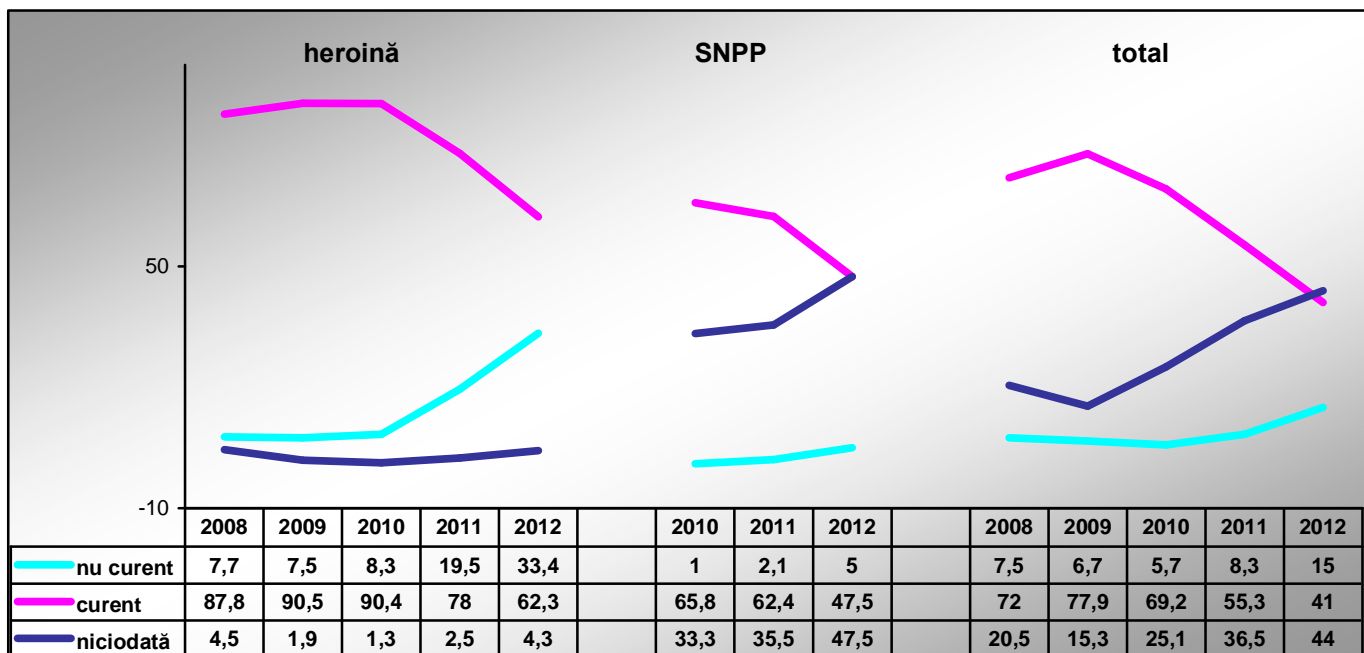
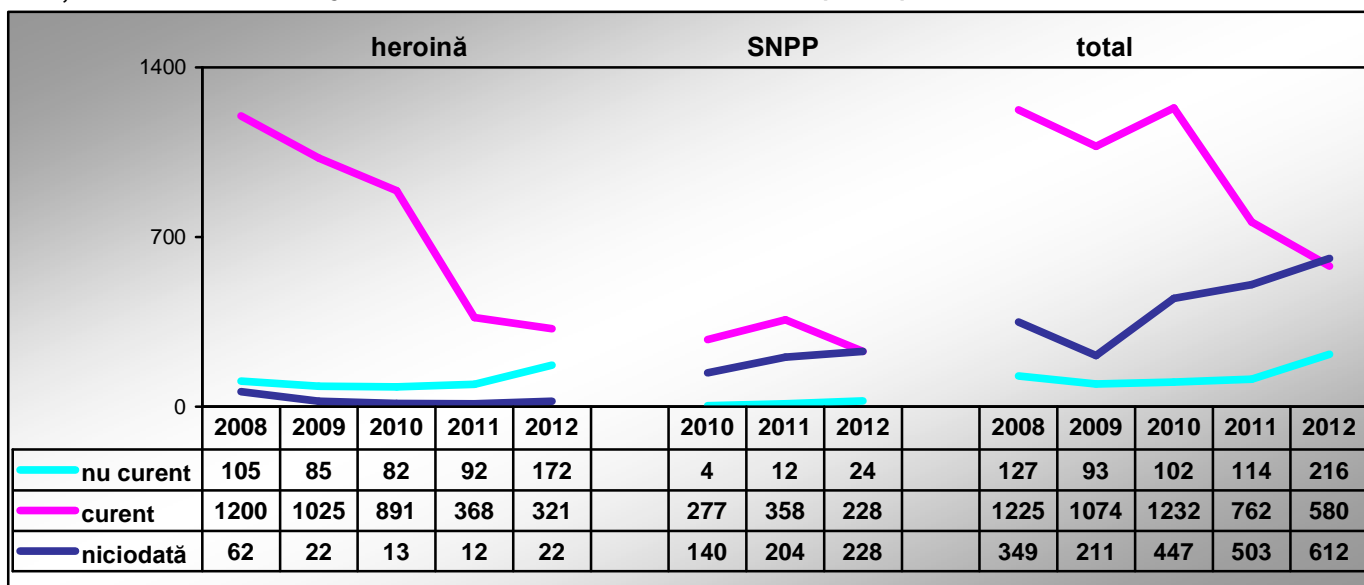
Grafic nr. 5-19: Evoluția admiterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de statusul de injectare, tipul admiterii și sexul beneficiarului, date comparate 2007-2012 (nr., %)



Sursa: ANA

Referitor la **statusul de injectare**⁶⁷, indiferent de drogul administrat, se constată în perioada 2007-2012 faptul că acest consum este întâlnit mai frecvent în cazul persoanelor de sex masculin și al recidivelor. Reprezentarea grafică a evoluției admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de statusul de injectare, tipul admitterii și sexul beneficiarului arată același model pentru consumul prin injectare pentru toate tipurile de beneficiari. La jumătatea intervalului, în anul 2009 se evidențiază o creștere foarte mare a consumului curent prin injectare, care atinge vârful în anul următor, pentru ca din 2011, acest model de consum să înregistreze o scădere, mai lentă în cazul consumatorilor de sex feminin și mai accelerată în cazul celor de sex masculin și pentru cazurile noi.

Grafic nr. 5-20: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de statusul de injectare, date comparate 2008-2012 (nr, %)



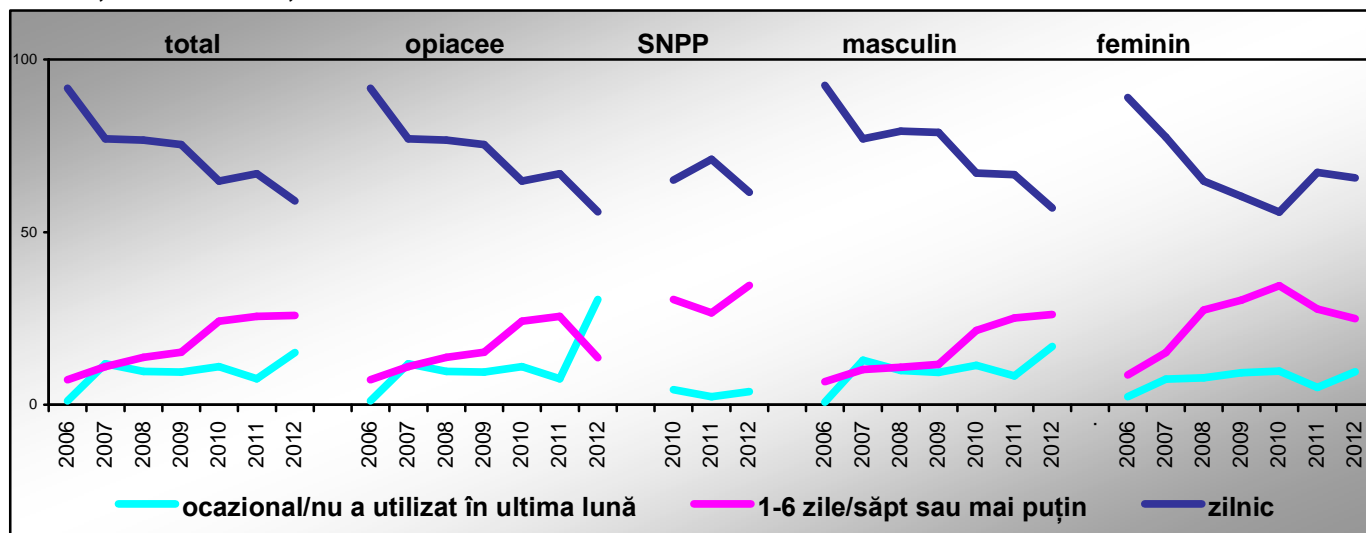
Sursa: ANA

⁶⁷ Vezi ST. nr. 25.1.1 și 25.1.2

Analiza evoluției admitterilor la tratament, în perioada 2008-2012, pentru consumul de heroină⁶⁸ și SNPP, în funcție de statusul de injectare, indică pentru anul 2011 o creștere a numărului de beneficiari care au declarat că și-au administrat SNPP pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile (de la 277 la 358), dar o ușoară scădere a proporției acestora din numărul de persoane care au solicitat asistență pentru consum de SNPP (de la 65,8% la 62,4%). Consumul prin administrarea drogului în ultimele 30 de zile anterioare aditerii la tratament (curent), este caracteristic consumatorilor de heroină și SNPP și pentru perioada 2009-2011 și pe ansamblu, atât ca număr, cât și ca proporție, se menține tendința determinată de consumatorii de SNPP: cel mai frecvent injectare curentă, dar proporția celor care nu s-au injectat niciodată este mai mare decât cea a celor care au un istoric de injectare, dar nu curent.

Evoluția cazurilor de admitere la tratament, în perioada 2006-2012, în funcție de frecvența consumului⁶⁹ indică o utilizare zilnică a drogurilor, consumul ocazional prezentând cea mai mică pondere. Datele privind frecvența consumului se corelează cu cele prezentate mai sus referitoare la drogul principal de consum și calea de administrare a acestuia: scăderea proporției solicitării de asistență pentru consum de heroină injectabilă și creșterea celei pentru fumatul SNPP (grafic nr. 5-17). Diferențele între beneficiarii de sex feminin și masculin, în perioada 2006-2011, la valori situate sub 8 procente, indică faptul că, tendința generală este determinată preponderent de modificările în consum ale bărbaților. Astfel, în anul 2011-2012 se observă o scădere cu 9,6 procente a persoanelor de sex feminin care au declarat administrarea drogurilor cu o frecvență de 1-6 zile/ săptămână, în timp ce proporția beneficiarilor de sex masculin care au menționat un astfel de consum a înregistrat o creștere cu 4,6%.

Grafic nr. 5-21: Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența administrării drogurilor, date comparate 2006-2012 (%)



Sursa: ANA

⁶⁸ Vezi ST. nr. 26.1.1

⁶⁹ Vezi ST. nr. 20.1.1

Tabel nr. 5-11: Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența de administrare a drogurilor și sexul beneficiarului, date comparate 2006-2012 (%)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
total	ocazional/ nu a utilizat în ultima lună	1,1	11,9	9,6	9,5	11,0	7,5	15,1
	1-6 zile/ săpt. sau mai puțin	7,2	11,1	13,8	15,2	24,2	25,6	25,9
	zilnic	91,7	77,1	76,6	75,3	64,7	66,9	59,0
opiacee	ocazional/ nu a utilizat în ultima lună	0,2	10,9	7,3	7,3	8,1	13,6	30,5
	1-6 zile/ săpt. sau mai puțin	1,1	5,2	3,5	7,9	15,0	16,2	13,6
	zilnic	98,7	84,0	89,2	84,8	76,8	70,2	55,9
SNPP	ocazional/ nu a utilizat în ultima lună					4,4	2,3	3,8
	1-6 zile/ săpt. sau mai puțin					30,5	26,6	34,6
	zilnic					65,1	71,1	61,5
masculin	ocazional/ nu a utilizat în ultima lună	0,7	12,9	9,9	9,4	11,4	8,3	16,9
	1-6 zile/ săpt. sau mai puțin	6,7	10,2	10,8	11,7	21,5	25,1	26,1
	zilnic	92,5	77,0	79,2	78,9	67,1	66,6	57,0
feminin	ocazional/ nu a utilizat în ultima lună	2,3	7,4	7,8	9,3	9,7	5,0	9,5
	1-6 zile/ săpt. sau mai puțin	8,6	15,1	27,4	30,3	34,5	27,7	24,9
	zilnic	89,0	77,5	64,8	60,3	55,8	67,3	65,7

Sursa: ANA

În perioada 2009-2011 s-a remarcat o scădere a numărului de persoane care au solicitat asistență pentru consumul de opiacee (de la 1302 în 2009 la 648 în 2011), fapt care explică, într-o anumită măsură, și scăderea, în anul 2011, a numărului de persoane care au beneficiat anterior de tratament de substituție. Creșterea în 2012 a numărului de persoane care au solicitat asistență (în regim de internare sau ambulatoriu) pentru consumul de opiacee a determinat și creșterea în asistență a numărului de persoane care au beneficiat anterior de tratament de substituție (inclusiv în detenție).

Tabel nr. 5- 12: Evoluția admițerilor la tratament pentru consumul de droguri ilicite (opiacee) și a numărului de consumatori care au în istoric tratament de substituție, în funcție de anul de acordare a asistenței și tipul de asistență, situație comparativă 2009-2012 (nr. de pers. admise la tratament în anul de referință)

		Tip centru												Total			
		internare				ambulatoriu				penitenciar							
Anul de admitere și de acordare a asistenței		2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Admitere la tratament	Total	1126	1389	984	1138	536	761	758	710	27	13	111	144	1689	2163	1853	1992
	din care opiacee (drog principal)	825	578	87	155	450	529	487	524	27	11	74	66	1302	1118	648	745
	din care																
	heroină	784	541	60	115	444	525	485	510	27	11	72	62	1255	1077	617	687
	metadonă	25	20	12	17	3	1	1	13	0	0	1	4	28	21	14	34
	alte opiacee	16	17	15	23	3	3	1	1	0	0	1	0	19	20	17	24
Din care cu istoric de tratam. de substit.	Total	80	234	37	79	82	116	221	270	6	9	5	12	168	359	263	361
	din care																
	metadonă	53	177	22	56	53	103	166	204	6	9	4	11	112	289	192	271
	alte opiacee*	22	17	5	12	9	10	19	25	0	0	0	1	31	27	24	37
	neprecizat	5	40	10	11	20	3	36	41	0	0	1	0	25	43	47	53

Notă: alte opiacee* (buprenorfină, suboxonă, naltrexonă)

Sursa: ANA

Referitor la **asistența acordată**, se observă că numărul total de servicii oferite este în creștere față de anii anteriori (6306 în 2012 față de 4756 în 2009, 6150-2010 și 5988 în 2011). Schimbările în consum prezentate de beneficiarii serviciilor de asistență au determinat schimbări în tipul de servicii acordate:

- servicii de evaluare – deși a crescut numărul acestora față de anul anterior, există o scădere a proporției de beneficiari care au beneficiat (de la 89,5% la 86,7%) și o scădere a proporției din totalul serviciilor acordate (de la 33,8%-2009 la 24,8% în 2012);
- dezintoxicare – pe toată perioada de referință a crescut numărul și proporția celor care au primit dezintoxicare medicamentoasă în regim ambulatoriu (2009 – 12 respectiv 0,7% vs. 67 respectiv 3,7%), dar se înregistrează o scădere pentru dezintoxicare medicamentoasă în regim de internare ca proporție atât a beneficiarilor (de la 59,9% la 50,8%), cât și a serviciilor (de la 21,3% la 14,5%), precum și o scădere a numărului de servicii de dezintoxicare non – medicamentoasă (de la 678-2009 la 198-2012, ca proporție beneficiari de la 34,1% la 11% și ca proporție a serviciilor de la 11% la 3,1%);
- tratament de menținere a abstenenței – scădere atât ca număr de beneficiari (de la 601- 2010 la 443 - 2012), cât și ca proporție a beneficiarilor care au primit acest tip de serviciu (28,7 – 2011 la 24,5% în 2012, iar pentru cea cu antagonist opiaceu de la 5,7% în 2009 la 1,4% în 2012) sau ca proporție din totalul de servicii (de la 9,7% în 2010 la 6,9% în 2012)
- asistență psihologică, tratamentul comorbidității psihiatrice, îndrumare către serviciile sociale/ legale de îngrijire a minorilor/ vocaționale și urmărire pe termen lung - se înregistrează creșteri pentru toți cei 3 indicatori urmăriți (număr servicii, proporția asistaților care au beneficiat de serviciul respectiv și proporția respectivului tip de servicii din totalul de servicii).

Tabel nr. 5- 13: Evoluția admitterilor la tratament pentru consumul de droguri ilicite, în funcție de serviciul de asistență acordat, situație comparativă 2009 - 2012 (nr. de pers. admise la tratament în anul de referință)

Tipul de asistență acordat		Nr.				% pacienți				% servicii			
		Anul admitterii la tratament											
		2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
evaluare		1607	1893	1561	1566	95,1	87,5	89,5	86,7	33,8	30,8	26,1	24,8
dezintoxicare medicamen. în regim de internare	cu substitut opiaceu	76	89	80	70	4,5	4,2	4,6	3,9	1,6	1,5	1,3	1,1
	simptomatică	932	1103	812	772	55,2	50,8	46,6	42,7	19,6	17,9	13,6	12,2
	neprecizat	4	10	5	76	0,2	0,5	0,3	4,2	0,1	0,2	0,1	1,2
dezintoxicare medicamen. în regim ambulat.	cu substitut opiaceu	10	5	2	9	0,6	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1	0	0,1
	simptomatică	2	10	26	49	0,1	0,6	1,5	2,7	0,0	0,2	0,4	0,8
	neprecizat	0	11	6	9	0,0	0,5	0,3	0,5	0	0,2	0,1	0,1
dezintoxicare non - medicamentoasă		0	678	595	198	0,0	31,3	34,1	11,0	0	11,0	9,9	3,1
asistență psihologică		834	949	1258	1368	49,4	43,9	72,1	75,7	17,5	15,4	21,0	21,7
tratamentul comorbidității psihiatrice		286	167	214	620	16,9	7,7	12,3	34,3	6,0	2,7	3,6	9,8
îndrumare către serviciile sociale, legale de îngrijire a minorilor, vocaționale		243	432	304	347	14,4	20,0	17,4	19,2	5,1	7,0	5,1	5,5
urmărire pe termen lung		326	172	496	592	19,3	8,0	28,4	32,8	6,9	2,8	8,3	9,4
tratament de menținere a abstenenței	cu agonist opiaceu	323	555	471	409	19,1	25,7	27,0	22,7	6,8	9,0	7,9	6,4
	cu antagonist opiaceu	97	44	29	26	5,7	2,0	1,7	1,4	2,0	0,7	0,5	0,4
	neprecizat	2	2	0	8	0,1	0,1	0	0,4	0	0	0	0,1
altele		14	30	129	187	0,8	1,4	7,4	10,4	0,3	0,5	2,2	3,0
Total – nr. servicii acordate		4756	6150	5988	6306					100	100	100	100

Sursa: ANA

Schimbările în consum prezentate de beneficiarii serviciilor de asistență au determinat schimbări atât în tipul de servicii acordate, cât și în ceea ce privește caracteristicile socio-demografice ale beneficiarilor care au primit în anul 2012 tratament de menținere a abstenenței cu agonist/ antagonist opiaceu:

- o creștere foarte mare a proporției de beneficiari care au mai avut anterior tratamente de substituție (2012- 61,7%, față de maxim 43,6% din perioada 2009-2011);
- frecvența consumului: consumul zilnic are o tendință de scădere astfel încât, deși în perioada 2009-2011 a avut cea mai mare valoare, pentru 2012 are cea mai mică proporție;
- nu se poate identifica o tendință, însă pentru toată perioada de referință cele mai mari proporții se înregistrează pentru inițiativa proprie și serviciile medicale (serviciile de psihiatrie/ urgență/ alte secții de spital sau de asistență primară);
- pentru toată perioada de referință majoritatea sunt beneficiari de sex masculin, se conturează o tendință de creștere a beneficiarilor în vârstă de 30 de ani și peste și grupele de vârstă cu cea mai mare frecvență pentru debut sunt 15-19 ani și 20-24 de ani (aceasta din urmă fiind singura cu tendință de stabilitate pe toată perioada);
- de asemenea, pentru toată perioada analizată, cea mai mare valoare se înregistrează pentru proporția celor șomeri/ fără ocupație, în 2012, pe locul secund, se află cei angajați, urmați de cei inactiv economic (pensionar/ casnic/ invalid), iar pe ultimul loc sunt ca proporție elevii/ studenții.

Tabel nr. 5-14: Evoluția distribuției persoanelor consumatoare de opiacee care au primit tratament de menținere a abstenenței cu agonist/antagonist opiaceu, în funcție de diferite caracteristici, 2009 - 2012 (raportare la incidență: persoanele care au intrat în asistență în anul de referință, inclusiv beneficiarii care au primit asistență în regim de detenție) - %

		tratament de menținere a abstenenței cu agonist/antagonist opiaceu			
		2009	2010	2011	2012
tratam. ant. de substituție	da	29,4	43,6	17,4	61,7
	nu	68,4	55,1	74,2	38,3
frecvența consumului	în fiecare zi	61,9	59,1	52,2	47,9
	mai puțin de 6 zile pe săptămână	27,1	27,2	29	52,1
sursa principală de referință	inițiativă proprie	44,3	53,1	32,9	44,4
	medic de familie/ asistență primară	12,6	19,8	11,5	26,1
	serv. specializate pt. consumatorii de droguri	7,6	1,3	0,7	3,0
	serv. de psihiatrie/ urgență/ alte secții de spital	5,7	11,8	32,7	19,9
	instanță/ parchet/ probațiune/ arest/ penitenciare/ medicină legală	5,2	3,8/	10,2	5,5
	familia/ prietenii	4,8	8,7	8,0	1,1
sex	masculin	84,5	80,5	71,2	83,9
	feminin	15,5	17,0	28,8	16,1
grupă vârstă (ani)	15 -24 ani	29,8	19,6	34,5	14,7
	25 -29 ani	40,7	40,3	23,7	29,7
	30 ani și peste	29	39	41,7	55,6
grupă vârstă de debut (ani)	< 15 ani	11,0	12,1	8,5	12,2
	15 -19 ani	45,0	47,9	32,1	45,9
	20 -24 ani	26,0	26,4	26,1	25,4
	25 -29 ani	5,2	9,4	17,4	9,5
	30 ani și peste	2,6	4,1	15,7	7
status ocupațional	angajat	27,4	25,5	12,2	29,6
	elev/student	3,6	3,8	13,7	2,8
	pensionar/ casnic/ invalid	1,2	0,2	28,4	12,1
	șomer/ fără ocupație	46,2	61,6	33,9	49,9
	lucrează fără contract/ altă situație	8,6	7,3	8,4	5,6

Notă: diferența până la 100% reprezintă alte situații/ neprecizat
Sursa: ANA

Profilul persoanelor admise la tratament, în anul 2012, ca urmare a consumului/ dependenței de droguri⁷⁰

Profilul consumatorului de heroină – pentru perioada de referință nu sunt modificări ale profilului. Astfel că, acesta are următoarele caracteristici: bărbat, cu vârsta cuprinsă între 30 și 39 de ani, cu nivel de școlarizare scăzut, solicită asistență cel mai des din proprie inițiativă, marea majoritate au locuință stabilă și locuiește cu părinții sau familia din care provine și, în general, nu are venituri (șomer/ fără loc de muncă); a debutat în consum între 15-19 ani, prezintă o perioadă mare de consum (cel puțin 6 ani) și a mai solicitat tratament pentru consum de substanțe psihoactive, își administrează injectabil heroină, cel mai adesea zilnic (cei mai mulți s-au injectat în ultimele 30 de zile anterioare admiterii la tratament) și, cel mai frecvent, consumă doar heroină (fără policonsum sau drog secundar).

Profilul consumatorului de SNPP (substanțe noi cu proprietăți psihoactive comercializate sub denumirea de „etnobotanice”) - bărbat, cu vârsta cuprinsă mai mică de 40 de ani, un nivel de școlarizare scăzut, cei mai mulți solicită asistență prin referire de către serviciile de urgență, majoritatea locuiesc cu părinții/ familia de proveniență, în locuințe stabile, cei mai mulți sunt persoane fără venit sau elevi/ studenți; aproximativ unul din trei a debutat în consum la vârste mai mici de 19 ani, puțin mai mult de jumătate sunt cazuri noi, consumă de mai mult de 2 ani, își administrează SNPP preponderent pe cale injectabilă, dar și pe cale pulmonară (fumat/ inhalat) sau prin prizare, cel mai adesea zilnic și mai mult de jumătate au fie policonsum fie consumă și alte droguri secundare (cel mai des: alcool, opiacee sau cannabis)⁷¹.

Profilul consumatorului de cannabis – pentru perioada de referință nu sunt modificări ale profilului: bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani, nivel mediu de educație, cei mai mulți solicită asistență prin referire de către serviciul de probațiune sau serviciile de urgență sau la solicitarea familiei/ prietenilor, marea majoritate au locuință stabilă și locuiesc cu familia de apartenență și sunt fie persoane fără venituri, fie elevi/studenți. Majoritatea sunt cazuri noi, au debutat în consum înainte de 20 de ani și solicită asistență după o perioadă de 2-5 ani de consum; administrarea drogului se face pulmonar, marea majoritate nu au antecedente de injectare, nu au policonsum și nu își administrează alte droguri secundare.

Profilul consumatorului de hipnotice și sedative - femeie, cu vârsta peste 40 de ani, cele mai multe au un nivel mediu de școlarizare și sunt persoane inactiv economic (casnică sau pensionară) sau fără venituri, locuiesc cu partenerul și copiii sau doar cu partenerul în locuințe stabile și intră în asistență, preponderent, prin referire de către medicul de familie sau serviciile de psihiatrie, dar și din inițiativă proprie; este la prima admitere la tratament pentru consumul de droguri și a debutat în consum la vârste mai mari de 35 de ani; consumă de cel mult 2 ani, zilnic, pe cale orală și marea majoritate nu s-au injectat niciodată, nu au policonsum și nu își administrează alte droguri secundare⁷².

CONCLUZII

- în anul 2012, au primit asistență pentru consum de substanțe psihoactive **3788** de persoane. Față de anul anterior, se înregistrează o creștere cu 5,6% a numărului de persoane asistate, datorată **creșterii cazurilor incidente** (cu 7,5% celor pentru droguri ilicite și SNPP și cu 9,4% a celor pentru alcool și tutun). În funcție de tipul de asistență, pentru consum de droguri ilicite și SNPP se înregistrează: o scădere a cazurilor care au primit asistență în regim ambulatoriu și creșterea celor care au primit asistență în regim de detenție și a cazurilor incidente care au primit asistență în regim de internare;

⁷⁰ Pentru celelalte tipuri de droguri există un număr mic de cazuri pentru a realiza un profil – în 2012: inhalante volatile – 1,3%, stimulante – 0,7%, cocaină – 0,7% și halucinogene – 0,2%

⁷¹ comparativ cu profilul beneficiarilor care au primit asistență în 2010 se observă o creștere a perioadei de consum anterior solicitării de tratament (în 2010 - majoritatea a declarat un consum de cel mult 2 ani de zile)

⁷² comparativ cu profilul beneficiarilor care au primit asistență în 2010 și 2011 se observă o scădere a perioadei de consum anterior solicitării de tratament

- în regim de internare și ambulatoriu, au solicitat asistență pentru consum de droguri ilicite și **SNPP 1848 de persoane**, cele mai multe admiteri fiind în regim de internare și recidive. Comparativ cu anul anterior, există o creștere cu 3,2% a numărului de persoane care au primit asistență în 2012, creștere determinată de creșterea cu 6,1% a cazurilor incidente (raportul cazuri noi/ recidive redevine subunitar, similar perioadei 2003-2006). Pentru cazurile care au fost admise anterior anului de raportare există, față de 2011, o scădere cu 8,7%.
- principalele tipuri de substanțe pentru care s-a solicitat asistență sunt **heroina, SNPP, hipnoticele și sedativele și canabisul**, iar aproximativ o treime dintre beneficiari au declarat policonsum și/ sau consumul unui alt drog secundar (cele mai utilizate în policonsum și/ sau ca drog secundar fiind **SNPP**); dacă în 2011, pentru prima dată în ultimii 10 ani, proporția cazurilor admise la tratament pentru consum de opiacee înregistra cea de-a doua valoare din numărul total de cazuri, SNPP reprezentând drogul principal pentru care consumatorii au solicitat asistență, în 2012 se revine la situația din 2010 și SNPP înregistrează cel de-al doilea procent din numărul total de cazuri, iar opiaceele se situează dinou pe primul loc, dar se menține tendința de creștere pentru hipnotice și sedative și pentru canabis și de scădere pentru stimulante și halucinogene.
- ca distribuție teritorială: cel mai extins este consumul de **canabis**, cel mai problematic (ca număr de cazuri/ număr de județe) rămâne consumul de **SNPP**; zona **București- Ilfov** înregistrează cel mai mare consum de opiacee și SNPP, iar cele mai multe solicitări pentru hipnotice și sedative se înregistrează în continuare la **Iași și Cluj**; crește numărul de județe unde se înregistrează admiteri la tratament pentru **mai multe tipuri de droguri** și în continuare zonele cu cel mai mare risc se conturează în jurul **marilor centre universitare sau în zonele de graniță**;
- deși populația majoritară în serviciile de asistență este reprezentată de persoanele de sex **masculin**, începând cu anul 2007, se observă o ușoară tendință de creștere a proporției pentru cei de sex feminin;
- analizând comparativ vârsta la care s-a solicitat asistență și cea de debut în consum, se susține ipoteza conform căreia decalajul între debutul în consum și solicitarea de asistență variază **între 5-10 ani**; ca tendință, pentru vârsta de debut: în continuare grupele de vârstă cu cele mai mari valori sunt **15-19 ani**, respectiv **20-24 de ani** și o tendință de schimbare a predominanței debutului în consum între 15-24 ani, cu **creșterea debutului precoce și cel la vârste mai mari** (25-39 de ani);
- deși injectarea reprezintă din 2006 cea mai utilizată metodă de administrare, începând cu anul 2010, se observă o scădere a administrării pe cale injectabilă și o **creștere pentru cele pulmonară și orală**;
- referitor la asistența acordată, se observă modificările determinate de schimbările în consum și că **numărul total de servicii oferite este în creștere** față de anii anteriori: a crescut numărul de evaluări, numărul și proporția celor care au primit dezintoxicare medicamentoasă în regim ambulatoriu, asistență psihologică, tratamentul comorbidității psihiatrice, îndrumare către serviciile sociale/ legale de îngrijire a minorilor/ vocaționale și urmărire pe termen lung (scăderi se înregistrează pentru: proporția beneficiarilor care au beneficiat de dezintoxicare medicamentoasă în regim de internare și a numărul de servicii de dezintoxicare non – medicamentoasă, precum și a numărului de beneficiari care au primit tratament de menținere a abstenenței);
- **nu se înregistrează modificări esențiale în profilul beneficiarilor** care au solicitat asistență pentru consum de heroină și canabis; pentru cei cu consum de SNPP se observă o creștere a perioadei de consum anterior solicitării de tratament, iar pentru cei cu consum de hipnotice și sedative o scădere a perioadei de „decalaj” între debutul în consum și solicitarea de asistență.

Capitolul 6 - Consecințe și corelații în planul sănătății

6.1 BOLILE INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

6.1.1 HIV/SIDA, HEPATITE VIRALE, BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ, TUBERCULOZĂ, ALTE TIPURI DE COMORBIDITATE INFECȚIOASĂ

Cadru general

În anul 2012, prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri indică următoarele tendințe:

- creștere semnificativă pentru HVB;
- creștere pentru HVC la nivel înalt (peste media europeană);
- creștere alarmantă pentru HIV (peste media europeană).

Creșterile înregistrate apar pe fondul diminuării ofertei de servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri injectabile ca urmare a finalizării unor programe cu finanțare externă, o creștere a frecvenței injectării datorită schimbării modelelor de consum și migrării spre consum injectabil de SNPP (stimulante), precum și pe fondul adresabilității reduse la serviciile medico-sociale.

Datele au fost colectate prin monitorizare de rutină, având la bază protocolul privind implementarea indicatorului Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri.

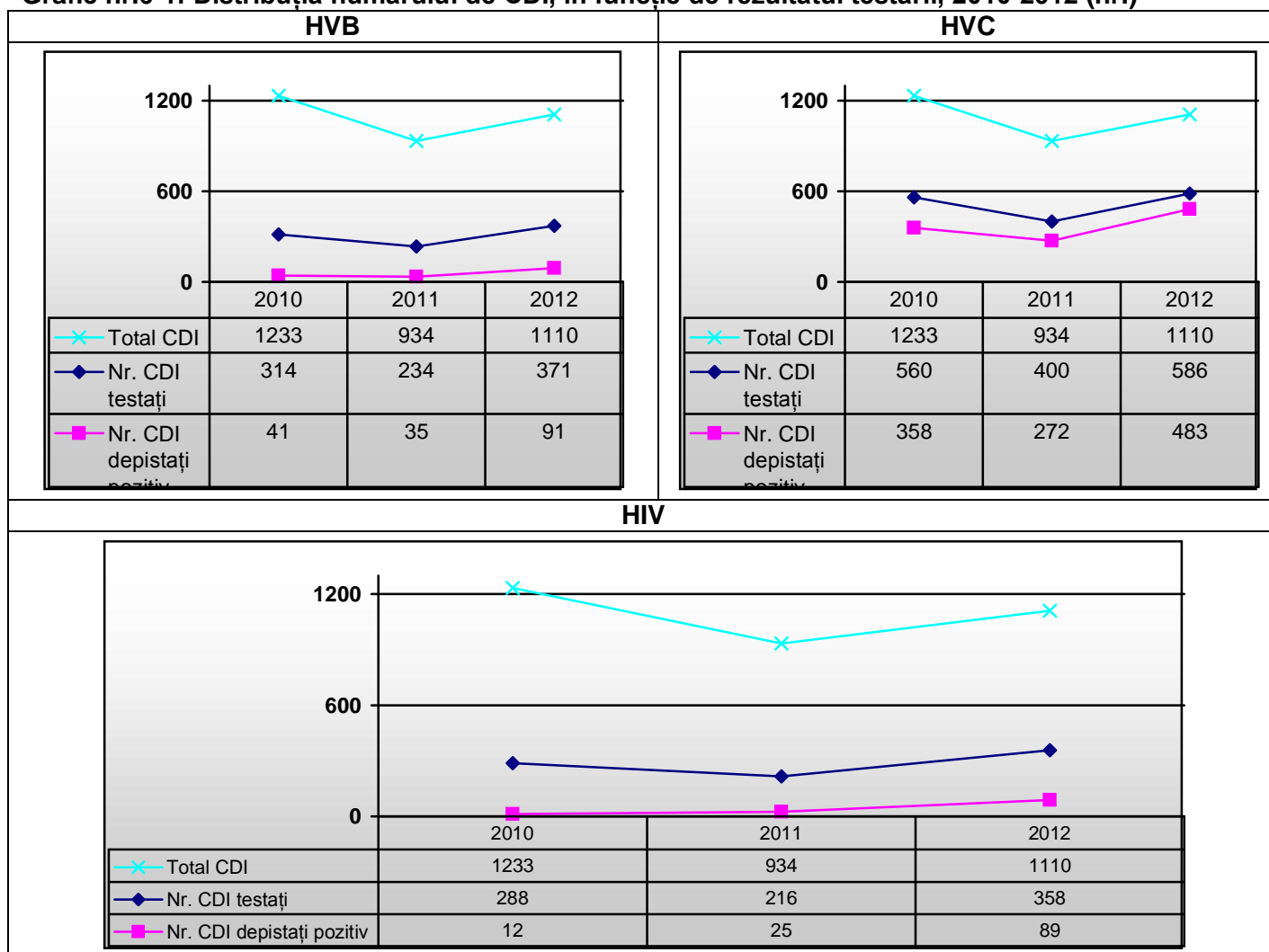
Bolile infecțioase asociate consumului de droguri – înregistrate prin monitorizarea de rutină

În anul 2012, în baza de date evidențiată mai sus au fost înregistrate 1110 cazuri de consumatori de droguri injectabile (CDI), față de 934 cazuri înregistrate în 2011. Drogul principal utilizat de CDI a fost heroina (823 față de 585 în 2011), restul cazurilor raportând alte substanțe ca drog principal, respectiv stimulante de tip amfetaminic denumite și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub denumirea de „etnobotanice” SNPP (247 cazuri care raportează aproape în totalitate, PUR), metadonă (14 cazuri), cocaină (1 caz) și tramadol (1 caz).

În funcție de sexul pacientului, din totalul cazurilor analizate pentru anul 2012, 82,1% au fost de sex masculin și 17,6% de sex feminin. Față de anul anterior, se remarcă o ușoară creștere a proporției persoanelor de sex masculin în totalul populației analizate.

Dintre cele 1110 persoane înregistrate drept consumatori de droguri injectabile, 586 au declarat că au fost testate în ultimele 12 luni pentru virusul hepatic C (VHC), 371 pentru virusul hepatic B (VHB) și 358 pentru HIV. Nu au fost raportate date suplimentare despre testele de confirmare. Proporția persoanelor testate pentru toate tipurile de infecții a crescut, față de anii anteriori, după cum este evidențiat și în graficul de mai jos:

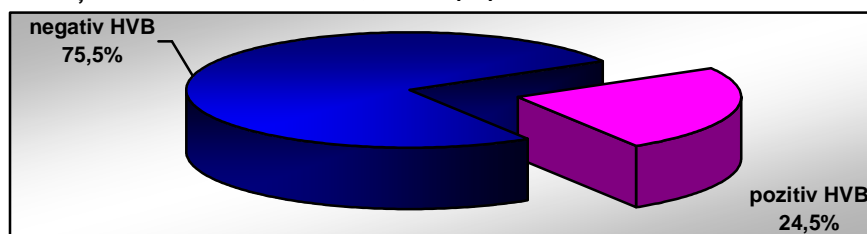
Grafic nr.6-1: Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2010-2012 (nr.)



a) Infecția cu virusul hepatic B

În anul 2012 pentru HVB, prevalența infecției a fost de 24,5% (față de 14,9% în 2011) (371 testări, 91 cazuri pozitive, dintre care 78 de sex masculin și 12 de sex feminin).

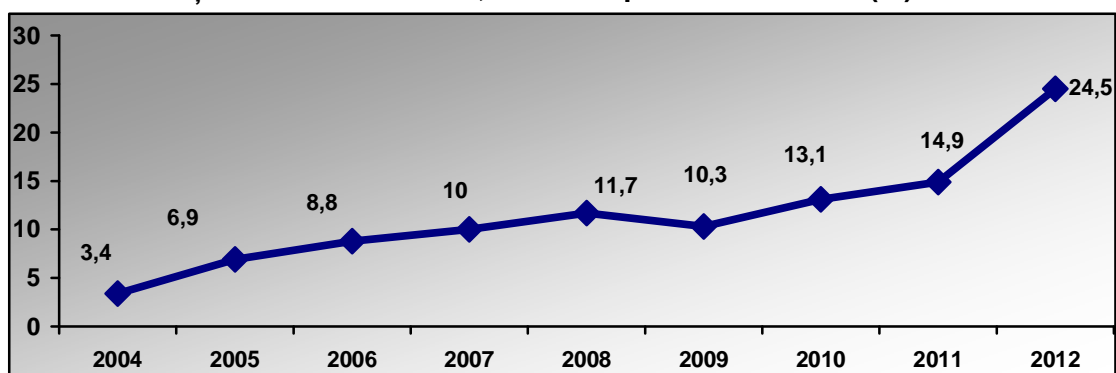
Grafic nr. 6-2: Prevalența HVB în rândul CDI, 2012 (%)



Sursa: ANA

Analizând datele pentru perioada 2004 - 2012, se observă o tendință de creștere constantă a prevalenței HVB în rândul CDI (cu excepția anului 2009).

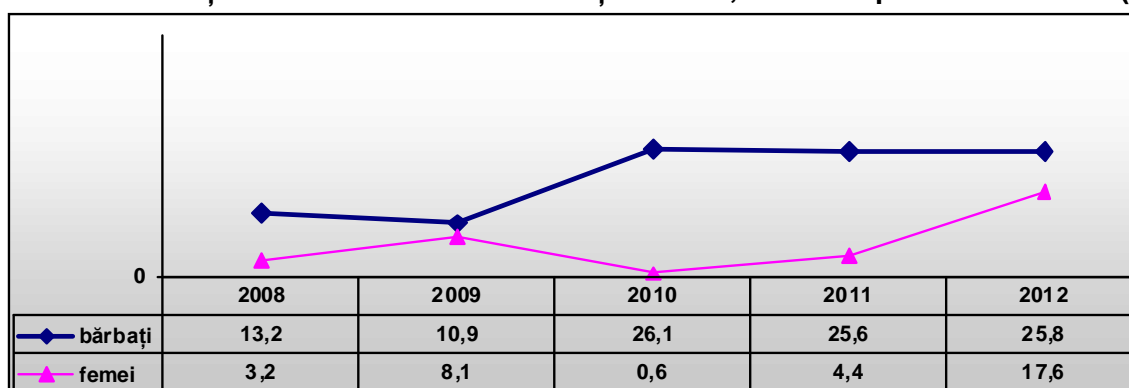
Grafic nr. 6-3: Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)



Sursa: ANA

Comparativ cu anul anterior, se constată o stabilizare a prevalenței HVB în rândul persoanelor de sex masculin (de la 25,6%, la 25,8%), concomitent cu o creștere semnificativă a prevalenței HVB în rândul celor de sex feminin (de la la 4,4% la 17,6%).

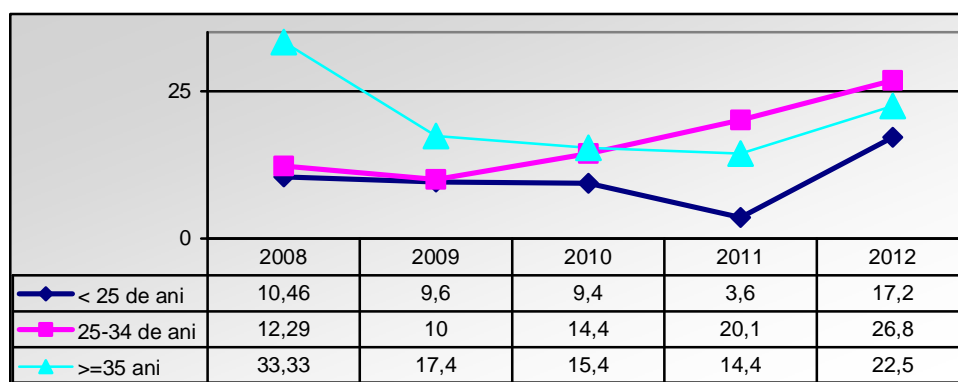
Grafic nr. 6-4: Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență HVB s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (26,8%)

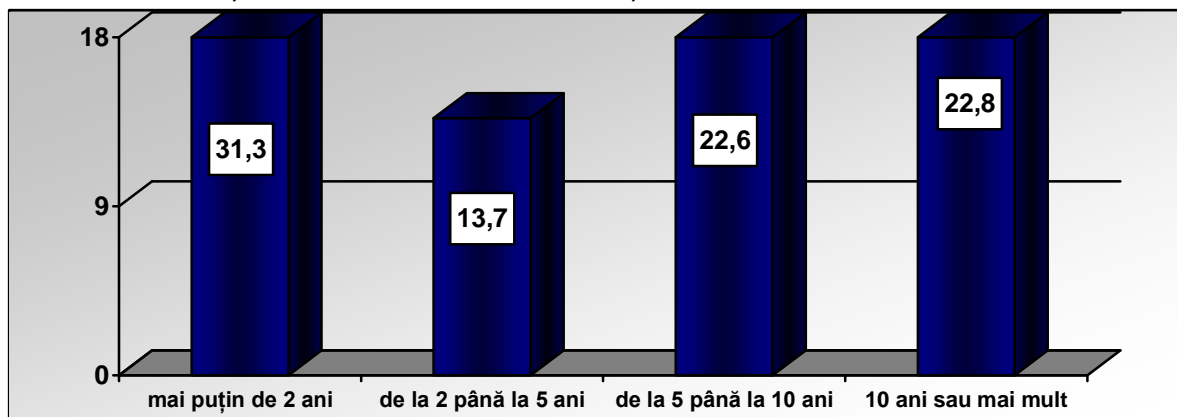
Grafic nr. 6-5: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

Dacă ne raportăm la ultimul an, se observă o creștere abruptă pentru majoritatea grupelor de vârstă a prevalenței HVB.

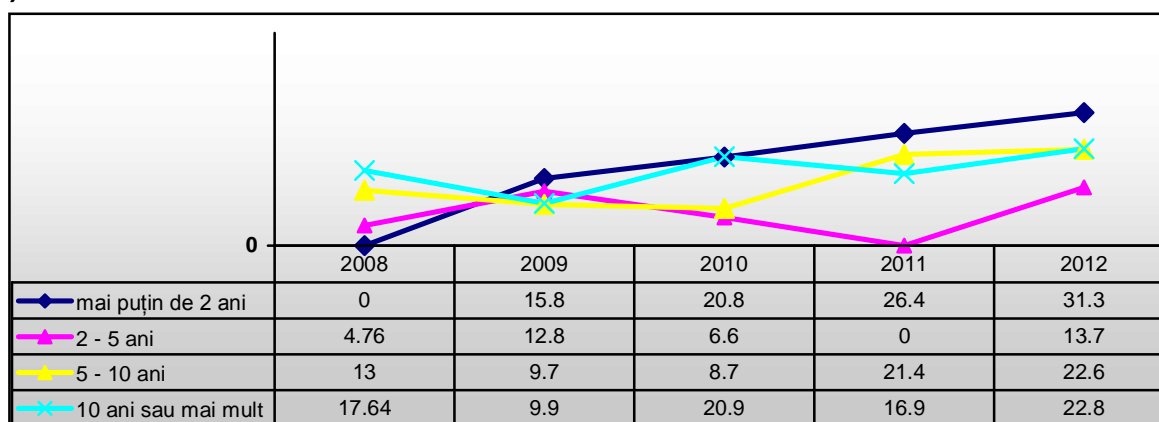
Grafic nr. 6-6: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2012



Sursa ANA

În analiza multianuală, se observă o creștere abruptă a prevalenței HVB pentru majoritatea intervalelor de injectare. În cazul celor cu istoric de injectare de mai puțin de 2 ani se observă o evoluție constantă începând din anul 2008.

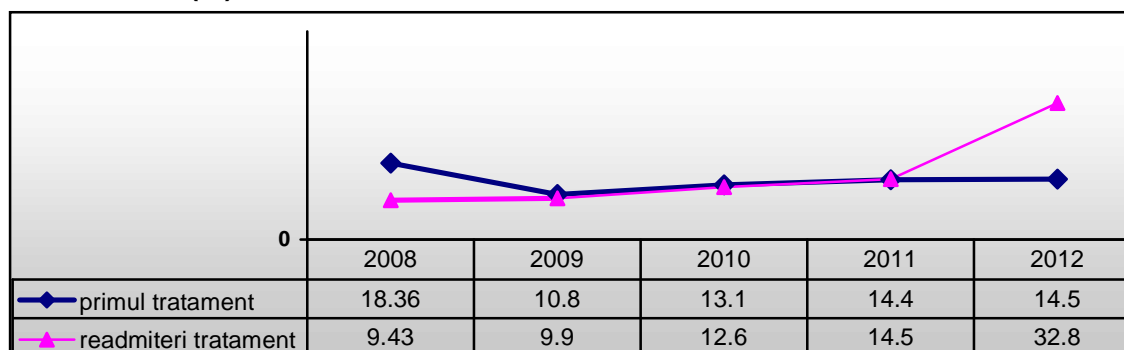
Grafic nr. 6-7: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, date comparate 2008-2012 (%)



Sursa ANA

În funcție de tipul admerii la tratament (caz nou sau recidivă), comparativ cu anul anterior, prevalența HVB a înregistrat valori mai mari atât în grupul pacienților readmiși pentru prima oară la tratament (14,5%, față de 14,4% în 2011), cât și în cazul „recidivelor”, unde se constată o dublare a prevalenței HVB, de la 14,5,% în 2011, la 32,8%.

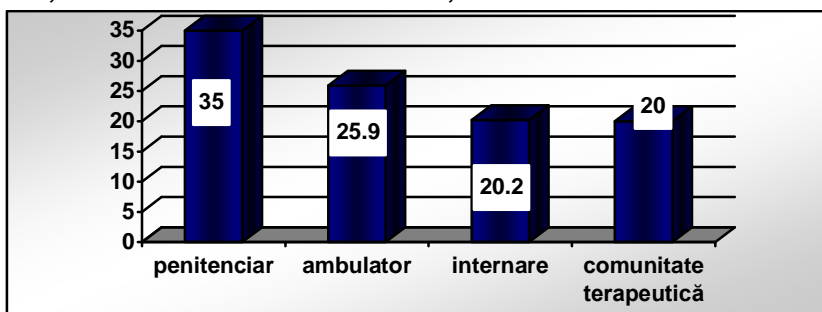
Grafic nr. 6-8: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul admerii (cazuri noi/ recidive), date comparate 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

În schimb, dacă se analizează prevalența HVB în funcție de tipul centrului de tratament (ambulator, internare, penitenciar, comunitate terapeutică), se remarcă deosebiri semnificative între cele patru tipuri de centre de tratament, cea mai mare prevalență HVB înregistrându-se ca și în anii anteriori în grupul persoanelor consumatoare aflate într-un centru de tratament din penitenciar (35%). Nivelul foarte ridicat al prevalenței HVB în rândul consumatorilor de droguri din penitenciar poate fi explicat prin raportarea incidenței HVB la un număr de CDI testați sensibil mai mic decât cel existent în celelalte subgrupe analizate (20 CDI testați în sistemul penitenciar, din care 7 pozitivi HVB), dar totodată poate constitui un semnal de alarmă pentru autoritățile care gestionează problematica consumatorilor de droguri aflați în detenție.

Grafic nr. 6-9: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)



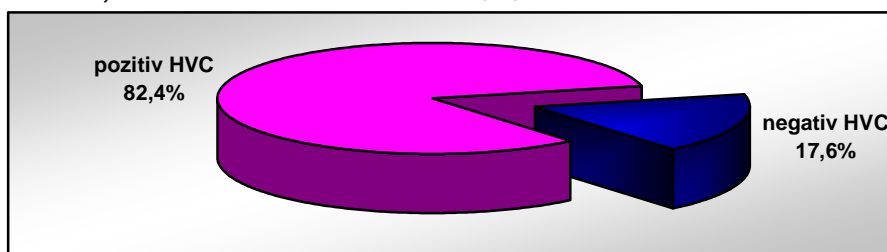
Sursa: ANA

În funcție de drogul principal consumat, în rândul CDI testați, cea mai mare prevalență HVB a fost identificată în rândul persoanelor consumatoare de heroină (25,3%), în timp ce pentru utilizatorii de SNPP, valoarea înregistrată este 22,6%.

b) Infecția cu virusul hepatic C

Prevalența infecției cu HVC în rândul celor 586 de CDI testați, continuă să se situeze la valori foarte mari. Datele disponibile pentru anul 2012, arată o prevalență a infecției HVC de 82,4% (față de 68,5% în 2011), valoare care plasează România în rândul țărilor europene cu o prevalență foarte crescută pentru infecția cu HVC.

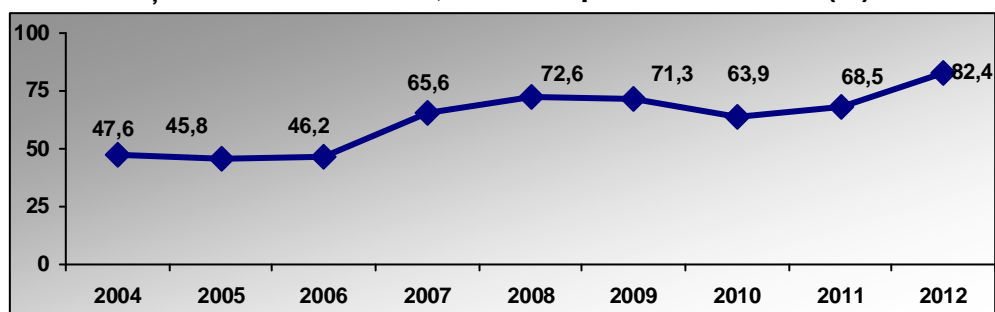
Grafic nr. 6-10: Prevalența HVC în rândul CDI, 2012 (%)



Sursa: ANA

Distribuția prevalențelor HVC în perspectivă multianuală, indică o creștere a prevalenței HVC în rândul CDI la valori de peste 80%, după o perioadă de 5 ani în care s-au înregistrat variații în intervalul 60-70%. Valorile înregistrate în ultimii ani sunt foarte mari, iar prevalența crescută a HVC în rândul CDI, poate avea atât cauze directe, respectiv frecvența mai mare de utilizare a echipamentului de injectare în comun și indisponibilitatea echipamentului steril sau lipsa de informare a consumatorilor cu privire la riscurile asociate consumului de droguri injectabile, dar și cauze indirecte, determinate de o mai mare disponibilitate a serviciilor de testare HVC.

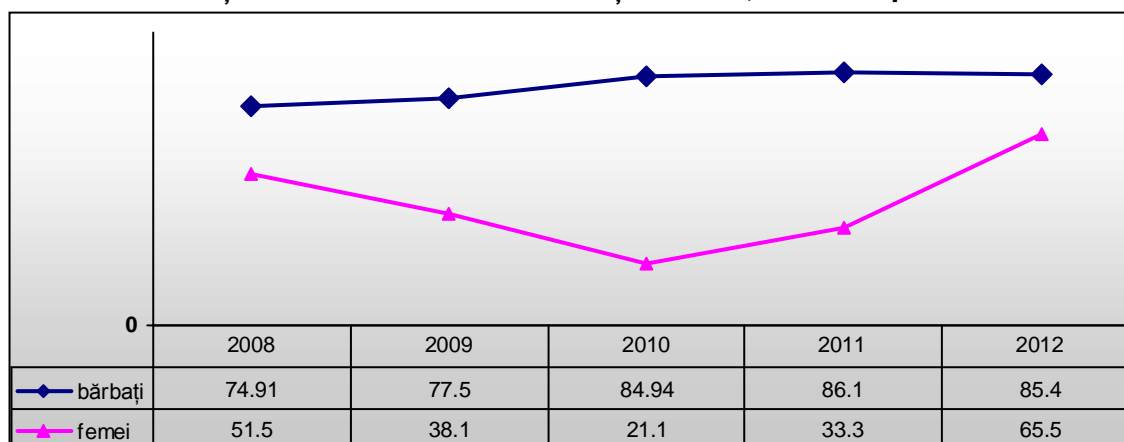
Grafic nr. 6-11: Prevalența HVC în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)



Sursa: ANA

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HVC continuă să fie semnificativ mai mare în rândul persoanelor de sex masculin 85,4%, comparativ cu cea în rândul femeilor, 65,5%. Față de anii anteriori, se constată o creștere a proporției persoanelor de sex feminin HVC pozitive, și o stabilizare a proporției bărbaților HVC pozitivi.

Grafic nr. 6-12: Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012 (%)

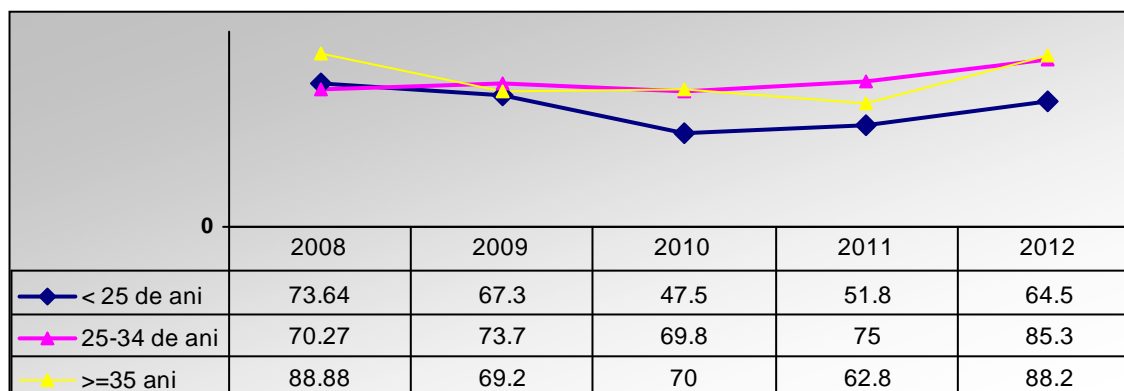


Sursa: ANA

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență HVC s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (88,2%), urmată de CDI cu vârsta cuprinsă între 25-34 de ani (85,3).

Comparativ cu perioada anterioară, se constată creșteri ale prevalențelor infecției HVC în rândul CDI pentru toate grupele de vârstă.

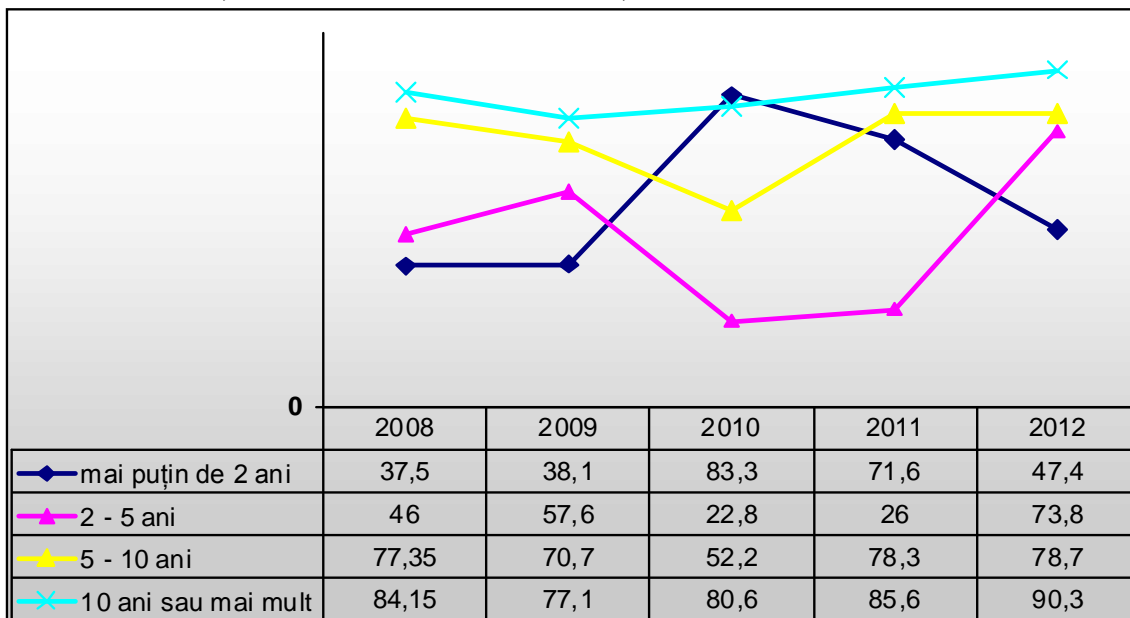
Grafic nr. 6-13: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

Cele mai ridicate rate ale prevalenței HVC s-au înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric mare de injectare: mai mult de 10 ani (90,3%), respectiv de la 5 ani la 10 ani (78,7%).

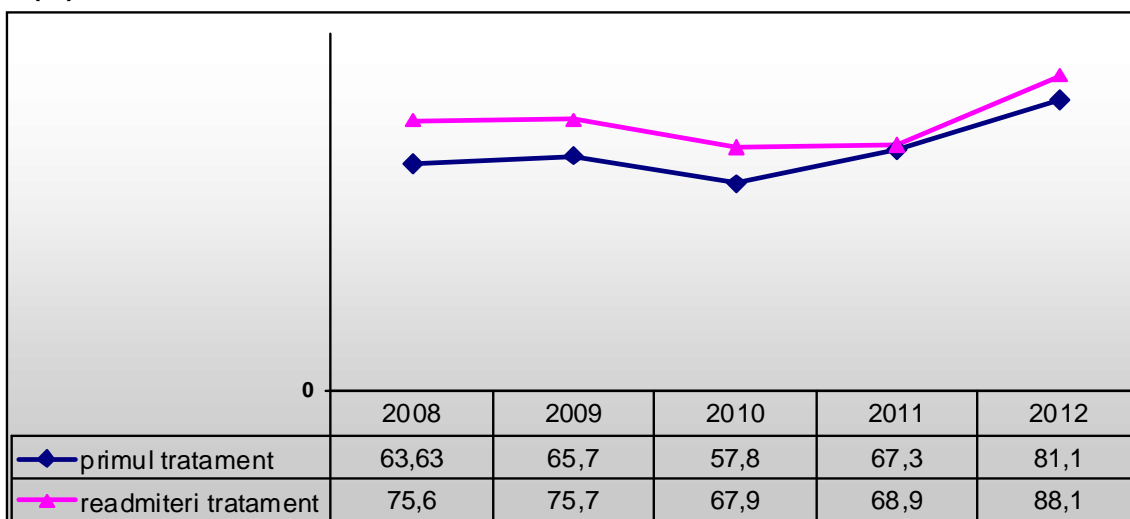
Grafic nr. 6-14: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

Pentru toți CDI, beneficiari ai serviciilor de tratament, care au un istoric de injectare mai mare de doi ani se înregistrează o creștere a prevalenței HVC începând cu anul 2010.

Grafic nr. 6-15: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2008-2012 (%)

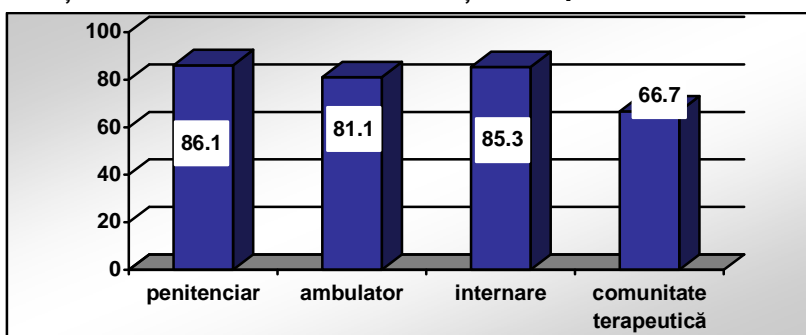


Sursa: ANA

În funcție de drogul principal de consum, cea mai mare prevalență a HVC se constată în rândul utilizatorilor de SNPP injectabile- 84,4%, în timp ce, în rândul utilizatorilor de heroină, prevalența HVC este de 82,2%.

Ca și în cazul HVB, analizând prevalența HVC în funcție de tipul centrului de tratament (ambulator, internare, penitenciar, comunitate terapeutică), se remarcă un nivel deosebit de mare al prevalenței HVC în rândul CDI testați în sistemul penitenciar, aspect care poate fi explicat, similar cu ceea ce a fost prezentat anterior, prin existența unui număr foarte mic de CDI testați în sistemul penitenciar și în consecință prin raportarea cazurilor pozitive identificate la acest număr (31 CDI testați în sistemul penitenciar, din care 27 cazuri pozitive). Totodată, în contrast cu situația înregistrată în cazul infecției cu HVB, se observă un nivel destul de ridicat al prevalenței infecției HVC în rândul persoanelor consumatoare de droguri injectabile internate.

Grafic nr. 6-16: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)

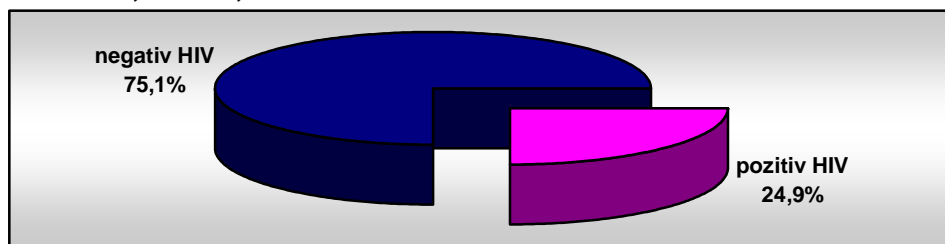


Sursa ANA

c) Infecția cu HIV

În anul 2012, din cele 358 persoane consumatoare de droguri injectabile care au declarat că au fost testate HIV în cadrul unităților medicale de profil, în urmă cu cel mult 6 luni, s-au înregistrat 89 cazuri (24,9%) de CDI seropozitivi, ceea ce reprezintă mai mult decât o dublare a acestui tip de prevalență față de anul anterior.

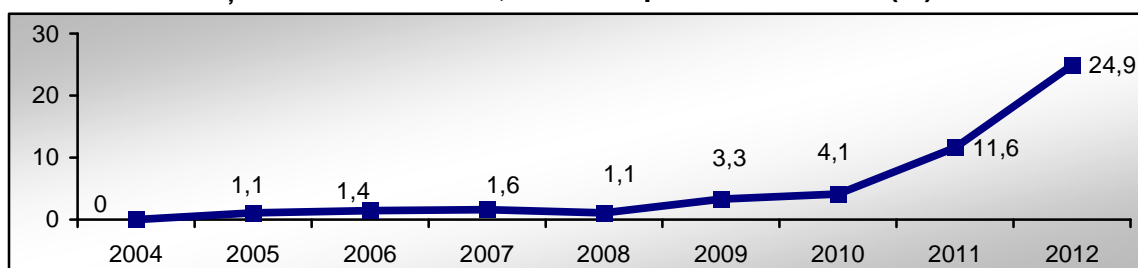
Grafic nr. 6-17: Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2012 (%)



Sursa: ANA

Se confirmă astfel tendința înregistrată în perioada 2009-2011, observându-se o creștere alarmantă a cazurilor HIV în rândul CDI și se semnalează nevoia de intervenții rapide pentru a limita răspândirea acestei infecții, cu precădere în rândul grupurilor vulnerabile.

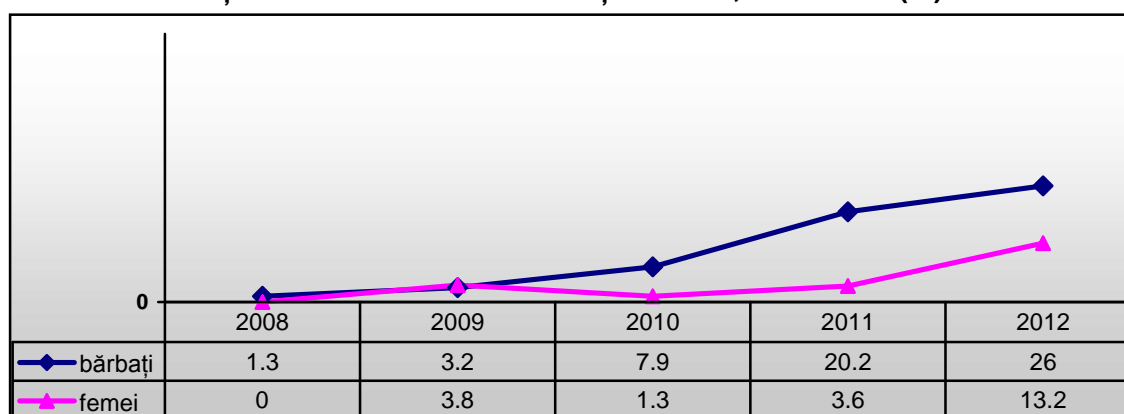
Grafic nr. 6-18: Prevalența HIV în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)



Sursa: ANA

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HIV a înregistrat valori mai mari în rândul CDI de sex masculin (26%), decât în rândul celor de sex feminin (13,2%). Dacă în anul anterior, creșterea era semnificativă în rândul bărbaților, în 2012 se înregistrează o tendință crescătoare accelerată în cazul femeilor.

Grafic nr. 6-19: Prevalența HIV în rândul CDI în funcție de sex, 2008-2012 (%)

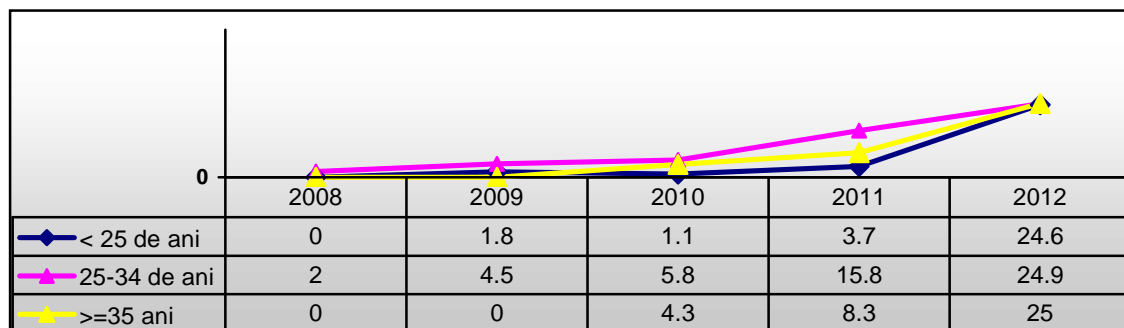


Sursa: ANA

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a infecției HIV s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (25%). Pe locul al doilea ca nivel al prevalenței HIV, se situează CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (24,9%).

Ca și în cazul HVC începând cu anul 2010, se constată creșteri ale prevalențelor infecției HIV pentru toate categoriile de vârstă. De remarcat că, pentru categoria de vârstă sub 25 de ani, se înregistrează cea mai spectaculoasă creștere a prevalenței infecției HIV, de peste 6 ori mai mare comparativ cu anul anterior.

Grafic nr. 6-20: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)

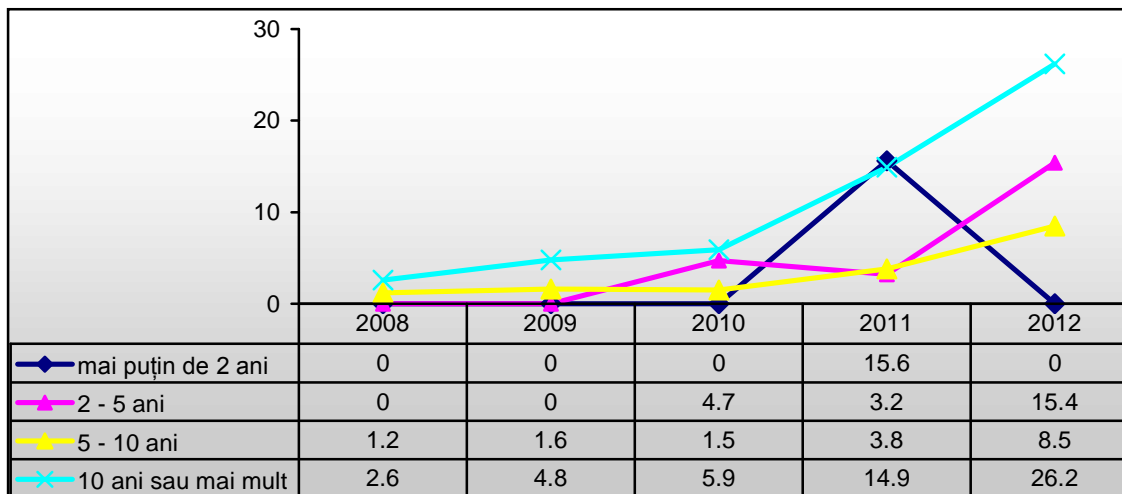


Sursa ANA

În funcție de istoricul de injectare, cea mai ridicată rată a prevalenței s-a constatat în grupul consumatorilor cu un istoric îndelungat de injectare (10 ani sau mai mult), comparativ cu anul anterior în care această grupă se situa pe locul al doilea, după CDI recenți (mai puțin de 2 ani). În 2012, se înregistrează o răsturnare de situație în cazul acestei subgrupe de analiză (0% prevalența HIV pentru CDI cu istoric de injectare de mai puțin de 2 ani).

Exceptând subgrupa CDI cu istoric de injectare recent, care cunoaște o scădere importantă a prevalenței infecției HIV, pentru toate celelalte subgrupe de analiză se confirmă tendințele crescătoare ale prevalenței HIV, înregistrate în anii anteriori. De asemenea, este de semnalat creșterea spectaculoasă a ratei de infectare cu HIV în rândul celor cu un istoric de injectare mai mare de 10 ani (de la 14,9%, la 26,2%).

Grafic nr. 6-21: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, date comparate 2008-2012 (%)



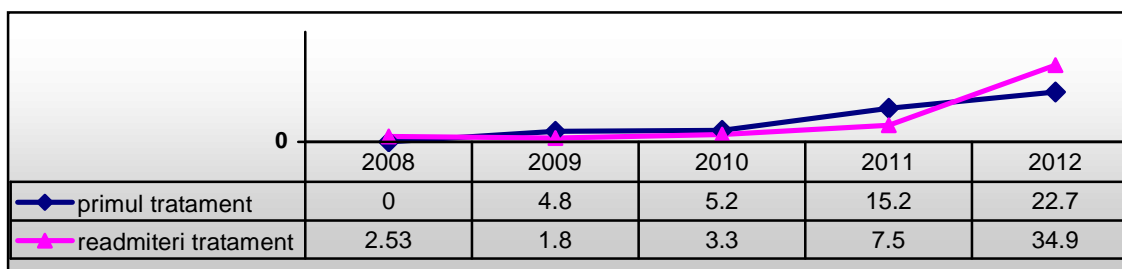
Sursa ANA

Pentru CDI cu un istoric de injectare de peste 10 ani, nivelul ridicat al prevalenței HIV este explicat prin existența unei perioade de expunere mai îndelungate la factorii de risc asociați unui astfel de consum.

Se observă, de asemenea, că, un procent similar cu cel de anul trecut pentru grupa CDI recenți (<2ani) se înregistrează în rândul celor cu istoric de injectare de 2-5 ani (15,4%). Astfel, se poate presupune că s-ar putea înregistra o izolare a focarului de infecție HIV în rândul celor cu istoric mai îndelungat de consum injectabil, acest fapt indicând un contact redus ai acestora cu CDI recenți și, practic, o posibilitate de izolare a răspândirii HIV în rândul noilor consumatori.

Analizând rata de infectare cu HIV, în funcție de tipul admitterii la tratament, se constată faptul că prevalența HIV a fost mai mare în grupul pacienților readmiși la tratament ca urmare a consumului de droguri (34,9%), în comparație cu pacienții admiși pentru prima oară la tratament (22,7%), răsturnând tendința observată în anii anteriori.

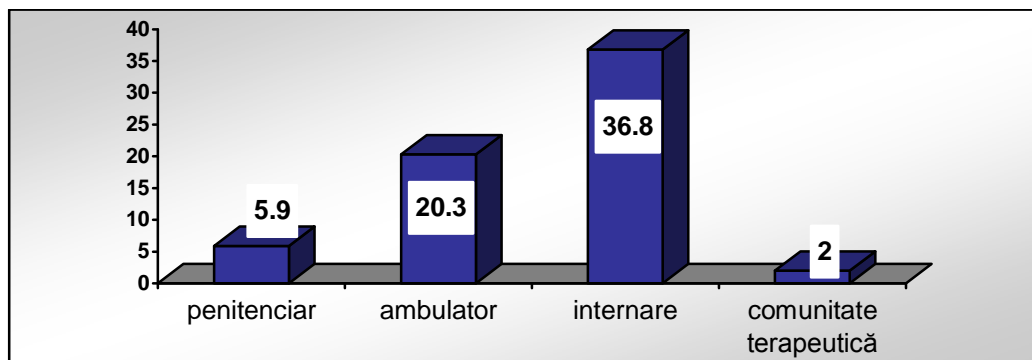
Grafic nr. 6-22: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2008-2012 (%)



Sursa: ANA

În funcție de tipul centrului de tratament (ambulator, internare, penitenciar, comunitate terapeutică), se observă cea mai mare prevalență HIV în rândul CDI admiși la tratament în regim de internare.

Grafic nr. 6-23: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)



Sursa: ANA

În funcție de drogul principal consumat, prevalența HIV în rândul CDI utilizatori de SNPP este de 40,2%, iar pentru utilizatorii de heroină prevalența HIV este de 19,2%. Fără a putea afirma că utilizatorii de heroină au fost ocoliți de focarul de infecție HIV, se constată că, utilizatorii care au declarat ca drog principal injectabil substanțe din categoria SNPP, au o șansă dublă de a se infecta.

Diferențele constatate în cadrul analizei detaliate a cazurilor HIV pozitive în rândul CDI, relevă faptul că majoritatea au fost înregistrate în rândul recidivelor la tratament, pentru grupa de vârstă 35+ ani, având un istoric îndelungat de consum (10 ani sau mai mult).

Schimbările constatate se pot datora, fie unei izolări a focarului de infecție în interiorul categoriei CDI cu experiență îndelungată în consum, fie este posibil ca testările și monitorizarea HIV în rândul acestora să fi fost realizate, în măsură mai mare decât în anii anteriori, odată cu semnalarea focarului de infecție HIV în rândul CDI din București.

Totodată, în anul 2012, Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA, din Cadrul Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA din Ministerului Sănătății, raportează pentru România, 231 de cazuri noi HIV+ identificate în rândul consumatorilor de droguri injectabile (31% din totalul cazurilor noi de HIV la nivel național pe toate categoriile de risc). Tendința se menține crescătoare, evidențiind focarul de infecție HIV din rândul CDI remarcat anterior.

Tabel nr. 6-1: Tendințe în calea de transmitere în România 2007-2012

Calea de transmitere	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Verticală	8 (2%)	7 (1%)	20 (4%)	25 (5%)	21 (3%)	18 (2%)
BSB (bărbați sex cu bărbați)	14 (3%)	40 (40%)	44 (9%)	60 (11%)	95 (13%)	80 (10%)
CDI (consumatori de droguri i.v.)	4 (1%)	3 (1%)	7 (1,4%)	14 (3%)	131 (18%)	231 (31%)
BSB/CDI				1 (<0,5%)	5 (1%)	6 (1%)
Heterosexuală	252 (79%)	397 (76%)	383 (77%)	399 (75%)	440 (61%)	382 (51%)
Necunoscută	67 (15%)	71 (14%)	43 (8,6%)	32 (6%)	28 (4%)	37 (5%)
Total	445	522	497	531	720	754

Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA în România – Institutul de Boli Infecțioase „Matei Balș” București

Comparativ cu anii anteriori, se remarcă creșteri ale prevalenței infecției HIV la utilizatorii de droguri, de la 6,12% la 6,93%. Se remarcă, de asemenea, o scădere abruptă a prevalenței infecției HIV pentru persoanele care practică sex cu persoane de același gen, de la 14,08 % la 1,72% .

Tabel nr. 6-2: Testări HIV la grupe de risc, date comparate 2010-2012

Grupa risc	%	%	%	%
	pozitiv în 2012	pozitiv în 2011	pozitiv în 2010	pozitiv în 2009
la cerere	0,97	1,01	0,78	0,75
ocasionale	2,89	4,23	4,83	3,08
TBC	1,01	1,37	0,95	0,72
gravide	0,06	0,08	0,11	0,08
contactați HIV	10,25	8,64	7,99	7,7
BTS	1,48	0,76	0,67	0,5
maternitate	0,85	5,07	3,25	3,25
utilizatori de droguri	6,93	6,12	1,03	2,12
control prenupțial	0,06	0,10	0,12	0,04
șoferi	0	0	4,35	4,35
deținuți	0,43	0,42	10,77	1
marinari	0,05	0,04	0,09	0,06
lucru în străinătate > 6 luni	0,67	0,25	0,85	0,43
sejur în străinătate > 6 luni	0,79	0,75	0	0,68
persoane care practică sex cu persoane de același gen	1,72	14,08	7,84	0
hemodializați	0	0	0	0
transfuzati	0	0	0	0
practicanți ai sexului comercial	1,12	6,49	0	0
personal medico-sanitar	0	0	0	0
Total		0,85	0,66	0,66

Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – Institutul de Boli Infecțioase „Matei Balș” București

Concluzii:

- Prevalențele pentru infecțiile cu HVB, HVC și HIV în rândul CDI au înregistrat tendințe crescătoare semnificative, datorate parțial schimbărilor survenite în modelele de consum (aparitia și consumul de SNPP, convertirea consumatorilor de heroină injectabilă către consumul de SNPP injectabil);
- O altă explicație a schimbărilor de tendință înregistrate pentru cele trei tipuri de infecții, poate fi reprezentată de reducerea substanțială a intervențiilor de reducere a riscurilor de contractare a bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, datorată la rândul ei lipsei fondurilor de finanțare, în special pentru proiectele derulate de organizațiile neguvernamentale specializate;
- Datele în cazul infecției cu HIV, indică mai mult decât o dublare a prevalenței acesteia în rândul CDI și confirmă un trend alarmant al răspândirii HIV, iar utilizarea SNPP dublează riscul de infectare. Totuși se observă o prevalență mai scăzută a HIV în rândul CDI tineri care debutează în consum injectabil, iar acest fapt este posibil, fie printr-o tendință de izolare a infecției în cadrul categoriei CDI cu experiență și istoric mai îndelungat, fie prin numărul mai mare de testări și al intensificării activităților de monitorizare a HIV în rândul acestora, ca urmare a semnalării instalării focarului de infecție HIV în rândul CDI din București. Aceste tendințe nu pot fi confirmate fără analiza datelor din **ancheta serologică și comportamentală BSS-2012**.

6.1.2 STUDII PRIVIND PREVALENȚA BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Ancheta serologică și comportamentală în rândul CDI din București BSS 2012

Romanian Angel Appeal, Carusel și ANA au realizat în anul 2012 (septembrie-octombrie) al 3-lea studiu⁷³ de tip *Anchetă comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey)* în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București, utilizând metodologia UNODC⁷⁴.

Scopul studiului a fost acela de a institui o metodă sistematică de colectare a datelor în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București pentru a monitoriza și evalua impactul programelor de prevenire a infecției cu HIV în rândul acestei populații, având ca finalitate dezvoltarea și optimizarea acestor servicii.

Populația țintă - BSS a urmărit selectarea populației CDI (consumatori de droguri cu istoric de injectare în ultimele 12 luni), cu vârsta mai mare de 18 ani, cu domiciliul în București, respectiv aria metropolitană.

Eșantionare - eșantionul a fost stabilit pe baza tehnicii RDS (*Respondent driven sampling* - eșantion de tip înlănțuit pe baza recomandărilor respondenților). În final, au fost selectați 417 respondenți. Rezultatele au fost calculate pentru un interval de încredere de 95%.

Instrumentul de colectare a datelor - chestionarul a fost constituit din 10 secțiuni cu 95 de întrebări. Acestea au vizat istoricul și comportamentul de consum, comportamentul sexual, cunoștințele despre TBC, HIV/SIDA, respectiv Hepatite B și C, testare privind bolile infecțioase și accesul la servicii medicale, criminalitate asociată consumului de droguri și încarcerare (incluzând și comportamente la risc în închisoare), alte vulnerabilități.

Caracteristici socio-demografice ale eșantionului selectat

Cei 417 subiecți selectați prin intermediul tehnicii RDS se încadrează în intervalul 18-69 de ani, cu o medie de vârstă de 29,5 ani și o mediană de 29 de ani. Astfel, grupul consumatorilor de droguri injectabile din zona metropolitană București este format în mare măsură din tineri, din categoria 25-34 de ani. 79,1% dintre subiecți sunt de sex masculin, respectiv 20,9% de sex feminin. Peste 10% dintre respondenți nu au nicio educație, iar 20% au doar studii primare. Aproximativ 35% dintre participanți au o formă de angajare (oficială sau neoficială), 36% sunt susținuți de familie, 6,5% primesc ajutoare de la stat. Majoritatea participanților la studiu trăiesc într-o gospodărie cu mai mulți membri, iar 26,4% nu au o adresă fixă. O proporție alarmantă, 34,1%, declară că au copii în întreținere. 52,3% dintre respondenți au făcut cel puțin o dată închisoare. 52,3% dintre respondenți se declară români, iar 45,1% de etnie rromă. 76,8% dintre respondenți declară că nu au asigurare medicală.

Rezultate

Consumul de substanțe (tutun, alcool, droguri ilicite)

Majoritatea CDI consumă substanțe comercializate sub denumirea de „droguri legale” sau „etnobotanice”, SNPP (49,6%). Pe locul doi urmează heroina, cu 40,5% și, pe ultimul loc, metadona, cu 5,8%.

Vârsta medie de debut este de 19,3 ani, iar durata medie de injectare este una considerabilă, circa 10,2 ani. Astfel, se poate constata că, în general, este vorba despre consumatori cu un istoric îndelungat, care, cel mai probabil, și-au injectat heroină anterior apariției SNPP.

⁷³ Vezi RN 2008 și 2010

⁷⁴ *Family Health International*, 2000

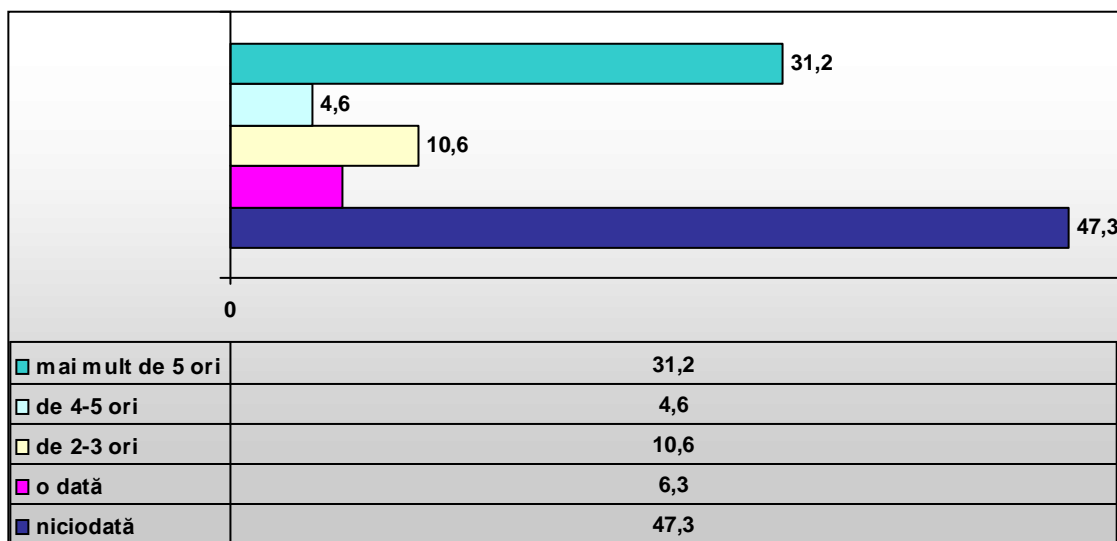
Comportamente la risc

Frecvența injectării la ultima ocazie când au folosit drogul principal este de peste 4,27 ori: peste 5 injectări pe zi - 22,8%, 3-5 injectări - 35,5%, sub 3 injectări - 41,7%.

Dacă se analizează frecvența injectării în funcție de drogul de consum, se observă că, CDI din categoria consumatorilor de SNPP prezintă cel mai mare procent în rândul celor care declară că se injectează de mai mult de 5 ori pe zi, 72,6%. Situația se menține și în cazul celor care se injectează de 3-5 ori pe zi, consumatorii de SNPP reprezentând 55,1% dintre aceștia.

La ultima injectare, 19,3% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi nesterile, iar 20,1% au declarat că altcineva a mai folosit seringă utilizată de ei. Dacă se iau în considerare și celelalte echipamente de injectare, 52,7% dintre participanții la studiu au folosit echipamente de injectare nesterile.

Grafic nr. 6-24: În ultima lună, cât de des s-a întâmplat să folosești seringi sau fiole folosite înainte de altcineva?



Sursa: BSS 2012

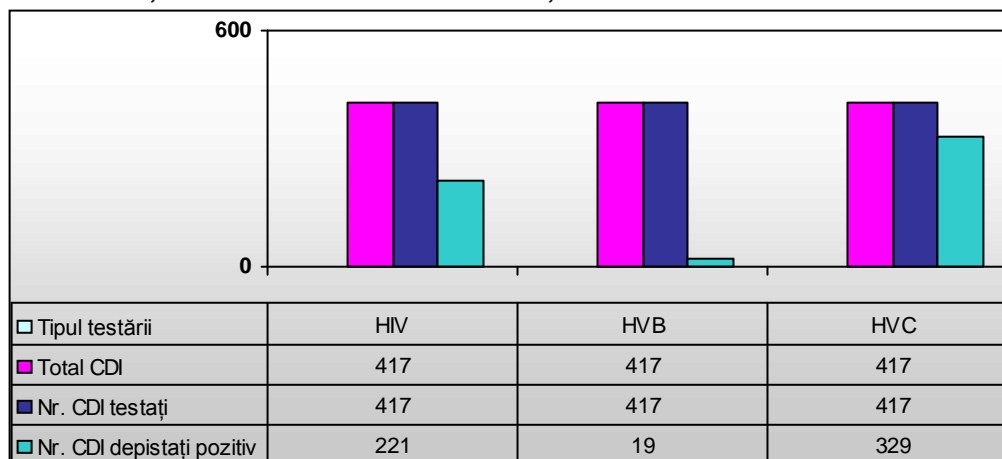
În ceea ce privește comportamentul sexual, 25,4% dintre respondenți au declarat utilizarea prezervativului la ultimul contact sexual avut, fie cu partenerul sexual principal, fie cu parteneri sexuali ocazionali. În ansamblu, 13,5% dintre consumatorii de droguri injectabile (11,5% bărbați și 21,2% femei) au întreținut relații sexuale în schimbul obținerii de bani, droguri sau alte bunuri.

Prevalența bolilor infecțioase transmisibile în rândul CDI participanți la BSS

În privința prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în urma testării serologice efectuate, a rezultat:

- rată foarte ridicată a prevalenței HVC, 79,3% dintre respondenți fiind infectați cu acest virus;
- rată relativ scăzută a prevalenței infecției cu HVB - 4,7%;
- rată alarmantă a prevalenței HIV, 53,3% fiind depistați pozitiv.

Grafic nr. 6-25: Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării



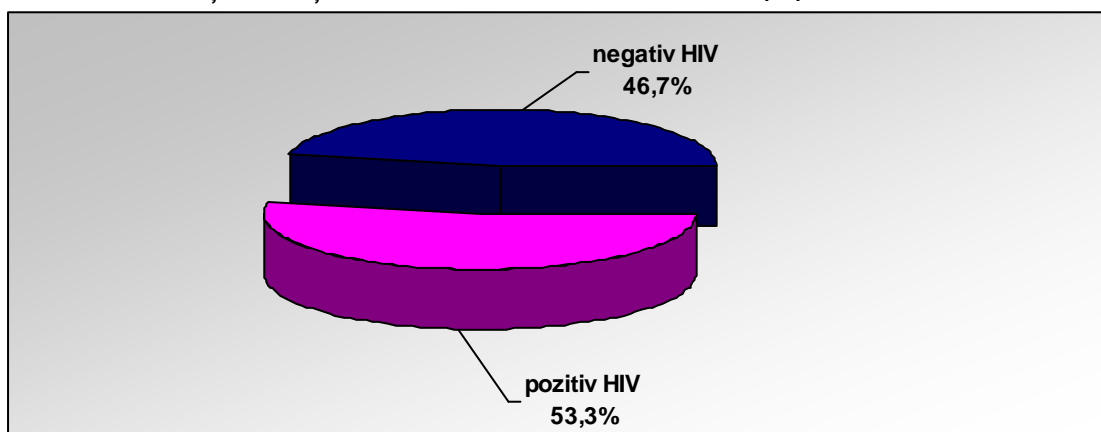
Sursa: BSS 2012

a. Infecția cu HIV

70,4% dintre participanți declară că au fost testați HIV, prevalența autoraportată HIV fiind de 5%.

Din cei 417 subiecți testați HIV în cadrul studiului, mai mult de jumătate, 53,3%, au fost depistați HIV pozitiv. Acest rezultat confirmă datele monitorizării de rutină prin intermediul cărora a fost semnalată instalarea unui focar de infecție HIV în rândul CDI din București.

Grafic nr. 6-26: Prevalența infecției HIV în rândul CDI, BSS 2012 (%)



Sursa: BSS 2012

Distribuția, în funcție de sexul respondentului, arată că prevalența infecției cu HIV a înregistrat valori mai mari în rândul CDI de sex masculin (55,2%), decât în rândul celor de sex feminin (46%). Totuși diferența nu este așa de evidentă ca și în cazul monitorizării de rutină unde prevalența HIV în rândul CDI de sex masculin este dublă față de cea de sex feminin.

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a infecției HIV s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mică de 25 de ani (58,5%). Pe locul al doilea ca nivel al prevalenței HIV, se situează CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (54%).

Tabel nr. 6-3: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %

Grupa de vârstă	Prevalența HIV
< 25 de ani	58,5
25-34 de ani	54
35-44	44,3
45+	40

Sursa: BSS 2012

În funcție de perioada de injectare, cea mai mare prevalență se constată în rândul celor cu un istoric de injectare între 2 și 5 ani, 59,3%. Pentru CDI cu mai puțin de 2 ani de injectare, prevalența HIV este cea mai mică înregistrată în cadrul acestei categorii, 42,9%.

Tabel nr. 6-4: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, %

Perioadă injectare	Prevalența HIV
mai puțin de 2 ani	42,9
2 – <5 ani	59,3
5 - 9 ani	55,8
10 ani sau mai mult	51,6

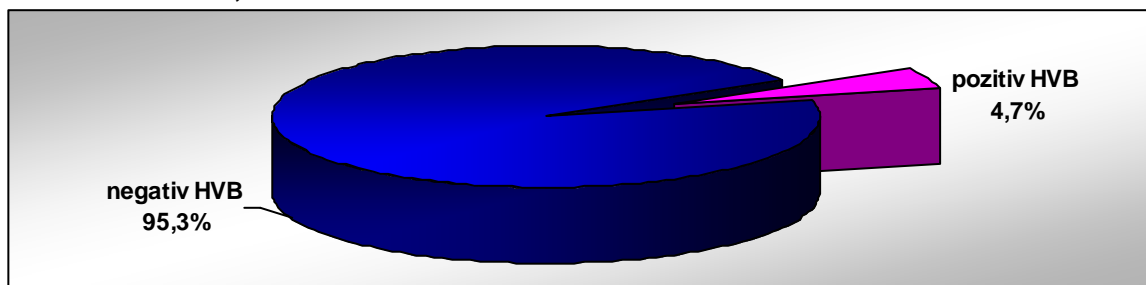
Sursa: BSS 2012

Cea mai mare prevalență HIV se constată în rândul utilizatorilor de SNPP, 71,4%, comparativ cu 39,3% în cazul utilizatorilor de heroină (aproximativ jumătate față de consumatorii de SNPP).

b. Infecția cu HVB

Din cei 417 subiecți testați HVB în cadrul studiului, 4,7% au fost depistați pozitiv, observându-se o prevalență HVB mai scăzută comparativ cu aceea furnizată de datele rezultate din monitorizarea de rutină, în anul 2012.

Grafic nr. 6-27: Prevalența HVB în rândul CDI, BSS 2012 (%)



Sursa: BSS 2012

Distribuția, în funcție de sexul respondentului arată că, prevalența infecției cu HVB a înregistrat o valoare dublă în rândul CDI de sex masculin (5,3%) raportată la cea a femeilor (2,5 %).

Tabel nr. 6-5: Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, (%)

Sex	Prevalența HVB
bărbați	5,3
femei	2,5

Sursa: BSS 2012

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a infecției HVB s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (5,7%). Pe locul al doilea ca nivel al prevalenței HVB, se situează grupa celor cu vârste sub 25 de ani (4,5%). Astfel se constată o probabilitate cu atât mai crescută a prevalenței HVB în rândul CDI, cu cât intervalul de vârstă este mai redus.

Tabel nr. 6-6: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %

Grupa de vârstă	Prevalența HVB
< 25 de ani	4,5
25-34 de ani	5,7
35-44	1,7
45+	0

Sursa: BSS 2012

În funcție de perioada de injectare, cea mai mare prevalență se constată în rândul celor cu un istoric de injectare de mai puțin de 2 ani, 7,7%. Următoarea categorie este a celor cu 5-9 ani de injectare, 6,7%, iar în rândul persoanelor peste 45 de ani nu s-au identificat cazuri HVB pozitive.

Tabel nr. 6-7: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare

Perioadă injectare	Prevalența HVB
mai puțin de 2 ani	7,7%
2 – 5 ani	3,7%
5 - 9 ani	6,7%
10 ani sau mai mult	4%

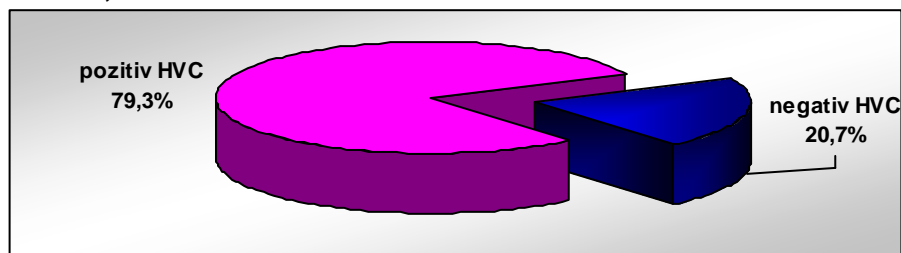
Sursa: BSS 2012

Ca și în cazul HIV, prevalența HVB înregistrează o valoare aproape dublă în rândul utilizatorilor de SNPP prin injectare (7,8%), comparativ cu aceea remarcată în cazul consumatorilor de heroină administrată prin aceeași metodă (3,5%).

c. Infecția cu HVC

Prevalența infecției cu HVC în rândul celor 417 de CDI testați, continuă să se situeze la valori foarte mari. Datele disponibile pentru anul 2012, arată o prevalență a infecției HVC de 79,3%, comparativ cu studiile BSS din 2007 (82,9%) și 2009 (88,3%).

Grafic nr. 6-28: Prevalența HVC în rândul CDI, 2012 (%)



Sursa: BSS 2012

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HVC a înregistrat valori mai mari în rândul CDI de sex feminin (82,8%), decât în rândul celor de sex masculin (78,4%). Se continuă astfel tendința înregistrată în BSS 2009 când prevalența HVC în rândul CDI testați era de 87,9% în cazul bărbaților față de 90%, cât se înregistra în cazul femeilor. În studiul de tip BSS desfășurat anterior 2007, prevalența HVC era mai ridicată în rândul persoanelor de sex masculin (87,1%), față de persoanele de sex feminin (68%).

Tabel nr. 6-8: Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, (%)

Sex	Prevalența HVC
bărbați	78,4
femei	82,8

Sursa: BSS 2012

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a infecției HVC s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 35 și 44 ani. Intervalele de vârstă cuprinse între 25 și peste 45 de ani au prevalențe apropiate. Cea mai mică prevalență HVC, 73,4%, se înregistrează în rândul celor mai tineri de 25 de ani.

Tabel nr. 6-9: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %

Grupa de vârstă	2012
< 25 de ani	73,4
25-34 de ani	80,9
35-44	81,7
45+	80

Sursa: BSS 2012

În funcție de perioada de injectare, se observă o prevalență crescută a HVC în rândul CDI cu un istoric îndelungat de injectare, valorile acestora fiind apropiate pentru consumatorii care și-au injectat drogul pe o perioadă cuprinsă între 5 și 10 ani (83,9%) și, respectiv, de peste 10 ani (82,9%). De asemenea, valorile prevalenței HVC sunt asemănătoare și pentru CDI cu un istoric de injectare sub 5 ani, ușor mai crescută pentru cei care și-au injectat droguri de mai puțin de 2 ani (64,3% față de 59,3% pentru CDI care și-au injectat droguri pe o perioadă între 2 și 5 ani).

Tabel nr. 6-10: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare

Perioadă injectare	
mai puțin de 2 ani	64,3
2 – <5 ani	59,3
5 - 9 ani	83,2
10 ani sau mai mult	82,9

Sursa: BSS 2012

Spre deosebire de HIV și HVB, cea mai mare prevalență HVC se constată în cazul utilizatorilor de heroină (80%), în rândul utilizatorilor de SNPP aceasta fiind de 76,2%, valori apropiate, corelate cu ceea ce a fost prezentat mai sus în cazul perioadei de injectare.

Tabel nr. 6-11: Rezultate comparate ale celor trei studii de tip *Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI*

Variabila	2009	2010	2012
Eșantionul	Eșantionul (N=449) a fost construit pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS.	Eșantionul (N=385) a fost construit pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS.	Eșantionul (N=417) a fost construit pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS.
Sexul respondentului	Din totalul cazurilor analizate, 78% au fost reprezentate de populația de sex masculin și 22% de populația de sex feminin.	Din totalul cazurilor analizate, 79,2% au fost reprezentate de populația de sex masculin și 20,8% de populația de sex feminin.	Din totalul cazurilor analizate, 79,1% au fost reprezentate de populația de sex masculin și 20,9% de populația de sex feminin.
Vârsta	Subiecții selectați se încadrează în intervalul 18-55 de ani. În segmentul de vârstă 18-29 de ani se înscriu 64% dintre CDI investigați, media de vârstă fiind 27,6 ani și mediana de 27 ani.	Subiecții selectați se încadrează în intervalul 18-55 de ani. În segmentul de vârstă 18-29 de ani se înscriu 59,5% dintre CDI investigați, cu o medie de 28 de ani și o mediană de 27 de ani.	Subiecții selectați se încadrează în intervalul 18-69 de ani. În segmentul de vârstă 18-29 de ani se înscriu 51,5% dintre CDI investigați, cu o medie de 29,5 de ani și o mediană de 29 de ani.
Nivel de instruire	72% dintre CDI au finalizat cel mult 8 clase, iar 9% dintre ei sunt analfabeți.	63,7% dintre CDI au finalizat cel mult 8 clase, iar 19% dintre ei sunt analfabeți.	30,4% dintre CDI au finalizat cel mult 8 clase, iar 10,3% dintre ei sunt analfabeți.
Tipul de drog consumat și frecvența injectării	Majoritatea CDI consumă heroină pe cale injectabilă (97%), cu o frecvență de minim 2-3 ori pe zi (75%).	Majoritatea CDI consumă heroină pe cale injectabilă (67,3%) urmați fiind de consumatorii de substanțe comercializate sub denumirea de droguri legale sau „etnobotanice” (30,6%). Acestea din urmă sunt de cele mai multe ori substanțe cu efecte și compoziție relativ similară amfetaminelor. Frecvența injectării la ultima ocazie când au folosit drogul principal este de peste 3 ori în 44,9% din cazuri, 2-3 ori în 41,8% din cazuri și doar 13,2% declară o singură injectare.	Majoritatea CDI consumă substanțe comercializate sub denumirea de „droguri legale” sau „etnobotanice”, SNPP (49,6%) de tipul “Pure by Magic”, “Special Gold”, “Insomnia” etc. Pe locul doi urmează heroina cu 40,5%. Frecvența injectării la ultima ocazie când au folosit drogul principal este de peste 4,27 ori: peste 5 injectări pe zi (22,8%), 3-5 injectări (35,5%), sub 3 injectări (41,7%).

Practici de consum	La ultima injectare, 15% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi folosite anterior de o altă persoană. 85% dintre CDI au declarat cumpărarea/ primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacii sau prin programele de schimb de seringi.	La ultima injectare, 15,7% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi folosite anterior de o altă persoană. 96,8% dintre CDI au declarat cumpărarea/ primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacii sau prin programele de schimb de seringi.	La ultima injectare, 19,3% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi nesterile, iar 20,1% au declarat că altcineva a mai folosit seringă utilizată de ei.
Prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri	82,9% dintre respondenți au fost depistați ca fiind infectați cu hepatită virală C, 4,7% erau infectați cu hepatită virală B, în timp ce 1,1% au fost depistați pozitiv la infecția cu HIV.	88,3% dintre respondenți au fost depistați ca fiind infectați cu hepatită virală C, 3,1% erau infectați cu hepatită virală B, în timp ce 1% au fost depistați pozitiv la infecția cu HIV.	79,3% dintre respondenți au fost depistați ca fiind infectați cu hepatită virală C, 4,7% erau infectați cu hepatită virală B, în timp ce 53,3% au fost depistați pozitiv la infecția cu HIV.
Prevalența HVC în funcție de categoria de vârstă	În cazul persoanelor HVC pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25-34 de ani: 87%.	În cazul persoanelor HVC pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25-34 de ani: 89,3%.	Cea mai mare prevalență a infecției HVC s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 35-44 de ani. Intervalele de vârstă cuprinse între 25 și peste 45 de ani au prevalențe apropiate. Cea mai mică prevalență HVC 73,4% se înregistrează în rândul celor mai tineri de 25 de ani.
Prevalența HVC în funcție de sexul respondentului	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a HVC. Astfel, se înregistrează o prevalență HVC de 87,1% în cazul bărbaților față de 68%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex feminin au o prevalență ușor crescută a bolilor infecțioase, mai pronunțată în cazul HVC. Astfel, se înregistrează o prevalență HVC de 87,9% în cazul bărbaților față de 90%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul pacientului se observă o prevalență ușor crescută a infecției cu HVC în rândul CDI de sex feminin (82,8%) față de 78,4% cât se înregistrează în rândul bărbaților.
Prevalența HVB în funcție de categoria de vârstă	În cazul persoanelor HVB pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani: 6,5%.	În cazul persoanelor HVB pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta mai mică de 25 de ani: 4,2%.	Cea mai mare prevalență a infecției HVB s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (5,7%). Pe locul al doilea ca nivel al prevalenței HVB, se situează grupa celor cu vârste mai mici de 25 de ani 4,5%.

Prevalența HVB în funcție de sexul respondentului	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a HVB. Astfel, se înregistrează o prevalență HVB de 4,9% în cazul bărbaților față de 4%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a HVB. Astfel, se înregistrează o prevalență HVB de 4,9% în cazul bărbaților față de 4%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin prezintă o valoare a prevalenței HVB dublă, 5,3%, față de 2,5%, cât se înregistrează în cazul femeilor.
Prevalența HIV în funcție de categoria de vârstă	În cazul persoanelor HIV pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 de ani: 1,8 %.	În cazul persoanelor HIV pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta mai mică de 25 de ani, respectiv mai mare de 34 de ani : 1,7%.	În cazul persoanelor HIV pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârsta mai mică de 25 de ani, 58,5%, respectiv CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (54%).
Prevalența HIV în funcție de sexul respondentului	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a HIV. Astfel, se înregistrează o prevalență HIV de 1,1% în cazul bărbaților față de 1%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex feminin au o prevalență ușor crescută a HIV. Astfel, se înregistrează o prevalență HIV de 1% în cazul bărbaților față de 1,2%, cât se înregistrează în cazul femeilor.	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex feminin au o prevalență mai crescută a HIV. Astfel, se înregistrează o prevalență HIV de 46% în cazul bărbaților față de 54,6%, cât se înregistrează în cazul femeilor.

Sursa: Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, 2009, 2010, 2012

Concluzii:

- În ceea ce privește sexul și vârsta consumatorilor de droguri injectabile cuprinși în cele trei studii, se constată că nu există diferențe semnificative: între cele 3 eșantioane au predominat persoane de sex masculin, cu vârsta cuprinsă între 18 și 29 ani;
- În privința statusului educațional al CDI, se remarcă un nivel de instruire scăzut al eșantioanelor de subiecți recrutați aleator dintre CDI, pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS;
- Prevalența HIV/SIDA are o evoluție alarmantă, semnalizând un adevărat focar de infecție în rândul CDI din București. Dacă în 2008 și 2010 aceasta se situa în jurul valorii de 1-1,1%, în 2012 ea a atins valoarea de 53,3%, ceea ce înseamnă că, mai mult de jumătate dintre CDI recrutați, sunt infectați cu HIV;
- În anul 2012, heroina nu mai este drogul principal administrat injectabil (de la 97% în 2008, la 67,3% în 2010, la 40,5% în anul de referință) fiind înlocuită de SNPP (de la 30,6% în 2010, la 49,6% în anul 2012);
- Frecvența injectării este în creștere având o medie de 4,27 ori la ultimul studiu realizat în anul 2012, 72,6% dintre consumatorii de SNPP injectabile declară o frecvență medie de peste 5 injectări pe zi.

Recomandări:

- Dacă în cazul creșterii prevalenței HVB datele provenite din monitorizarea de rutină nu sunt confirmate de cele din studiul BSS, în cazul creșterii prevalenței HIV, BSS relevă chiar un tablou mai sumbru – semnalând o prevalență aproape dublă – peste ½ din subiecții intervievați fiind infectați cu HIV.

- Există o asociere temporală între niveluri scăzute (sau reduse) în furnizarea serviciilor specifice de prevenire a riscurilor asociate consumului injectabil în România și creșterea prevalenței HIV în rândul CDI.
- Există o asociere între frecvența crescută a injectării, ca și caracteristică a consumului de SNPP ca factor de risc și creșterea prevalenței HIV în rândul CDI.
- Pentru a preveni noi cazuri de HIV în rândul CDI din România este esențial un accent crescut pe măsurile de prevenire, cum ar fi programele de schimb de seringi și tratamentul de substituție.
- Un nivel înalt al prevalenței HVC în rândul CDI prezent de mai mulți ani (în jur de 80%), este posibil să fi fost fie un factor facilitator al infecției cu HIV, dar și un indicator al riscurilor de infectare datorat practicilor neadecvate de consum: folosirea în comun a seringilor, sexul neprotejat, etc. Mai mult, tratamentul hepatitei C în România este subfinanțat și acest fapt a contribuit anterior la răspândirea acestei boli infecțioase în rândul CDI.

6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

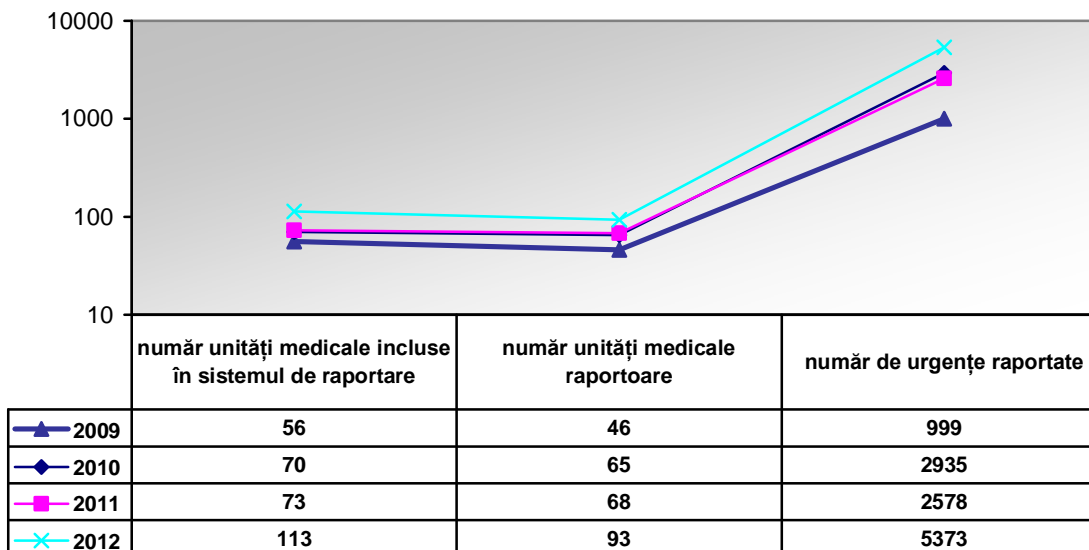
6.2.1 URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

A. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive)

În anul 2012, Agenția Națională Antidrog a continuat să îmbunătățească procesul de colectare a datelor privind urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, prin:

- actualizarea și diseminarea la nivel național a Metodologiei de monitorizare a urgențelor medicale;
- implicarea structurilor teritoriale ale ANA în colectarea datelor privind urgențele medicale datorate consumului de droguri, prin: relaționarea directă a acestora cu furnizorii de date, colectarea fișelor standard și introducerea datelor în baza de date privind urgențele medicale datorate consumului de droguri;
- extinderea sistemului de raportare prin includerea pe lista unităților raportoare a spitalelor municipale și orășenești care au secție/ unitate de primiri urgență;
- îmbunătățirea Fișei standard de înregistrare a urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive prin introducerea unor câmpuri noi: „Nivelul educațional” și „Statusul ocupațional”.

Grafic nr. 6-29: Evoluția sistemului de colectare a datelor privind urgențele medicale 2009-2012 (nr.)



Sursa: ANA

Astfel, pe fondul lărgirii ariei unităților medicale raportoare (113 față de 73 unități în 2011), dar și al îmbunătățirii capacității de colectare a datelor, în anul 2012, au fost raportate **5373 urgențe medicale** cauzate de consumul de substanțe psihoactive. Spre deosebire de anii anteriori, au fost incluse în bază și episoadele de urgență în care s-a menționat exclusiv consumul de alcool. Această decizie a fost determinată pe de o parte, de rezultatele studiilor recent realizate de Agenția Națională Antidrog (vezi GPS 2010, ESPAD 2011, SPS 2011), potrivit cărora consumul de alcool este un factor de risc în debutul consumului de droguri ilicite, iar pe de altă parte, de constatarea derivată din analiza caracteristicilor consumatorilor de droguri, conform căreia în policonsumul de droguri, alcoolul este prezent în aproape 20% dintre aceste cazuri, fiind pe poziția a doua, după SNPP, în clasamentul substanțelor psihoactive cel mai des folosite în cazurile de policonsum.

Spre deosebire de anul 2011, când au fost raportate 2578 de cazuri de urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în anul 2012 se remarcă o dublare a numărului acestora. Această diferență semnificativă poate fi explicată atât prin îmbunătățirile aduse sistemului de colectare, cât și prin includerea urgențelor datorate exclusiv consumului de alcool, a căror pondere în totalul cazurilor de urgență raportate este considerabilă (43%). De aceea, analiza cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive va avea în vedere categoria de substanțe care a determinat episodul de urgență și se va axa în primul rând pe cazuistica medicală generată de consumul de droguri ilicite, categorie în care vor fi incluse și substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP)⁷⁵.

În ceea ce privește tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43,1% au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 27,2% au fost înregistrate ca urmare a problemelor de sănătate survenite pe fondul consumului de droguri ilicite, 13,3% dintre urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive s-au datorat consumului exclusiv și excesiv de medicamente, în 13,2% dintre cazuri a fost raportat policonsumul de substanțe psihoactive, în 2,2% dintre cazuri urgența medicală a fost atribuită consumului unor substanțe necunoscute, iar în 1% dintre cazuri a fost vorba de solicitări de recoltare de probe biologice pentru efectuarea de examene toxicologice.

Comparativ cu anul anterior, se remarcă:

- creșterea cu 48,9% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat policonsum de droguri;
- creșterea cu 0,4% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de droguri ilicite;
- creșterea cu 95,9% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de medicamente, administrate fără prescripție medicală;
- creșterea de aproape 4 ori a numărului persoanele care s-au prezentat la secțiile de primiri urgențe pentru recoltarea de probe în vederea efectuării de determinări toxicologice;
- scăderea cu 19,6% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de substanțe necunoscute.

⁷⁵ Potrivit Legii 194 din 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare

Tabel nr. 6-12: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2012

Tipul consumului care a generat urgența medicală	2011	2012
Policonsum	476 (18,5%)	709 (13,2%)
Consum exclusiv de alcool	123 (4,3%)	2316 (43,1%)
Consum exclusiv de droguri ilicite	1455 (56,4)	1461(27,2%)
Consum exclusiv de medicamente	365 (14,2%)	715 (13,3%)
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	148 (5,7%)	119 (2,2%)
Recoltare probe	11 (0,4%)	53 (1,0%)
Total	2578 (100,0%)	5373 (100,0%)

Sursa: ANA

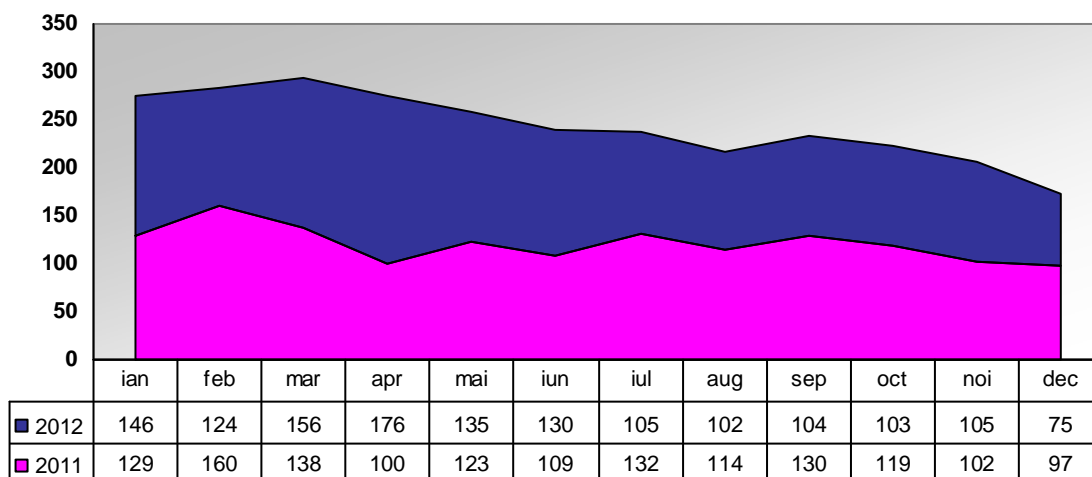
B. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite (inclusiv SNPP)

La nivel național, analiza cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul exclusiv de droguri ilicite (inclusiv SNPP), raportate la nivelul unităților sanitare în anul 2012, relevă o ușoară creștere cu 0,4% a numărului de cazuri înregistrate, comparativ cu anul anterior. Cea mai mare creștere se înregistrează în luna aprilie, când numărul cazurilor este de aproape 2 ori mai mare decât în aceeași lună a anului anterior. În schimb, în 6 luni (februarie, iulie, august, septembrie, octombrie, decembrie) numărul cazurilor de urgență înregistrate este mai mic decât în lunile similare ale anului anterior.

Pentru a realiza o analiză a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite în funcție de categoria substanței consumate, s-a procedat la o clasificare a acestora, după cum urmează:

- în clasa „canabis”, au fost incluse: cannabis, hașiș, THC;
- în clasa „opiacee”, au fost incluse: heroina, metadona, opiul, tramadolul, morfina, codeina, naloxona sau substanțele denumite generic „opiacee” sau „opioid”;
- în clasa halucinogenelor au fost incluse: ketamina, LSD, PCP, substanțele intitulate generic “halucinogene”;
- în clasa stimulanzilor, au fost incluse: amfetamine, metamfetamine, ecstasy/ MDMA;
- substanțele consemnate drept „droguri ilicite”, „substanțe psihotrope”, „substanțe psihoactive”, au fost încadrate în clasa „droguri generic”.

Grafic nr. 6-30: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2011-2012 (număr cazuri)



Notă: nu au fost incluse cazurile pentru care nu a fost specificată luna de înregistrare a urgenței medicale
Sursa: ANA

Caracteristici socio-demografice

Distribuția cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite care au fost raportate în anul 2012 prezintă o repartiție inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – 80,9% bărbați, comparativ cu 19,1% femei.

Raportate la vârstă și sex, caracteristicile persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență ale spitalelor în anul 2012, se prezintă astfel:

- majoritatea (89,5%) sunt persoane cu vârsta sub 34 de ani, 10% sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 de ani, iar restul (0,6%) sunt persoane de peste 54 de ani (din analiză au fost excluse persoanele a căror vârstă nu a fost raportată);
- vârsta medie este de 25,07 ani, fiind ușor mai ridicată pentru persoanele de sex masculin: 25,26 ani, comparativ cu 24,42 ani, cât se înregistrează în cazul femeilor;
- atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare este grupa 15-24 de ani (46,5% în cazul bărbaților, respectiv 57,3% în cazul femeilor).

În privința repartiției pe grupe de vârstă, se constată o scădere a ponderii persoanelor cu vârste sub 35 de ani în rândul persoanelor care s-au prezentat la unitățile de primiri urgențe: 89,4% în 2012, față de 92,2% în 2011. Totodată, se remarcă o pondere mai mare a bărbaților cu vârsta sub 34 ani (90,2%), comparativ cu cea a femeilor din aceeași categorie (86,5%).

Pe grupe de vârstă, raportul bărbați/ femei este evident în favoarea bărbaților pentru persoanele cu vârstă sub 39 de ani (atingând un maxim de 6,7:1 pentru grupa de vârstă 25-34 ani). În schimb, pentru persoanele cu vârsta peste 64 de ani, raportul înclină în favoarea femeilor, fiind de 4 femei la 1 bărbat.

Deși în cazul celor mai tineri pacienți prezentați la serviciile de urgență pentru consumul de droguri ilicite este vorba de consum accidental de astfel de substanțe, cazurile înregistrate merită evidențiate:

- Pacient în vârstă de 2 ani – un caz de consum accidental de metadonă, copilul ingerând metadonă tatălui (dependent de droguri), care era introdusă într-o sticlă de *Sprite* și 2 cazuri de consum accidental de diluant;
- Pacient în vârstă de 4 ani - un caz de consum accidental de opiacee (fără menționarea substanței consumate);
- Pacient în vârstă de 5 ani – un caz de consum accidental de diluant;
- Pacient în vârstă de 8 ani – consum accidental de droguri (fără menționarea substanței consumate), dar potrivit anamnezei și testului psihologic aplicat copilului, rezultă că mama i-a administrat droguri pe cale intravenoasă.

Dacă excludem însă cazurile de urgență menționate mai sus, datorate consumului accidental de droguri ilicite, tabloul celor mai mici vârste, pe sexe se prezintă astfel: cel mai tânăr pacient de sex masculin care s-a prezentat în urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite consumase solvenți volatili și avea 9 ani, în timp ce, cel mai tânăr pacient de sex feminin avea 8 ani și a solicitat asistență de urgență pentru consum de droguri de mare risc „vechi de o lună”, fără ca tipul acestora să fie precizat.

Tabel nr. 6-13: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate 2012 (consum exclusiv, comparativ cu policonsum)

Substanța consumată	Cea mai mică vârstă pentru consum exclusiv	Cea mai mică vârstă pentru policonsum
SNPP	10 ani	10 ani
Opiacee	14 ani	11 ani
Heroină	21 ani	15 ani
Metadonă	16 ani	16 ani
Canabis	13 ani	13 ani
Halucinogene	13 ani	13 ani
PCP	20 ani	15 ani
Ketamină	26 ani	19 ani
LSD	-	20 ani
Stimulanți	15 ani	11 ani
Amfetamine/ metamfetamine	15 ani	11 ani
Ecstasy/ MDMA	-	17 ani
Cocaină	15 ani	14 ani
Solvenți volatili	9 ani	9 ani
Droguri generic	8 ani	13 ani

Sursa: ANA

Pe categoriile de substanțe consumate, situația se prezintă astfel: cel mai tânăr pacient care s-a prezentat în urgență ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite avea 8 ani și a declarat consum de droguri fără a indica substanța consumată. Următorul pacient, în ordinea vârstei, consumase solvenți volatili și avea 9 ani. Urmează consumul exclusiv de SNPP, cu pacienți de 10 ani, consumul de canabis, respectiv de halucinogene – pentru persoane de 13 ani, consumul de opiacee – pentru persoane cu vârsta de 14 ani, consumul de stimulanți, cel de amfetamine/ metamfetamine și cel de cocaină – semnalat pentru persoane de 15 ani, consumul de metadonă – pentru persoane cu vârsta de 16 ani, consumul de PCP – pentru persoane cu vârsta de 20 ani, consumul de heroină – pentru persoane cu vârsta de 21 ani și consumul de ketamină – pentru persoane cu vârsta de 26 ani. Se observă că în cazul policonsumului în care sunt implicate diverse substanțe psihoactive, vârstele celor mai tineri pacienți prezentați în urgență sunt în general mai mici decât în cazul consumului exclusiv al substanței respective.

Între cele două sexe, se observă diferențe semnificative în cazul consumului exclusiv de opiacee, heroină, respectiv metadonă, pacienții de sex feminin care au apelat la serviciile de urgență pentru un astfel de consum fiind de aproape 2 ori mai numeroși decât cei de sex masculin. Diferențe între cele două sexe se mai înregistrează și în cazul:

- consumului exclusiv de canabis, pentru care persoanele de sex masculin sunt mai numeroase;
- consumului exclusiv de stimulanți, consumului exclusiv de amfetamine/ metamfetamine, respectiv consumului exclusiv de cocaină, în care predomină pacienții de sex feminin.

Pentru celelalte categorii de droguri, diferențele dintre cele două sexe sunt nesemnificative.

Tabel nr. 6-14: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv)

Substanța consumată	Masculin	Feminin	Total
SNPP	68,5%	66,3%	68,1%
Opiacee	7,6%	11,7%	8,4%
Heroină	4,4%	7,1%	4,9%
Metadonă	1,5%	2,5%	1,7%
Canabis	11,6%	8,2%	10,9%
Halucinogene	3,0%	2,8%	3,0%
PCP	0,3%	0,0%	0,2%
Ketamină	0,2%	0,0%	0,1%
LSD	0,0%	0,0%	0,0%
Stimulanți	0,4%	1,4%	0,6%
Amfetamine/ metamfetamine	0,4%	1,4%	0,6%
Ecstasy/ MDMA	1,4%	1,8%	1,5%
Cocaină	1,0%	1,8%	1,2%
Solvenți volatili	2,3%	3,2%	2,5%
Droguri generic	5,5%	4,6%	5,4%

Sursa: ANA

Pe categorii de vârstă, distribuția urgențelor medicale generate de consumul exclusiv de droguri ilicite, în funcție de substanța consumată, se prezintă astfel:

- **SNPP:** 90,6% dintre persoanele prezentate în serviciile de primiri urgență ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul exclusiv de SNPP, au fost persoane cu vârsta sub 34 de ani;
- **Opiacee:** majoritatea (84,6%) dintre urgențele medicale în care s-a raportat consum exclusiv de opiacee a fost reprezentată de persoane cu vârsta sub 34 ani - aproximativ un sfert (23,9%) aveau vârsta sub 24 ani și 60,7% aveau vârsta cuprinsă între 25-34 ani, în timp ce 15,4% aveau vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani;
- **Heroina:** cea mai mare parte a persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență în urma consumului exclusiv de heroină aparțineau categoriei de vârstă 15-34 ani – 82,4%, în timp ce doar 17,6% aveau vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani;
- **Metadona:** ca și în cazul heroinei, cea mai mare parte a persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență în urma consumului exclusiv de metadonă aparține grupei de vârstă 15-34 ani – 87%, în timp ce doar 13% au vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani;
- **Canabis:** în 61,3% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul exclusiv de canabis, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 29,7% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce în 9% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani;
- **Halucinogene:** în peste jumătate (57,9%) din cazurile de urgență în care a fost declarat consum exclusiv de substanțe halucinogene, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, iar în peste o treime din cazuri (36,8%) a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani;
- **Stimulanți:** în peste trei sferturi (77%) din cazurile de urgență în care a fost declarat consum exclusiv de substanțe stimulante, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, iar în restul cazurilor (22,2%) a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 ani;

- **Cocaina:** peste jumătate (52,9%) din persoanele care s-au prezentat la secțiile de primiri urgență din cauza problemelor generate de consumul exclusiv de cocaină, au vârstele sub 24 ani, în vreme ce aproximativ o treime (35,3%) aveau vârstele cuprinse între 25 și 34 ani, iar 11,8% între 35 și 44 ani;
- **Solvenți volatili:** în majoritatea urgențelor medicale în care s-a consemnat consum exclusiv de substanțe volatile, persoanele erau foarte tinere (82,4%), având vârsta sub 24 ani, în timp ce în 14,7% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani;
- **Droguri generic:** în 85,5% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consum exclusiv de droguri generic, a fost vorba de persoane cu vârsta sub 34 ani, în timp ce în 14,5% dintre aceste cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 ani.

Tabel nr. 6-15: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum exclusiv de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate (%)

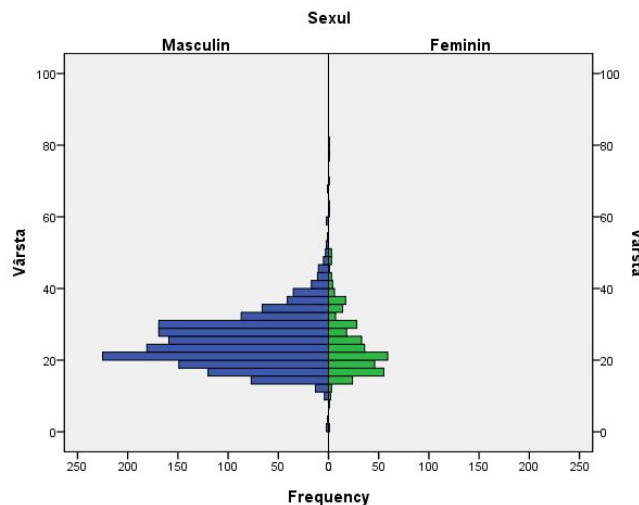
Substanța consumată	Categoriile de vârstă							Total
	sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 64 ani	
SNPP	4,0	52,0	34,5	8,4	1,1	0,0	0,0	100
Opiacee	2,6	21,4	60,7	13,7	1,7	0,0	0,0	100
Heroină	0,0	20,6	61,8	16,2	1,5	0,0	0,0	100
Metadonă	4,3	21,7	60,9	13,0	0,0	0,0	0,0	100
Canabis	1,9	59,4	29,7	7,7	1,3	0,0	0,0	100
Halucinogene	5,3	52,6	34,2	2,6	2,6	0,0	2,6	100
Stimulanți	0,0	77,8	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100
Cocaină	0,0	52,9	35,3	11,8	0,0	0,0	0,0	100
Solvenți volatili	29,4	52,9	11,8	2,9	0,0	0,0	2,9	100
Droguri generic	4,3	43,5	37,7	11,6	1,4	1,4	0,0	100

Sursa: ANA

Grafic nr. 6-31: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite

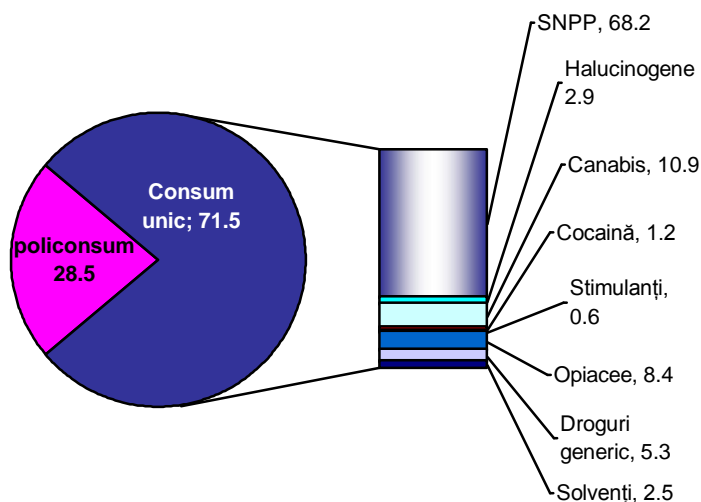


Masculin	Feminin
vârsta medie: 25,26	vârsta medie: 24,42
vârsta minimă: 9	vârsta minimă: 8
vârsta maximă: 68	vârsta maximă: 69
cea mai frecventă vârstă: 24	cea mai frecventă vârstă: 16



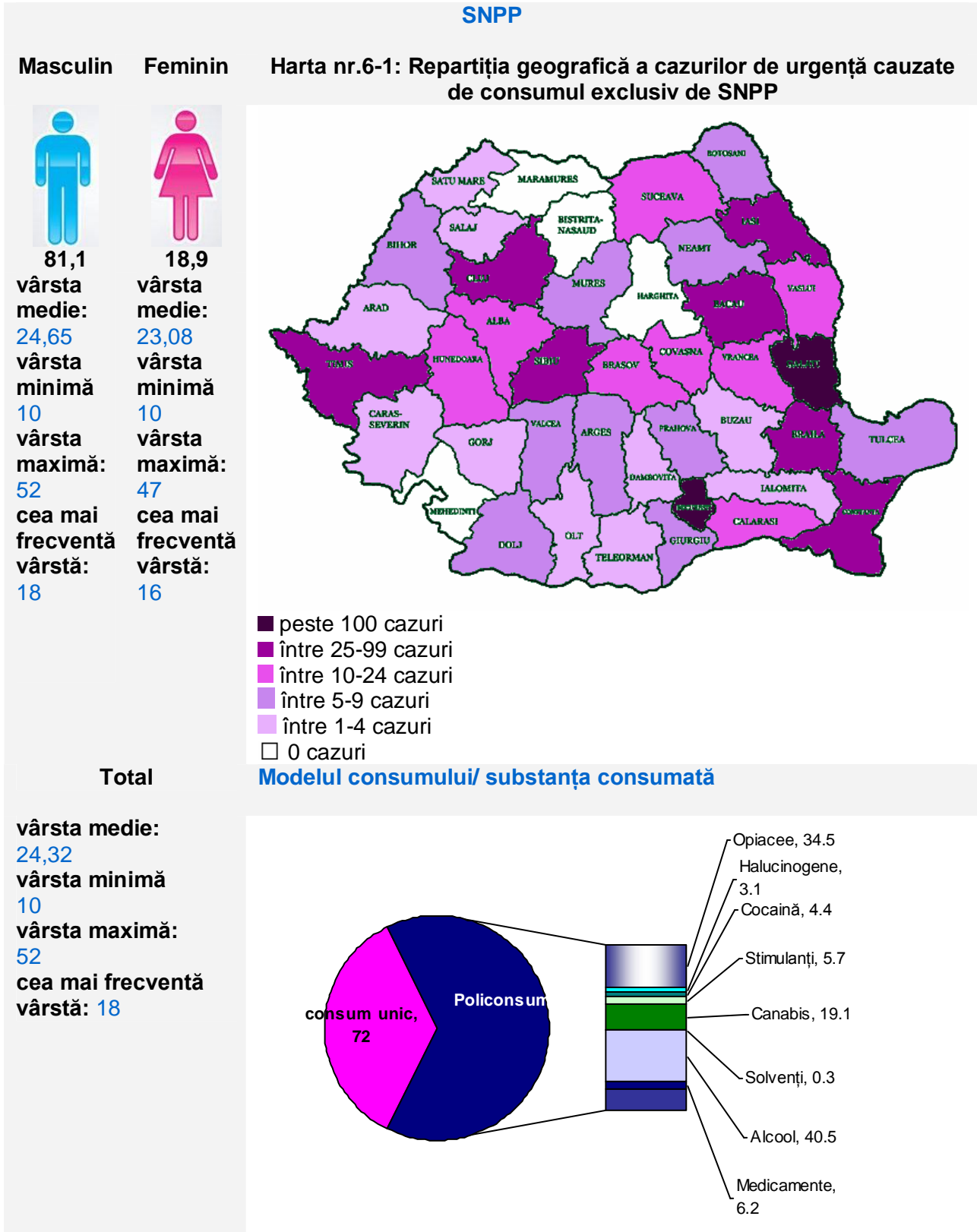
Modelul consumului/ substanța consumată

Masculin	Feminin
policonsum: 28,8%	policonsum: 27,3%
consum unic: 71,2%	consum unic: 72,7%
din care:	din care:
SNPP: 68,5%	SNPP: 66,3%
Canabis: 11,6%	Canabis: 8,2%
Opiacee: 7,6%	Opiacee: 11,7%
Droguri generic: 5,5%	Droguri generic: 4,6%
Halucinogene: 3,0%	Halucinogene: 2,8%
Solvenți: 2,3%	Solvenți: 3,2%
Cocaină: 1,0%	Cocaină: 1,8%
Stimulanți: 0,4%	Stimulanți: 1,4%



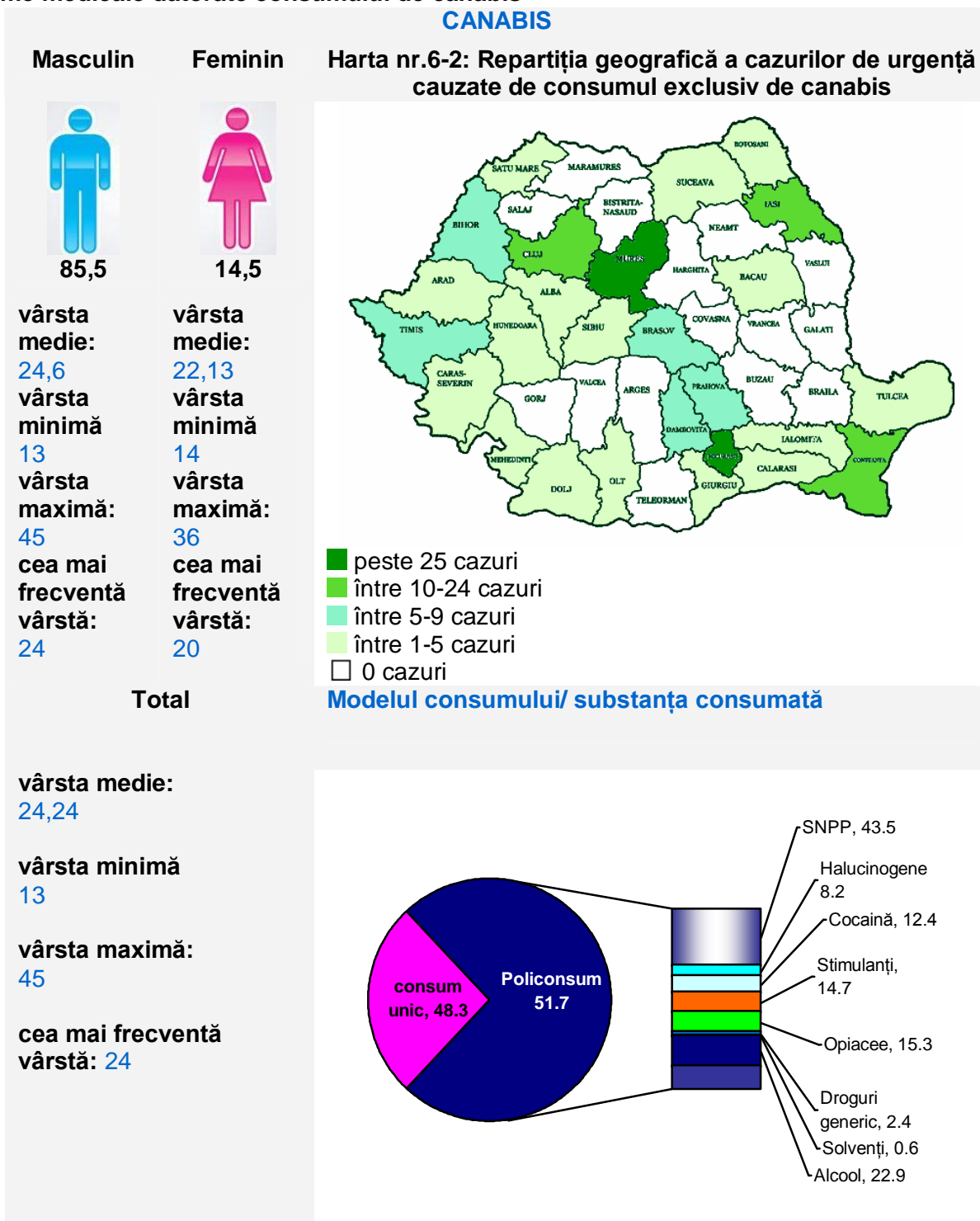
Sursa: ANA

Grafic nr. 6-32: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de SNPP



Sursa ANA

Grafic nr. 6-33: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de canabis



Sursa: ANA

Graficnr. 6-34: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de opiacee

OPIACEE

Masculin

Feminin



73

vârsta medie: 28,99
vârsta minimă: 14
vârsta maximă: 68
cea mai frecventă vârstă: 28



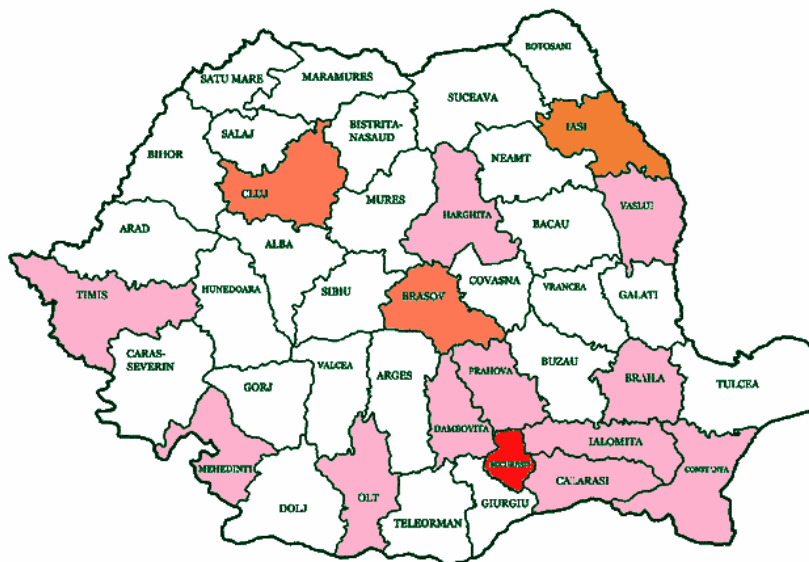
27

vârsta medie: 28,1
vârsta minimă: 11
vârsta maximă: 63
cea mai frecventă vârstă: 25

Total

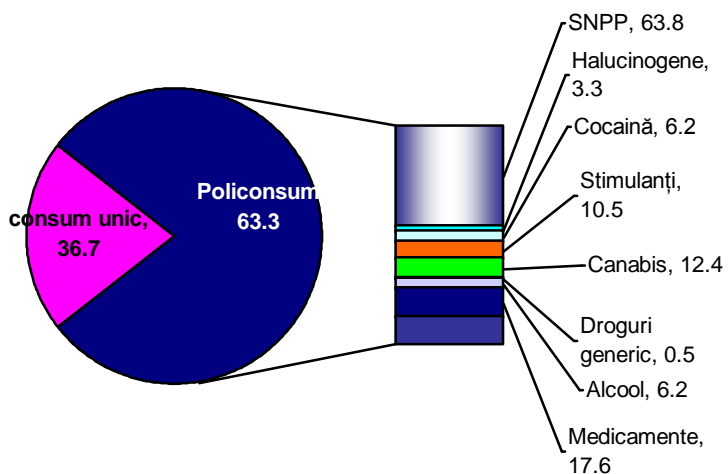
vârsta medie: 28,76
vârsta minimă: 11
vârsta maximă: 68
cea mai frecventă vârstă: 28

Harta nr.6-3 : Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de opiacee



- peste 10 cazuri
- între 6-9 cazuri
- între 3-5 cazuri
- între 1-2 cazuri
- 0 cazuri

Modelul consumului/ substanța consumată



Sursa: ANA

Modelul de consum

În ceea ce privește modelul de consum, în peste două treimi din cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite s-a înregistrat consumul singular de diferite substanțe psihoactive (71,5%), în timp ce în 28,5% din cazuri s-a observat policonsum. Între cele două sexe nu există diferențe semnificative în privința modelului de consum adoptat: 71,2% dintre bărbații prezentați în urgență pentru consum de droguri ilicite au declarat consum singular, în timp ce 72,7% dintre femei consumaseră, de asemenea, un singur tip de substanță ilicită.

Din totalul cazurilor de urgență medicale atribuite consumului de droguri ilicite în anul 2012, în 71,5% s-a declarat consum exclusiv al unei substanțe psihoactive, în timp ce în 28,5% urgența medicală a fost cauzată de policonsumul de substanțe psihoactive.

Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, 68,2% au fost datorate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive („etnobotanice”), în 10,9% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis, iar în 8,4% s-a declarat consum de opiacee (heroină, metadonă sau opiacee generic). Totodată, în 2,9% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, într-o proporție similară (2,5%) consum de solvenți volatili, în timp ce în 1,2% dintre cazuri s-a declarat consum de cocaină, iar pentru 0,6% dintre cazuri a fost consemnat consumul exclusiv de stimulanti. De asemenea, în 5,3% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate.

Tabel nr. 6-16: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2012 (%)

Substanța consumată	Consum exclusiv	Policonsum
Canabis	48,3%	51,7%
Opiacee	36,7%	63,3%
Heroină	37%	63%
Metadonă	35,8%	64,2%
SNPP	72%	28%
Stimulanți	12,2%	87,8%
Cocaină	27,4%	72,6%
Halucinogene	57,3%	42,7%

Sursa: ANA

Deși majoritatea urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite au menționat consum exclusiv de SNPP (68,2%), pentru acest tip de consum a fost raportat cel mai scăzut policonsum (doar 28% din totalul urgențelor medicale datorate consumului de SNPP). În schimb, pentru alte tipuri de droguri, ponderea policonsumului este mult mai mare, depășind de cele mai multe ori 50%:

- **Canabisul** a fost raportat în policonsum în proporție de 51,7%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 43,5% din totalul cazurilor de policonsum și cu alcoolul – 22,9%;
- **Opiaceele** au fost menționate la policonsum pentru 63,3% dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de opiacee; cel mai frecvent, acestea au fost utilizate în combinație cu SNPP – 63,8% din totalul cazurilor de policonsum, respectiv cu diverse medicamente – 17,6%;
- **Heroina** a fost declarată în policonsum în proporție de 63%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 75,2% din totalul cazurilor de policonsum și cu metadonă – 14%;
- **Metadona** a fost declarată în policonsum în 64,2% dintre cazurile de urgență care au fost generate de consumul de metadonă; cele mai frecvente amestecuri utilizate sunt cele cu heroină – în 40% dintre cazurile de policonsum cu metadonă, respectiv, cu SNPP – 34,9%;
- **SNPP** – deși SNPP sunt prezente în consumul combinat pentru multe dintre substanțele psihoactive analizate, cele mai frecvente amestecuri utilizate sunt cele cu alcoolul – în 40,5% dintre cazurile de policonsum al SNPP, respectiv, cu opiaceele – 34,5%;

- **Stimulanții** – dețin ponderea cea mai mare a cazurilor de policonsum declarat – 87,8% din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consum de stimulanți; cele mai frecvente combinații utilizate au fost cu canabisul – 38,5% din totalul cazurilor de policonsum și cu opiaceele și SNPP – 33,8%;
- **Cocaina** - a fost declarată în policonsum în proporție de 72,6%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu canabis - 46,7% din totalul cazurilor de policonsum, respectiv cu SNPP – 37,8%;
- **Halucinogenele** au fost menționate la policonsum pentru 42,7% dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de halucinogene; cel mai frecvent, acestea au fost utilizate în combinație cu canabisul – 43,8% din totalul cazurilor de policonsum, respectiv cu SNPP – 37,5%.

Tabel nr. 6-17: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul exclusiv de droguri ilicite, raportate în anul 2012, în funcție de substanța consumată (%)

Consum exclusiv de:	2011	2012	creștere/ scădere
SNPP	1115	996	-10,7%
Canabis	96	159	65,6%
Opiacee	81	122	50,6%
Droguri generic	54	78	44,4%
Halucinogene	67	43	-35,8%
Solvenți	15	37	146,7%
Cocaină	17	17	0,0%
Stimulanți	10	9	-10,0%
Total	1455	1461	0,4%

Sursa: ANA

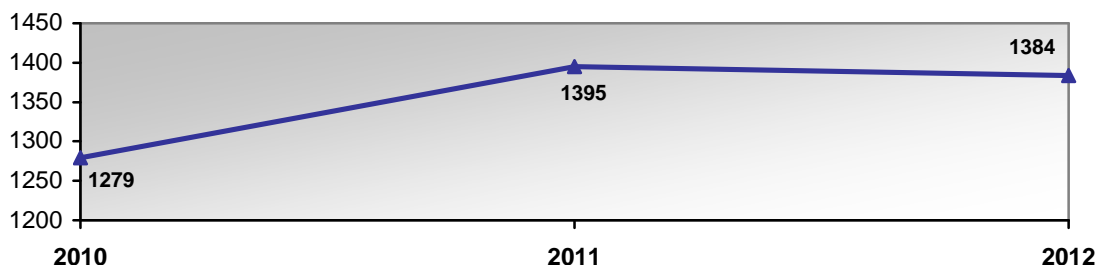
În ceea ce privește urgențele medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, comparativ cu anul 2011, se constată următoarele:

- **creșteri:**
 - creșterea cu 65,6% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de canabis;
 - creșterea cu 50,6% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de opiacee;
 - creșterea cu 44,4% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de droguri generic;
 - creșterea cu 146,7% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de solvenți volatili.
- **constante:**
 - menținerea numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de cocaină;
- **scăderi:**
 - scăderea cu 10,7% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de SNPP;
 - scăderea cu 35,8% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de halucinogene;
 - scăderea cu 10% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de stimulanți.

Scăderea cu 10,7% a cazuisticii de urgență datorată consumului exclusiv de SNPP, corelată cu menținerea la același nivel a numărului de cazuri de urgență, în care a fost raportat consum de SNPP (exclusiv sau policonsum), indică o creștere a cazurilor de urgență determinate de policonsumul de droguri ilicite în care sunt prezente și SNPP.

Comparativ cu anii anteriori, dimensiunea cazuisticii de urgență datorată consumului de SNPP (exclusiv sau în combinație) se menține în anul 2012 la același nivel.

Grafic nr. 6-35: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de SNPP (exclusiv sau în combinație) , pe luni, date comparate 2010-2012 (număr cazuri)



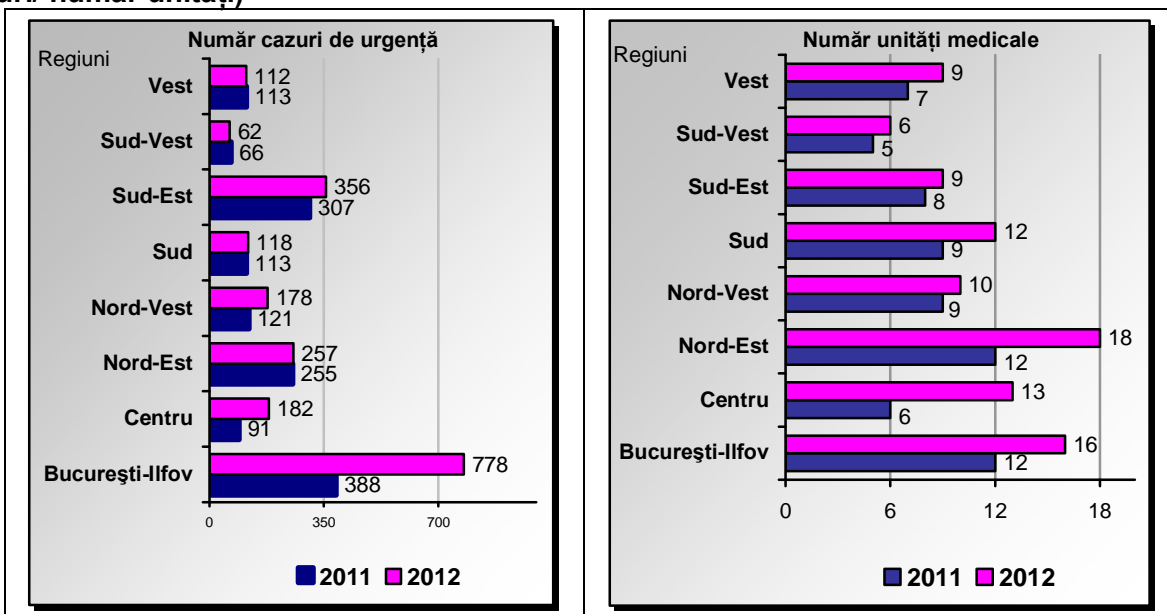
Sursa: ANA

Repartizarea cazuisticii pe regiuni de dezvoltare economică

În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, în anul 2012, situația se prezintă astfel:

- Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) - 178 cazuri;
- Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – 112 cazuri;
- Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – 257 cazuri;
- Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – 356 cazuri;
- Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) – 182 cazuri;
- Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – 112 cazuri;
- Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – 118 cazuri;
- București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov) – 778 cazuri.

Grafic nr. 6-36: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive și a unităților medicale raportoare, în perioada 2011-2012, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ număr unități)



Sursa: ANA

Raportată la evoluția numărului de unități raportoare, se observă că, deși numărul unităților raportoare a crescut în anul 2012 cu 37%, cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite se menține la nivelul anului anterior, înregistrând doar o ușoară creștere cu 0,4%. La nivelul regiunilor de dezvoltare economică se înregistrează următoarea evoluție a celor doi indicatori analizați (număr de cazuri/ număr de unități raportoare):

- regiunea București-Ilfov:
 - creșterea cu 1% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,3% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Centru:
 - creșterea cu 1,0% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 1,2% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Nord-Est:
 - creșterea cu 0,1% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,5% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Nord-Vest:
 - creșterea cu 0,5% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,1% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Sud:
 - creșterea cu 0,04% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,3% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Sud-Est:
 - creșterea cu 0,2% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,1% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Sud-Vest:
 - scăderea cu 0,1% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,2% a numărului unităților raportoare;
- regiunea Vest.
 - scăderea cu 0,01% a numărului de cazuri;
 - creșterea cu 0,3% a numărului unităților raportoare.

Se constată că, deși a înregistrat o creștere semnificativă, numărul de unități raportoare nu a determinat schimbări semnificative asupra cazuisticii de urgență raportate în anul de referință. În plus, cazuistica de urgență înregistrată la nivelul unităților medicale nou introduse în sistemul de raportare nu este semnificativă.

Analiza repartitiei urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în funcție de zonele de risc delimitate în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea următoare a județelor:

Tabel nr. 6-18: Delimitarea zonelor de risc la nivelul județelor țării, în funcție de numărul de cazuri de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, înregistrate în 2012

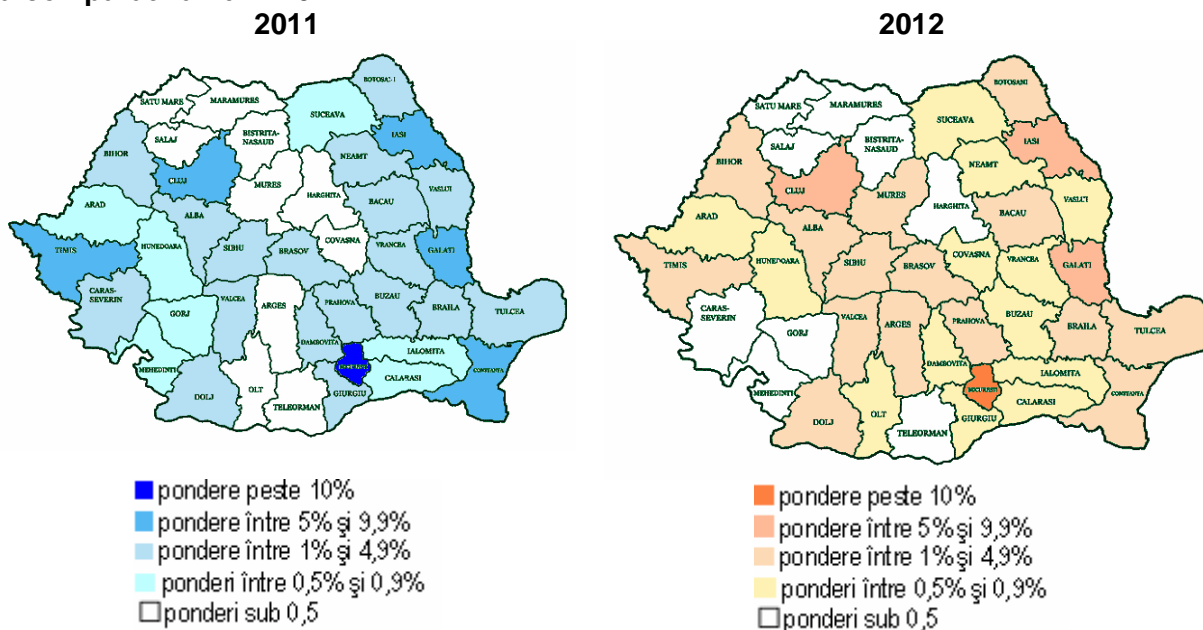
Județul	Zona
București	ZONĂ DE RISC FOARTE MARE (ponderi peste 10%)
Cluj, Galați, Iași	ZONĂ DE RISC MARE (ponderi între 5% și 9,9%)
Timiș, Mureș, Brăila, Constanța, Bihor, Bacău, Sibiu, Prahova, Botoșani, Brașov, Tulcea, Dolj, Argeș, Alba, Vâlcea	ZONĂ DE RISC MEDIU (ponderi între 1% și 4,9%)
Hunedoara, Dâmbovița, Neamț, Giurgiu, Ialomița, Călărași, Covasna, Vaslui, Arad, Vrancea, Olt, Buzău, Suceava	ZONĂ DE RISC MIC (ponderi între 0,5% și 0,9%)
Mehedinți, Satu-Mare, Teleorman, Caraș-Severin, Harghita, Sălaj, Gorj, Maramureș, Bistrița Năsăud, Ilfov	ZONĂ DE RISC FOARTE MIC (ponderi sub 0,5%)

Sursa: ANA

Se constată că, doar în municipiul București ponderea urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite este de 38,1%, în timp ce doar în 3 județe (Galați, Cluj, Iași) se înregistrează ponderi cuprinse între 5% și 9,9%. Astfel, în segmentul teritorial format din doar 4 unități teritorial-administrative se acumulează peste jumătate (58,8%) din numărul total al urgențelor medicale determinate de consumul de droguri ilicite.

Totodată, în alte 15 județe (Timiș, Mureș, Brăila, Constanța, Bihor, Bacău, Sibiu, Prahova, Botoșani, Brașov, Tulcea, Dolj, Argeș, Alba, Vâlcea), grupate în zona de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%) se cumulează peste un sfert din numărul total al acestor cazuri (31,9%), în timp ce zona de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%) se include în 2012, 11 județe și cumulează doar 7,1% din numărul total al cazurilor de urgență. Pe de altă parte, în zona de risc foarte mic, alcătuită din restul de 12 județe, se regăsesc doar 2,1% din numărul urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate în anul 2012.

Harta nr. 6-4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2011-2012



Sursa: ANA

Comparativ cu anul anterior, se remarcă reducerea numărului de județe care înregistrează ponderi ale cazurilor de urgență datorate consumului de droguri ilicite cuprinse între 5% și 9,9% (de la 4 la 3 județe) și a numărului celor cu ponderi cuprinse între 1 și 4,9% (de la 17 județe la 15 județe), concomitent cu creșterea numărului județelor în care ponderea cazurilor de urgență este sub 1% (de la 16 la 22 județe). Această schimbare sugerează restrângerea zonei teritoriale la 19 județe în care cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite este semnificativă, precum și existența în fiecare regiune de dezvoltare economică a unor „centri problematici” care induc o uniformizare aparentă a consumului de droguri ilicite la nivelul țării, în fapt problematica fiind concentrată doar în câteva județe.

Tipologia diagnosticilor medicale de urgență

Pentru a realiza o analiză a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, în funcție de diagnosticul de urgență, s-a procedat la o grupare a diagnosticilor de urgență, pe baza clasificării ICD 10, recomandată de OMS (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision).

În general, diagnosticile de urgență care pot fi înregistrate în urgențele medicale determinate de consumul de substanțe psihoactive se încadrează în categoria „Tulburări mentale și comportamentale cauzate de consumul de substanțe psihoactive” (F10-F19). Această clasă conține o mare varietate de

tulburări care diferă ca formă și severitate clinică, dar care sunt în totalitate atribuite utilizării uneia sau mai multor substanțe psihoactive, care au fost sau nu prescrise medical. Identificarea substanței psihoactive care a determinat urgența medicală ar trebui să se bazeze pe cât mai multe surse de informații. Acestea pot include date de anamneză, rezultate ale determinărilor toxicologice efectuate pe sânge sau pe alte probe biologice, caracteristice ale simptomelor fizice și psihologice, semne și comportament clinic, precum și alte dovezi, cum ar fi un drog aflat în posesia pacientului sau declarații de la familia/ prietenii acestuia. Mai mulți consumatori de droguri utilizează mai mult de un tip de substanțe psihoactive. În acest caz, diagnosticul principal ar trebui să fie clasificat, ori de câte ori este posibil, în funcție de substanța sau clasele de substanțe care au cauzat sau au contribuit cel mai mult la sindromul clinic prezentat.

Pornind de la aceste considerente, diagnosticele consemnate de medici în Fișa standard de înregistrare a urgenței medicale datorată consumului de substanțe psihoactive au fost încadrate, după cum urmează:

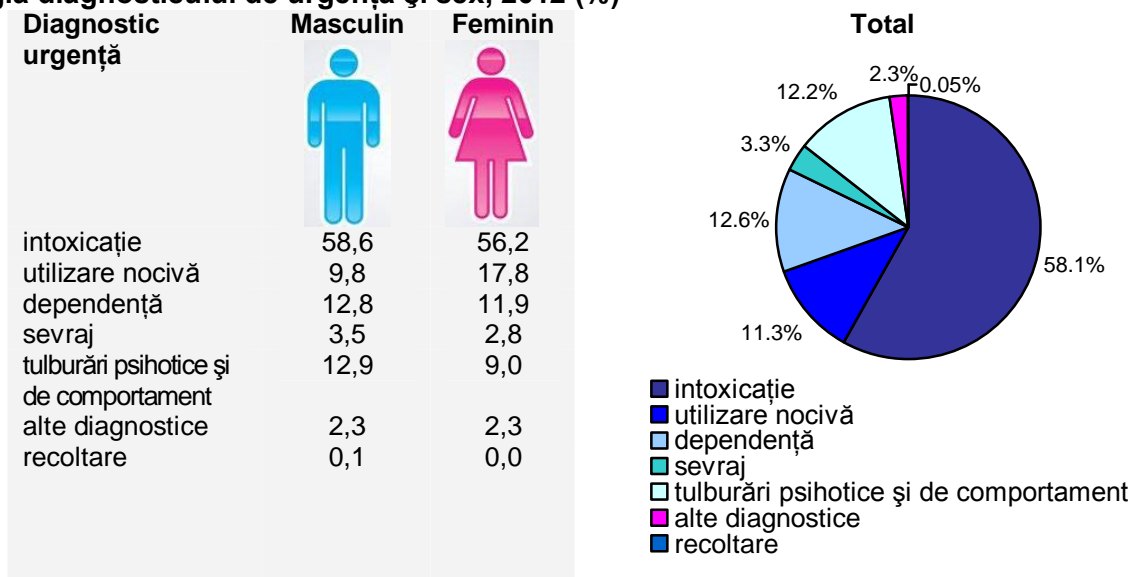
- **intoxicație acută:** reprezintă un grup de diagnostice în care tulburările sunt direct legate de efectele farmacologice acute ale substanței psihoactive consumate și se rezolvă cu timpul, cu recuperare completă, cu excepția cazului în care leziuni tisulare sau alte complicații au apărut. Complicațiile pot include trauma, inhalarea vomiei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- **utilizarea nocivă:** reprezintă un model al consumului de substanțe psihoactive care provoacă daune sănătății. Prejudiciul poate fi fizic (ca în cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care virusul a fost contactat ca urmare a injectării de substanțe psihoactive) sau mental (de exemplu, episoade de tulburare depresivă secundară la consumul de alcool).
- **dependența:** reprezintă un grup de tulburări comportamentale, cognitive și fiziologice care se dezvoltă după consumul repetat de substanțe psihoactive și care include de obicei o dorință puternică de a consuma substanțe psihoactive, dificultăți în controlul utilizării acestora, persistență în utilizarea lor în ciuda consecințelor negative, o prioritate mai mare acordată consumului de droguri decât de alte activități și obligații, creșterea toleranței la substanța psihoactivă consumată, și, uneori, starea de sevraj. Dependența se poate manifesta pentru o substanță psihoactivă specifică (de exemplu, tutun, alcool sau diazepam), pentru o clasă de substanțe (de exemplu, medicamente opioide), sau pentru o gamă farmacologică mai largă de diferite substanțe psihoactive.
- **sindrom de întrerupere a consumului (sevrăjul):** reprezintă un grup de simptome severe care apar ca urmare a întreruperii totale sau parțiale a consumului unei substanțe psihoactive, după o utilizare îndelungată a acesteia. Debutul și cursul sindromului de întrerupere a consumului sunt limitate în timp și sunt legate de tipul de substanțe psihoactive și doza folosită înainte de încetarea sau reducerea consumului. Sindromul de întrerupere a consumului poate fi complicat de convulsii sau de sevrajul cu delir.
- **tulburări psihotice și de comportament:** reprezintă un grup de tulburări psihotice care apar în timpul sau ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, dar care nu sunt explicate pe baza unei simple intoxicații acute și nu fac parte din sindromul de întrerupere a consumului. Tulburarea se caracterizează prin halucinații (de obicei auditive, dar, de multe ori, în mai mult de o modalitate senzorială), distorsiuni perceptivă, iluzii (de multe ori de natură paranoică sau persecutorie), tulburări psihomotorii (excitare sau stupoare) și un efect anormal, care poate varia de la frică intensă la extaz. Tot în această categorie au fost incluse tulburările de personalitate sau de comportament care persistă dincolo de perioada în care operează efectul substanței psihoactive consumate.
- **alte diagnostice:** reprezintă o clasă de diagnostice induse sau determinate de consumul de substanțe psihoactive, precum: leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe.
- **recoltare probe biologice:** reprezintă cazurile care se prezintă la secțiile de primiri urgență în vederea recoltării de probe biologice pentru efectuarea de determinări toxicologice.

În ceea ce privește simptomatologia cazurilor de urgență raportate se constată că, din cele 2043 de cazuri, 58,1% s-au datorat unor intoxicații acute cu droguri ilicite, 11,3% au fost ca urmare a utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite, în 12,6% s-a consemnat diagnosticul de dependență, 3,3% au prezentat sindrom de întrerupere a consumului la diferite substanțe (sevraj), în 12,2% s-au înregistrat

tulburări psihotice și de comportament, iar 2,3% au prezentat alte diagnostice induse sau determinate însă de consumul de substanțe psihoactive (leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe). În 0,05% dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării de determinări toxicologice. Deși majoritatea cazurilor de urgență analizate au fost încadrate în categoria „intoxicație”, ceea ce ar putea induce ideea unui consum ocazional de droguri, în 39,1% din urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, diagnosticele de urgență consemnate indică un consum regulat de droguri ilicite, fiind vorba de afecțiuni medicale care apar după o perioadă mai mare de consum (exemplu: hepatite B și C, infecția HIV, dependență, sevraj, tulburări psihotice și de comportament).

Se observă că, între cele două sexe nu există diferențe pentru majoritatea categoriilor de diagnostice de urgență, cu excepția celui de utilizare nocivă, unde ponderea persoanelor de sex feminin diagnosticate astfel este de aproape 2 ori mai mare decât cea a bărbaților.

Grafic nr. 6-37: Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de tipologia diagnosticului de urgență și sex, 2012 (%)



Sursa: ANA

În funcție de tipologia diagnosticului de urgență în care a fost încadrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, dacă se consideră o repartitie egală a indivizilor pentru fiecare tip de consum, se remarcă următoarele:

- cazurile de urgență care au fost diagnosticate în cea mai mare proporție cu „intoxicație”, sunt mai prezente în rândul persoanelor care au declarat consum exclusiv de cannabis (înregistrând cea mai mare valoare ajustată între valorile observate și cele așteptate: 3,3), în timp ce, cel mai puțin reprezentată categorie de consumatori pentru acest tip de diagnostic se înregistrează în rândul consumatorilor exclusiv de opiacee (-9,9);
- diagnosticele din categoria „utilizare nocivă” au fost consemnate în mod preponderent pentru consumatorii de opiacee (5,7), la opul opus situându-se consumatorii de cannabis (-2,6);
- în rândul cazurilor diagnosticate cu „dependență”, consumatorii de opiacee reprezintă categoria cu cea mai puternică reprezentare (5;2), în timp ce consumatorii de cannabis, se situează la polul opus cu cea mai slabă reprezentare (-3,0);
- cele mai multe cazuri care au fost catalogate cu diagnosticul de „sevraj” sunt din rândul consumatorilor de opiacee (11,2), în timp ce cele mai puține astfel de cazuri au fost observate în rândul consumatorilor de SNPP (-3,7);
- diagnosticele din categoria „tulburări mentale și de comportament” au fost consemnate în special pentru consumatorii SNPP și stimulanți (1,0), la opul opus situându-se consumatorii de opiacee (-1,8);
- alte diagnostice au fost semnalate cu precădere în rândul consumatorilor de cannabis (2,3), iar cele mai puține din această categorie s-au raportat în rândul consumatorilor de SNPP (-1,4).

În funcție de substanța psihoactivă consumată, tipologia diagnosticului de urgență prezintă următoarele caracteristici:

- **canabis:** cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de cannabis au fost diagnosticate cu "intoxicație" (73%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu "tulburări mentale și de comportament" (11,3%), urmate de cazurile diagnosticate în categoria "utilizare nocivă" (5,7%), de cele cu "alte diagnostice" (5%) și de cele diagnosticate în categoria "dependență" (3,8%);
- **opiacee:** cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de opiacee au fost diagnosticate cu "utilizare nocivă" (27,9%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu "dependență" (24,6%), urmate de cazurile diagnosticate în categoria "sevrăj" (18,9%) și cu "intoxicație" (18,9%), de cele încadrate la "tulburări mentale și de comportament" (6,6%) și de cele diagnosticate cu "alte diagnostice" (5%);
- **heroină:** cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de heroină au fost diagnosticate cu "dependență" (35,2%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu utilizare nocivă (22,5%) și cele diagnosticate în categoria "sevrăj" (22,5%), acestea fiind urmate de cele încadrate la "tulburări mentale și de comportament" (8,5%), apoi de cele diagnosticate cu "intoxicație" (7%) și, în final, de cele diagnosticate cu "alte diagnostice" (4,2%);
- **metadonă:** cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de metadonă au fost diagnosticate cu "utilizare nocivă" (58,3%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu "intoxicație" (29,2%), urmate de cazurile diagnosticate în categoriile "sevrăj", "dependență", respectiv "tulburări mentale și de comportament" (câte 4,2%);
- **SNPP:** cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de SNPP a fost diagnosticată cu "intoxicație" (62,3%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu "tulburări mentale și de comportament" (12%), urmate de cazurile diagnosticate în categoria "utilizare nocivă" (11,7%), de cele diagnosticate cu "dependență" (10,1%), de cele diagnosticate cu alte diagnostice (2%) și de cele diagnosticate în categoria "sevrăj" (1,7%);
- **Stimulanți:** majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de stimulanți au fost diagnosticate cu "intoxicație" (77,8%), în timp ce restul au fost încadrate la "tulburări mentale și de comportament" (22,2%);
- **Cocaină:** majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de cocaină au fost diagnosticate cu "intoxicație" (70,6%), în timp ce restul au fost încadrate la "tulburări mentale și de comportament" (17,6%) și "dependență" (11,8%);
- **Halucinogene:** majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de halucinogene au fost diagnosticate cu "intoxicație" (83,7%), în timp ce restul au fost încadrate, după cum urmează: 7% la "tulburări mentale și de comportament", 4,7% în categoria "dependență", câte 2,3% în categoriile "utilizare nocivă", respectiv "alte diagnostice";
- **Solvenți:** majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de solvenți au fost diagnosticate cu "intoxicație" (64,9%), în timp ce restul au fost încadrate la "tulburări mentale și de comportament" (16,2%), "utilizare nocivă" (13,5%) și la "dependență" (5,4%);
- **Droguri generic:** majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de droguri generic au fost diagnosticate cu "intoxicație" (61,5%), în timp ce pe poziția a doua se situează cele diagnosticate cu „dependență” (15,4%), apoi cazurile diagnosticate în categoriile "utilizare nocivă", respectiv "tulburări mentale și de comportament" (10,3%), urmate de cele încadrate la „alte diagnostice" (2,6%);

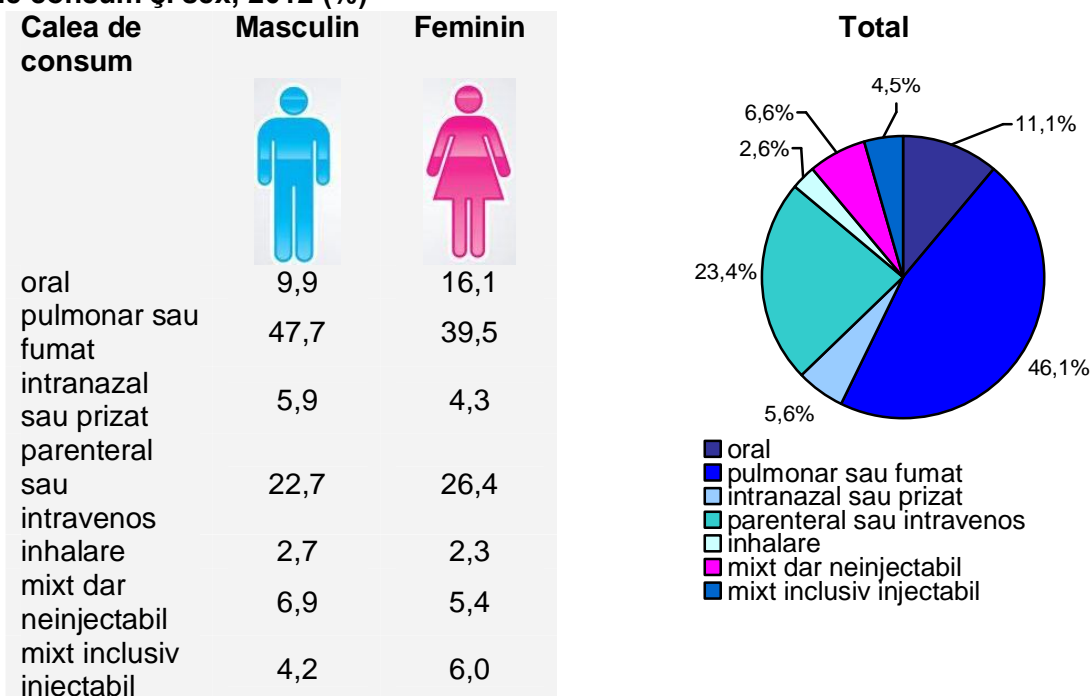
Tabel nr. 6-19: Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de tipologia diagnosticului de urgență și substanța consumată, 2012 (%)

Diagnostic de urgență/ substanța consumată	intoxicație	utilizare nocivă	dependență	sevraj	tulburări mentale și de comportament	alte diagnostice	recoltare
Canabis	73,0	5,7	3,8	0,6	11,3	5,0	0,6
Opiacee	18,9	27,9	24,6	18,9	6,6	3,3	0,0
Heroină	7,0	22,5	35,2	22,5	8,5	4,2	0,0
Metadonă	29,2	58,3	4,2	4,2	4,2	0,0	0,0
SNPP	62,3	11,7	10,1	1,7	12,0	2,0	0,0
Stimulanți	77,8	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	0,0
Cocaină	70,6	0,0	11,8	0,0	17,6	0,0	0,0
Halucinogene	83,7	2,3	4,7	0,0	7,0	2,3	0,0
Solvenți	64,9	13,5	5,4	0,0	16,2	0,0	0,0
Droguri generic	61,5	10,3	15,4	0,0	10,3	2,6	0,0
Policonsum	58,5	8,0	15,6	3,9	12,0	2,0	0,0

Sursa: ANA

În cazul policonsumului de substanțe psihoactive, în care a fost semnalat consumul a cel puțin unui drog ilicit, peste jumătate din cazurile de urgență în care s-a raportat un astfel de model de consum au fost diagnosticate cu "intoxicație" (58,5%). Pe poziția a doua, se situează cele diagnosticate cu "dependență" (15,6%), acestea fiind urmate de cazurile diagnosticate cu "tulburări mentale și de comportament" (12%), de cele diagnosticate în categoria "utilizare nocivă" (8%), apoi de cele diagnosticate în categoria "sevraj" (3,9%), în timp ce, 2% dintre urgențele medicale în care s-a raportat policonsum au fost diagnosticate cu alte diagnostice.

Grafic nr. 6-38: Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de calea de consum și sex, 2012 (%)



Sursa: ANA

În ceea ce privește calea de administrare a drogurilor ilicite care au cauzat urgența medicală, se constată că, pentru cazuistica urgențelor anului 2012, este specifică calea pulmonară sau prin fumat, prezentă în 46,1% dintre cazuri. Urmează calea parenterală sau intravenoasă, utilizată în 23,4% dintre cazurile de urgență analizate. Pentru 5,6% dintre cazuri s-a utilizat administrarea intranasală sau prizată a drogului, în timp ce, în 2,6% dintre cazuri, pacienții au declarat administrare pe cale inhalatorie, iar pentru 1,2% a fost consemnată calea mixtă, dar incluzând și injectarea. În doar 1% dintre cazuri, substanța psihoactivă a fost administrată pe cale mixtă, dar neinjectabilă, iar pentru 6,6% dintre cazuri a fost declarat consum mixt, inclusiv injectabil.

Tabel nr. 6-20: Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de calea de consum și substanța consumată, 2012 (%)

Calea de consum/ substanța consumată	oral	pulmonar sau fumat	intranazal sau prizat	parenteral sau intravenos	inhalare	mixt dar neinjectabil	mixt inclusiv injectabil
Canabis	0,0	97,6	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Opiacee	28,7	0,0	5,7	64,4	0,0	0,0	1,1
Heroină	1,9	0,0	7,7	88,5	0,0	0,0	1,9
Metadonă	94,7	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0
SNPP	8,4	52,7	7,6	26,8	1,1	2,3	1,3
Stimulanți	0,0	25,0	25,0	25,0	25,0	0,0	0,0
Cocaină	15,4	46,2	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Halucinogene	32,3	61,3	0,0	6,5	0,0	0,0	0,0
Solvenți	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0
Droguri generic	7,1	52,4	14,3	19,0	0,0	4,8	2,4

Sursa: ANA

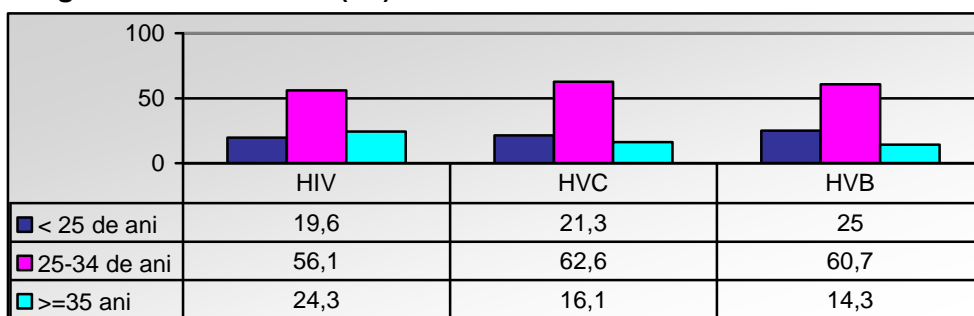
În funcție de substanța psihoactivă consumată, s-a optat pentru un anumit mod de administrare a acesteia, după cum urmează:

- **canabis:** în cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de canabis, administrarea s-a făcut pulmonar sau prin fumat (97,6%);
- **opiacee:** în majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de opiacee, s-a optat pentru calea parenterală sau intravenoasă (64,4%);
- **heroină:** în majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de heroină, a fost raportată administrarea parenterală sau intravenoasă (88,5%);
- **metadonă:** pentru cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de metadonă s-a consemnat administrarea orală (94,7%);
- **SNPP:** în peste jumătate din cazurile de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de SNPP s-a optat pentru administrarea pulmonară sau prin fumat (52,7%);
- **Stimulanți:** pentru cazurile de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de stimulanți, s-a înregistrat în proporții egale, administrarea pulmonară sau prin fumat, intranasală sau prizată, parenterală sau intravenoasă, respectiv inhalatorie (25%);
- **Cocaină:** pentru o proporție însemnată a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de cocaină, a fost declarată administrarea pulmonară sau prin fumat (46,2%), în timp ce, pentru o altă proporție însemnată a acestora, s-a consemnat administrarea intranasală sau prizată (38,5%);
- **Halucinogene:** în majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de halucinogene, s-a înregistrat administrarea pulmonară sau prin fumat (61,3%);
- **Solvenți:** în cazurile de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de solvenți administrarea a fost exclusiv pe cale inhalatorie (100%);
- **Droguri generic:** în peste jumătate din cazurile de urgență în care s-a raportat consum exclusiv de droguri generic s-a optat pentru administrarea pulmonară sau prin fumat (52,4%).

C. Bolile infecțioase asociate consumului de droguri, semnalate în rândul urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri

În privința riscurilor asociate consumului de droguri, în anul 2012 se remarcă o creștere a incidenței bolilor infecțioase în rândul persoanelor care apelează la serviciile medicale de urgență din cauza problemelor de sănătate generate de consumul de droguri ilicite. Astfel, în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite raportate în anul 2012, a fost semnalată prezența infecției cu HIV, cu virusurile hepatice B, C și D sau cu TBC, în 238 de cazuri, după cum urmează: pentru 63,4% dintre aceste cazuri a fost vorba de persoane care au declarat consum exclusiv de droguri ilicite, iar 36,6% din acestea au fost datorate policonsumului. Majoritatea cazurilor de urgență în care a fost raportată prezența infecțiilor cu HIV, HVB, HVC au vârsta până în 34 ani: 75,7% dintre cei depistați cu HIV, 83,9% dintre cei depistați cu HVC și 85,7% dintre cei depistați cu HVB.

Grafic nr. 6-39: Distribuția cazurilor de urgență în care a fost semnalată prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC pe categorii de vârstă 2012 (%)



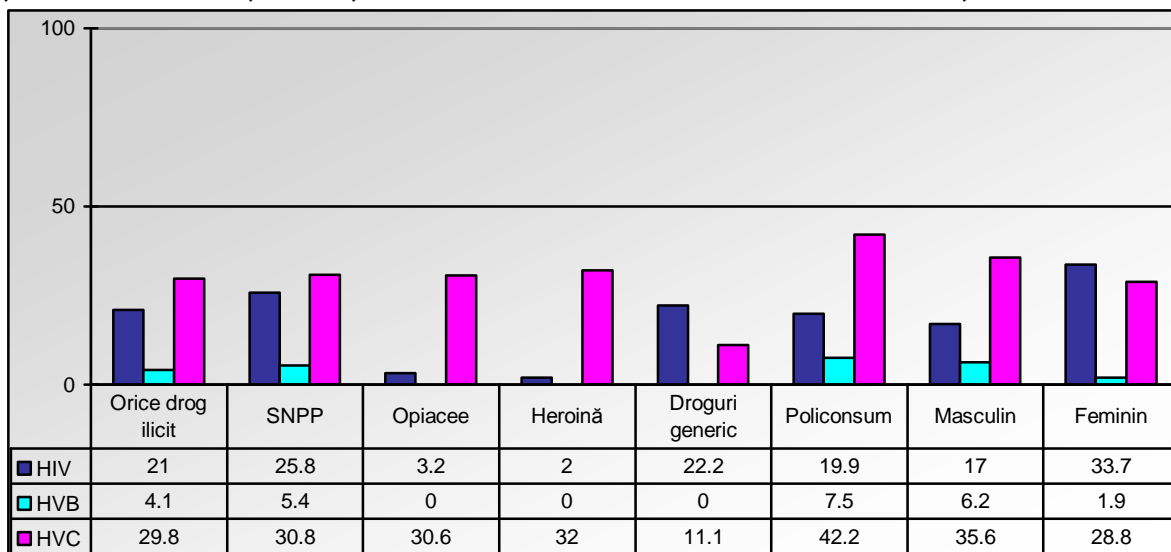
Sursa: ANA

Cu mențiunea că, nu s-a realizat testare pentru depistarea prezenței infecțiilor HIV, HVC, HVB în toate cazurile de urgență înregistrate, raportat la numărul urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite în care s-a declarat consum injectabil, prevalența infecțiilor HIV, HVB și HVC în rândul persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite, se prezintă astfel:

- **infecția cu HIV:** în rândul persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență pentru consum de droguri ilicite și care au declarat consum injectabil exclusiv al oricărui tip de drog ilicit, se observă o prevalență a infecției HIV de 21%. Cea mai mare prevalență a infecției HIV se înregistrează în rândul persoanelor care au declarat consumul injectabil exclusiv de SNPP (25,8%). În rândul persoanelor care au declarat consum injectabil exclusiv de opiacee, prevalența infecției cu HIV este de 3,2%, în cadrul cărora sunt incluse și persoanele consumatoare exclusiv de heroină injectabilă, pentru care prevalența virusului HIV este de 2%. Prevalențe ridicate ale virusului HIV se constată și în rândul persoanelor care au declarat consum exclusiv de droguri generic (22,2%), respectiv policonsum (19,9%). În privința infecției cu HIV, între cele două sexe se observă o prevalență de 2 ori mai mare în rândul femeilor consumatoare de droguri injectabile: 33,7% la femei, față de 17% la bărbați;
- **infecția cu HVC:** la nivelul cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului injectabil de droguri ilicite, se înregistrează o prevalență a HVC de 29,8%. Cele mai mari prevalențe ale infecției HVC se constată în rândul persoanelor care au declarat policonsum de droguri ilicite (42,2%), respectiv consum injectabil de heroină (32%). În rândul persoanelor consumatoare exclusiv de opiacee pe cale injectabilă, prevalența virusului HVC este de 30,6%. În rândul celor care au ajuns în secțiile de primiri urgență pentru probleme cauzate de consumul injectabil de SNPP, se înregistrează o prevalență a virusului HVC de 30,8%. Diferențele dintre cele două sexe în privința prevalenței cu HVC, sunt nesemnificative: 35,6% în rândul bărbaților, 28,8% în rândul femeilor.
- **infecția cu HVB:** în rândul cazurilor de urgență generate de consumul injectabil de droguri ilicite, a fost semnalată prezența infecției cu HVB, pentru 4,1% dintre cazuri. Cea mai mare prevalență a infecției HVB se constată în rândul persoanelor care au declarat policonsum de droguri pe cale injectabilă (7,5%). În rândul celor care au ajuns în secțiile de primiri urgență pentru probleme cauzate de consumul injectabil de SNPP exclusiv, se înregistrează o prevalență a virusului HVB de 5,4%. În

privința infecției cu HVB, între cele două sexe se observă o prevalență de 3 ori mai mare în rândul bărbaților: 6,2% la bărbați, față de 1,9 % la femei.

Grafic nr. 6-40: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex, prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC și categoria de substanțe consumate 2012 (%)



Sursa ANA

D. Alte consecințe ale consumului de substanțe psihoactive, semnalate în cazuistica urgențelor medicale

În privința altor consecințe ale consumului de substanțe psihoactive, în cazuistica urgențelor medicale se remarcă prezența a 13 cazuri de tentativă de suicid și a 6 decese.

Din cele 13 tentative autolitice (prin spânzurare, automutilare), aproape jumătate au fost pe fondul consumului exclusiv de SNPP (7 cazuri), 5 ca urmare a policonsumului de diferite substanțe psihoactive, în timp ce una s-a produs pe fondul consumului exclusiv de droguri generic. În plus, în 3 din cele 5 cazuri de tentative suicidare datorate policonsumului de droguri, a fost menționat consumul de SNPP, ceea ce indică un risc suplimentar în ceea ce privește acest tip de consum, acesta fiind implicat, în total, în 10 din cele 13 tentative autolitice.

Tabel nr. 6-21: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat suicid sau deces, în funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală

Tipul consumului care a generat urgența medicală	Suicid	Deces
Policonsum	5	1
Consum exclusiv de droguri ilicite	8	5
din care: SNPP	7	4
Droguri generic	1	0
Heroină	0	1
Total	13	6

Sursa: ANA

Dintre cele 6 cazuri de deces semnalate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în 4 cazuri a fost menționat consumul exclusiv de SNPP, într-unul consumul exclusiv de heroină, iar într-unul policonsumul.

Diagnosticile de urgență pentru cele 6 cazuri de persoane consumatoare de droguri care au decedat au fost: stop cardiorespirator resuscitat și pneumotorax bilateral, bronhopneumonie (2 cazuri), sepsis cu

bronhopneumonie, dependență de droguri (2 cazuri). Totodată, pentru 3 dintre persoanele decedate a fost menționată infecția cu HIV, iar într-un caz prezența infecției HVC. Toate cele 6 persoane consumatoare de droguri decedate aveau vârsta între 25 și 34 de ani.

Tabel nr. 6-22: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat deces, în funcție de substanța consumată și categorii de vârstă

Deces	Categorii de vârstă			Total	HIV	HVC
	25-34 ani	45-54 ani	peste 64 ani			
Policonsum	1	0	0	1		
Droguri ilicite	5	0	0	5		
SNPP	4	0	0	4	3	1
Heroină	1	0	0	1		
Total	6	0	0	6		

Sursa ANA

Concluzii:

- se observă că, deși numărul unităților raportoare a crescut în anul 2012, cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite se menține la nivelul anului anterior, înregistrând doar o creștere ușoară cu 0,4%;
- după fenomenul de expansiune la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de droguri, determinat în anii anteriori de apariția SNPP, din acest an are loc o „segregare” la nivel teritorial a unor „centri teritoriale problematice”, în care cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumului de droguri ilicite este mai concentrată (București, Cluj, Iași și Galați);
- substanțele noi cu proprietăți psihoactive, prin problemele medicale pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihoactive, continuă să ocupe locul central în cazuistica urgențelor medicale ca urmare a consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2012;
- în peste două treimi (68,2%) dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, a fost raportat consum exclusiv de SNPP, în timp ce în alte două treimi (66,7%) din totalul cazurilor de urgență datorate policonsumului de droguri a fost menționat un asemenea tip de consum în combinație cu alte substanțe psihoactive;
- comparativ cu anii anteriori, dimensiunea cazuisticii de urgență datorată consumului de SNPP (exclusiv sau în combinație) se menține în anul 2012 la același nivel;
- se menține tendința de creștere a numărului de cazuri de urgență datorate policonsumului de droguri ilicite, în anul 2012 dublându-se numărul acestora comparativ cu anul anterior;
- se observă creșteri semnificative ale cazuisticii de urgență datorate consumului exclusiv de cannabis, opiacee, droguri generic și solvenți volatili;
- pe fondul menținerii la un nivel ridicat al consumului de SNPP și al creșterii policonsumului în care sunt prezente astfel de substanțe, apare un semnal de alarmă în ceea ce privește bolile infecțioase asociate consumului de droguri (HIV, HVC, HVB), în special în rândul acestui grup de consumatori, dat fiind că în peste un sfert din urgențele medicale datorate consumului de SNPP a fost declarată administrarea injectabilă și corelat și cu riscul ridicat al excluderii sociale la care sunt expuși acești consumatori (absența documentelor de identitate, accesul redus la serviciile de sănătate primară, lipsa resurselor materiale și financiare);
- apar primele menționări ale deceselor în urgență, cauzate sau generate de consumul de droguri ilicite, cele mai multe dintre acestea fiind atribuite consecințelor consumului de SNPP; totodată, în tipologia diagnosticilor de urgență atribuite consumului de droguri ilicite se regăsesc 13 tentative autolitice, în 10 dintre acestea fiind prezent consumul de SNPP, ceea ce indică un risc suplimentar în ceea ce privește acest tip de consum;
- se observă în continuare scăderea numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de substanțe necunoscute, ceea ce indică o mai bună diagnosticare a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri, dar și o creștere a nivelului de informare;

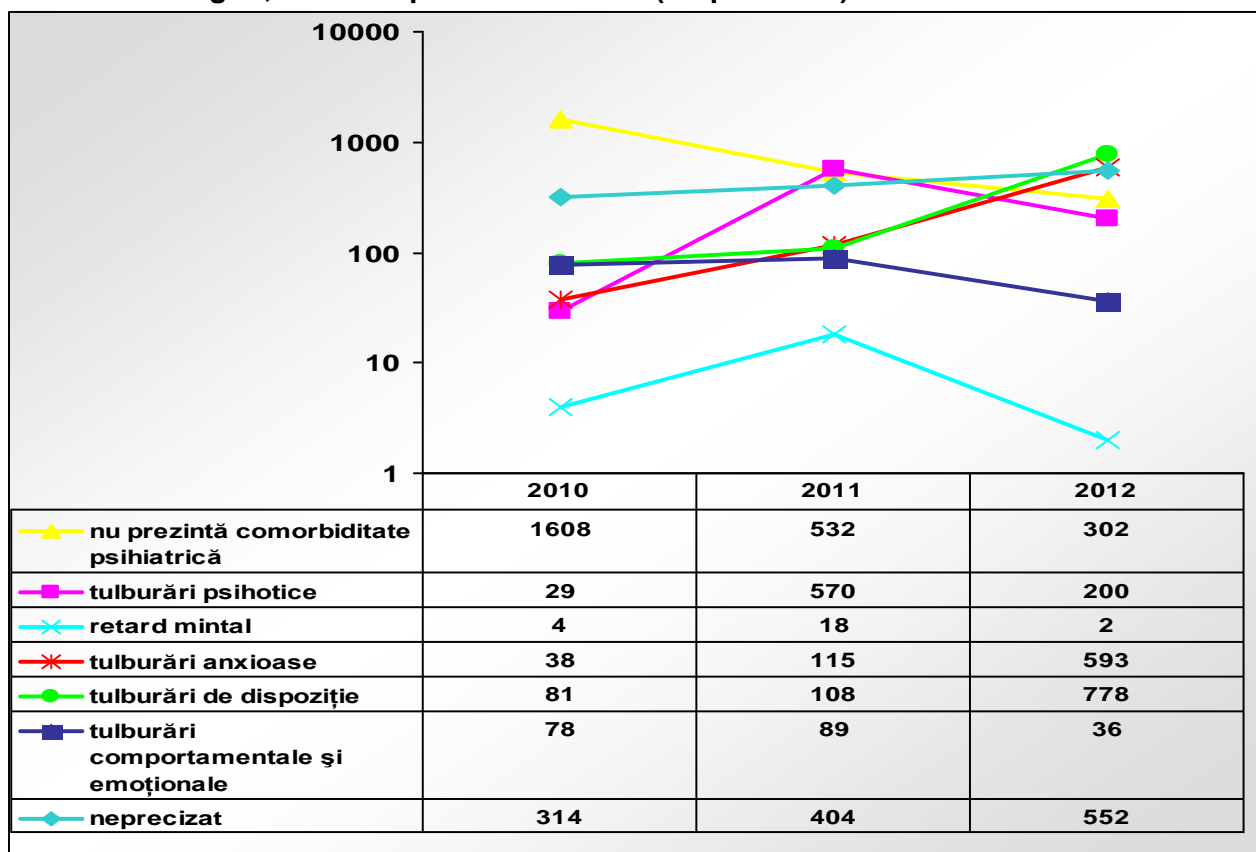
- deși majoritatea cazurilor de urgență analizate au fost încadrate în categoria „intoxicație”, ceea ce ar putea induce ideea unui consum ocazional de droguri, în 39,1% din urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, diagnosticele de urgență consemnate indică prezența unui consum regulat de droguri ilicite, fiind vorba de afecțiuni medicale care apar după o perioadă mai mare de consum.

6.2.2 TULBURĂRI DE PERSONALITATE, DEPRESIE, ANXIETATE, TULBURĂRI DE AFECT ETC

Pentru acest subcapitol au fost analizate 2463 de cazuri unice înregistrate în baza de date privind indicatorul Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri (excluzând cazurile pentru dependența de alcool și tutun), raportate de cele 31 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog/ Centre de Asistență Integrată în Adicții, 24 unități specializate din rețeaua Ministerului Sănătății și a Administrației Naționale a Penitenciarelor și 7 centre private de asistență în regim ambulator a consumatorilor de droguri.

Din analiza acestor date, a reieșit faptul că, au fost diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice 1609 persoane (65,3% din cazuri). Dintre acestea, cele mai frecvente diagnostice au fost *tulburările de dispoziție* pentru 778 de cazuri (31,6%), urmate, de *tulburările anxioase* pentru 593 de cazuri (24%), *tulburările psihotice* pentru 200 cazuri (8,1%), respectiv de *tulburările comportamentale și emoționale* pentru 36 de cazuri (1,5%) și *retard* pentru 2 cazuri (0,08%).

Grafic nr. 6-41: Distribuția consumatorilor de droguri, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, date comparate 2010-2012 (nr. persoane)

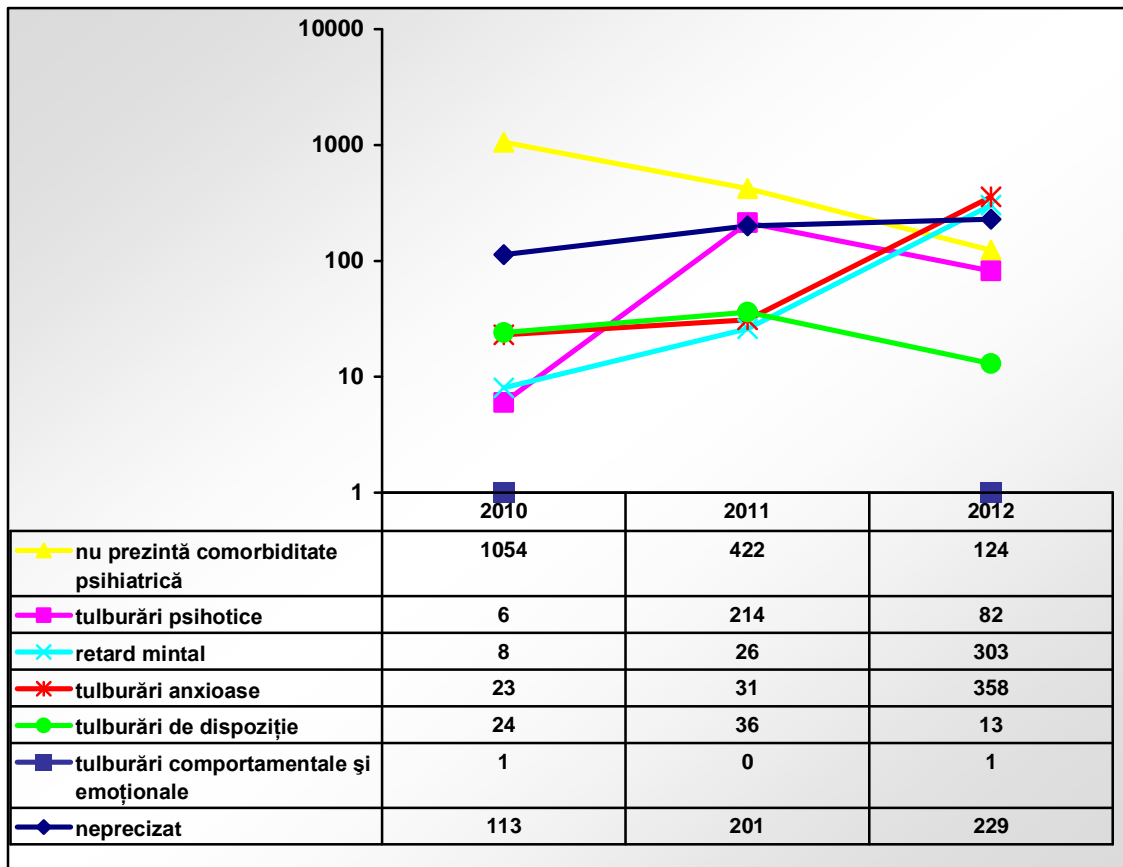


Sursa: ANA

Din cele 2463 de persoane înregistrate, 1110 erau consumatoare de droguri injectabile (CDI), iar analiza acestora din urmă, în funcție de patologia psihiatrică asociată, indică un număr de 757 persoane care au consumat droguri pe cale injectabilă și diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice (68,2%). Cele mai

frecvente diagnostice au fost *tulburările de dispoziție* pentru 358 de cazuri (32,2%), urmate, de *tulburările anxioase* pentru 303 de cazuri (27,3%), *tulburările psihotice* pentru 82 cazuri (7,4%), *tulburările comportamentale și emoționale* pentru 13 cazuri (1,2%) și *retard* pentru 1 caz (0,09%).

Grafic nr.6-42: Distribuția cazurilor CDI, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, date comparate 2010-2012



Sursa: ANA

Comparativ cu anii anteriori, se constată:

- creșterea de mai mult de 6 ori a numărului de cazuri diagnosticate cu diferite afecțiuni psihice – de la 230 persoane în 2010 (10,6% din cazuri), 811 în 2011 (44,2%) la 1609 persoane (65,3% din cazuri);
- scăderea numărului de cazuri care nu prezintă comorbiditate psihiatrică asociată consumului de droguri – de la 1608 cazuri în 2010, 532 în 2011 la 302 în 2012. Totuși cresc cazurile la care diagnosticul este neprecizat – de la 314 în 2010, 404 în 2011 la 552 în 2012.
- creșterea de aproape 10 ori a numărului de cazuri diagnosticate cu tulburări de dispoziție de la 81 în 2010, 108 în 2011 la 778 în 2012;
- în ceea ce privește persoanele consumatoare de droguri injectabile, se remarcă aceeași creștere accentuată a numărului de cazuri diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice (de la 62 (5%) CDI în 2010 la 307 în 2011 (33%) și 757 în 2012 (68,2%));
- în mod similar cu întreaga populație de persoane admise la tratament pentru consum de droguri și în cazul subgrupului CDI se înregistrează aceeași creștere explozivă a cazurilor diagnosticate cu tulburări de dispoziție (23 de cazuri în 2010, 31 în 2011 față de 358 cazuri în 2012).

6.3 DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MORTALITATE ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

6.3.1. DECESE DIRECTE PRIN SUPRADOZĂ ȘI (DIFERENȚIAT) DECESE INDIRECTE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Monitorizarea deceselor survenite în rândul consumatorilor de droguri oferă o imagine concretă asupra impactului consumului de droguri și al consecințelor sale. Astfel, măsurarea obiectivă a unor indicatori de evaluare a tendințelor de consum (consecințele asociate folosirii anumitor droguri, grupe populaționale cu risc), precum și a tipului substanțelor consumate și dozelor de consum practicate, permite semnalarea promptă a elementelor de uz problematic de droguri și contribuie astfel la reacții rapide și adaptate în domeniul politicilor antidrog.

De reamintit faptul că, decesele asociate consumului de droguri sunt decese de cauză violentă, în care un rol (direct sau cauzal condiționant) îl are un factor traumatic chimic (substanțele consumate) sau actul administrării acestuia și consecințele sale. Decesul direct ca urmare a consumului de substanțe psihoactive face parte din categoria deceselor suspecte și/ sau violente și conduce implicit la declanșarea cercetării judiciare, ceea ce se determină în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale⁷⁶ pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

Aceste prevederi, clare și neechivoce, ale legislației românești încep să fie tot mai bine cunoscute și aplicate de către personalul medical, în special, dar și de organele de cercetare (mai ales de cele care asigură cercetarea preliminară la fața locului și iau decizia încadrării cazului conform precizărilor menționate mai sus), ceea ce se repercutează în dispunerea analizei judiciare și medico-legale a cazurilor de deces corelate consumului de droguri. Este o schimbare salutară, care permite reducerea subraportărilor datorate neinvestigării medico-legale și judiciare a cazurilor asociabile consumului de droguri și, în special, a celor încadrabile în noțiunea de „cauzalitate indirectă”.

Mortalitatea corelată consumului de droguri acoperă un panel de analiză mai vast decât lasă să se înțeleagă simpla denumire a indicatorului, după cum urmează:

- Decesele corelate în mod direct cu acțiunea farmacologică a drogului – „supradozele” din limbajul „laic”, sunt cuprinse în sintagma „drug related deaths” - DRD și se referă la *„decesul care survine la scurt timp de la consumul unei sau mai multor substanțe psihoactive, legale sau ilegale, și care este corelat în mod direct – nemijlocit – consumului de stupefiante”*.
- Decesele corelate în mod indirect consumului de droguri – consecință a unor circumstanțe asociate administrării (infecții, infecții cronice – HIV, hepatite – embolii cu corp străin etc.), stilului de viață specific (inclusiv criminalitatea), accidentelor survenite sub intoxicație. Această categorie ridică dificultăți reale de triere și încadrare a cazului, în absența cunoașterii atât a criteriologiei de clasificare, cât și a legislației. Identificarea prezenței în organism a unor substanțe clasificabile drept droguri în cazuri de deces datorat unor situații definite ca independente de consumul de droguri – infecții, accidente, suicid, survenite la pacienți sub tratament de substituție – cere profesionalism și experiență în trierea corectă a cazurilor.
- Mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri - categorie ce are drept fundament acumularea progresivă de patologie degenerativă accelerată și specifică, cu o incidență mult mai mare decât în cadrul populației generale, incluzând chiar și suicidul în absența intoxicației. Monitorizarea este posibilă doar prin studii de cohortă extinse temporal.

Registrul Special de Mortalitate, cu acoperire a întregului teritoriu, cuprinde date de la nivelul Institutului Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București, a institutelor regionale de medicină legală și a tuturor serviciilor de medicină legală județene.

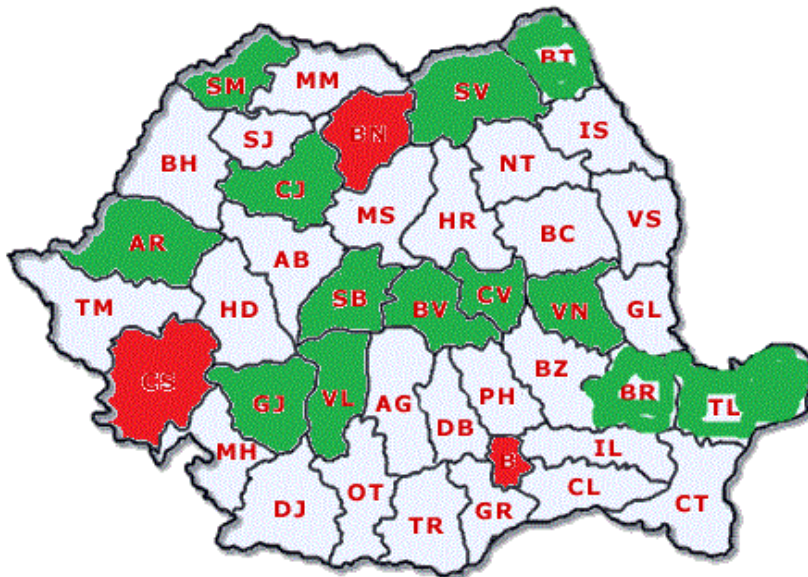
⁷⁶ În temeiul prevederilor Ordonanței 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare

Întrucât *drug related și induced deaths* sunt cazuri ce includ în lanțul causal al decesului o componentă „traumatică” (agresiunea chimică, mecanică sau biologică asociată actului administrării drogurilor), așa cum se preciza la începutul capitolului, conform legii, toate aceste cazuri impun în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale. Baza de extracție a datelor o reprezintă întreaga cazuistică medico-legală din care sunt extrase dosarele aferente acestui indicator. Centralizarea se face pe baza unor protocoale interne rețelei naționale medico-legale, implicând și fișe standard de raportare, cu prelucrarea datelor la nivelul INML „Mina Minovici”. Întrucât fiecare caz implică și analiza judiciară și probațiunea aferentă, în procesul de prelucrare a datelor coroborând și rezultatele examenelor toxicologice - cvasiefectuate în astfel de cazuri (implicând în mod obligatoriu *screening* - imuno-analizor și GC, detecție - confirmare HPLC, GC_MS, determinare cantitativă) - cu cele de anchetă - medicale, serologice, tanatochimice și histo-patologice, inclusiv ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului; se evită astfel (ne)încadrarea unui caz doar pe baza informațiilor imediat disponibile din momentul înregistrării decesului (uneori neconcludente și incomplete – având în vedere relativa lipsă de specificitate a tablourilor lezionale, ce doar prin analiza integrativă și coroborată, inclusiv de excludere, susțin raționamentul final de încadrare a cazului).

În condițiile disfuncționalităților curente ale conlucrării între diverse instituții (INS, DSP) și a lipsei unor sisteme informatice interconectate, avantajul folosirii Registrului Special de Mortalitate este evident și, mai ales, este puternic sprijinit de o legislație ce transformă cazuistica medico-legală în sursa viabilă și funcțională de raportare, sub imperiul analizelor exhaustive de caz și a metodologiei unitare în toate instituțiile medico-legale ce acoperă întreg teritoriul țării.

Datele prezentate în acest subcapitol provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să managerieze aceste cazuri. Toate cazurile medico-legale, odată constituite ca atare, beneficiază de investigații toxicologice (exceptând cazurile atent selecționate – de supraviețuire îndelungată post intoxicație, cu reconstituire documentată medicală). Dosarele de autopsie medico-legală – circa 20.000 de cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Harta nr. 6-5: Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, la nivelul unităților teritorial-administrative (județe), 2012 (nr. cazuri)



Sursa: INML București

Pentru anul 2012, actuala raportare are la bază cazuistica INML “Mina Minovici” București. Doar 17 instituții medico-legale din țară au furnizat informații pentru 2012. În ciuda eforturilor – deja devenite rutiniere prin repetarea lor anuală, deși diversificate și întărite, cu aceleași rezultate mediocre – de a colecta date de la întreaga rețea medico-legală nu s-au putut obține informații care să asigure acoperirea

geografică a întregului teritoriu. Lipsa unei reglementări juridice, cu statut de obligație de raportare, poate fi una dintre explicații.

Comparativ cu anii anteriori, gradul de subraportare pentru București este mult redus, vechile racile reprezentate de lipsa de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice în rândul cadrelor medicale și al lucrătorilor din serviciile publice conexe, lipsa de laboratoare performante de toxicologie, de limitări financiare, fiind tot mai puțin prezente. Prin urmare, pentru București cifrele actuale constituie o reprezentare adecvată a stării de fapt.

Distribuția la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) a cazuisticii este total nesustenabilă statistic și mai ales comparativ cu alte surse de furnizare de informații privind incidența consumului de droguri pe întreg teritoriul țării. Compararea cu rezultatele obținute prin monitorizarea la nivel național a altor indicatori de apreciere a fenomenului drogurilor – dintre care tratamentul de urgență acordat în camerele de gardă care ar reprezenta un reper solid – susțin discrepanța mai sus menționată.

Din populația de 3 milioane de locuitori a Bucureștiului și împrejurimilor se înregistrează 42 de decese (directe și indirecte), iar din restul țării de 18 milioane doar alte 3 cazuri de decese.

Explicația continuă să aibă aceleași baze, semnalate constant, încă din anul 2006, dar care în ciuda unor eforturi susținute, încă nu se dovedesc actualizabile – corectabile în totalitate.

În continuare, se regăsește neînțelegerea criteriologiei și a definirii *drug related deaths* – din păcate, nu numai în cadrul personalului medical clinic, dar și în rândul medicilor legiști și al personalului echipelor de anchetă, ceea ce se traduce prin neîncadrarea deceselor suspecte în categoria celor de competență medico-legală și implicit, în subraportare.

Rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici a deceselor asociate consumului de droguri (eșecul triajului pe baza datelor de istoric medical, al stigmatelor de uz de droguri, a excluderii altor cauze potențiale de deces, valorificarea doar a unor valori toxicologice relevante *per se* etc.) conduc de asemenea la mascarea involuntară a cauzei reale a decesului. Apariția “drogurilor legale” ca dominantă a consumului de droguri, cu dificultățile implicite de identificare toxicologică a lor, au accentuat și mai puternic această greșită dogmă de corelare a cauzei decesului cu intoxicația doar în prezența indubitabilă și obiectivă toxicologică a unei doze cu potențial letal.

O altă explicație provine din lipsa de personal care se traduce și prin absența medicului legist din echipa operativă de cercetare la fața locului, ceea ce nu permite selectarea pe criterii medico-legale obiective a potențialelor cazuri în faza de cercetare la fața locului, aceasta rămânând dependentă de subiectivismul (o greșit înțeleasă empatie de tip “convenție socială” de prevenire a *stigmatizării publice* a unui consumator de droguri) și neînțelegerea implicațiilor medico-legale ale unui posibil deces asociat consumului de droguri.

Deși, în ultimii ani, se constată o îmbunătățire certă a declarării deceselor survenite în spital, mult timp neraportate drept cazuri de competență medico-legală – mai ales în cazurile de comorbiditate sau complicații evolutive non-toxicologice - aceasta rămâne strict apanajul Bucureștiului.

Prin nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de decese traumatice (accidente rutiere, suicid, crime), posibil însă survenite sub intoxicație, sau chiar în cazuri suspecte de deces asociat consumului de droguri – cel mai frecvent din motive pecuniare – un eșantion potențial de selecție a cazurilor dispăre. La toate acestea, uneori, se adaugă și refuzul organului de cercetare/ anchetă de emitere a ordonanței de efectuare a necropsiei medico-legale și/ sau de stabilire a obiectivelor specifice toxicologice (care ar crește costurile totale ale investigației medico-legale).

De aceea, gradul de subraportare la nivel național este semnificativ, consecință a lipsei de experiență în managementul cazurilor de deces asociat consumului de droguri, a nivelului de cunoștințe medico-legale și juridice și a limitărilor financiare existente.

Principalul impediment din trecut – lipsa de laboratoare performante de toxicologie – în acest moment este depășită, dar nivelul de subraportare pare neschimbat la nivel național, exceptând Bucureștiul.

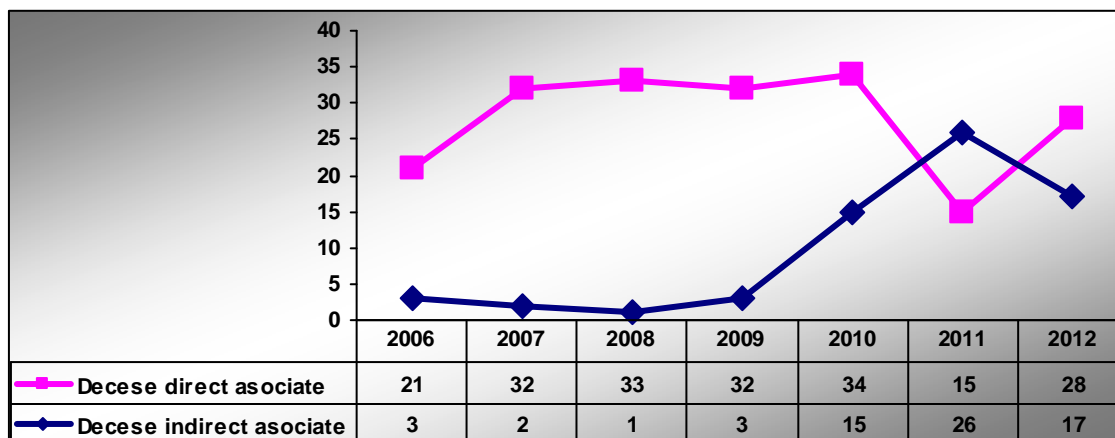
În concluzie, sub rezerva absenței raportării de către 25 instituții medico-legale județene, în anul 2012, la nivel național, au fost declarate 28 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 17 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

În toate cele 28 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București (practic în acest moment declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi). Se remarcă îmbunătățirea resurselor tehnice ale unităților medicale cu profil de urgență din București, capabile să efectueze analize toxicologice performante.

Au mai fost înregistrate 17 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente), dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri sau cu deces de cauză violentă, survenit sub influența stupefiantelor, nu cu intoxicație (cazuri cu așa - zisă *cauzalitate indirectă*⁷⁷).

Cazurile din București constituie, ca și în anii anteriori, majoritatea absolută sau chiar totalitatea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri. Pentru perioada 2010-2012, se observă o fluctuație semnificativă a cifrelor, comparativ cu tendințele din perioada 2006-2009.

Grafic nr. 6-43: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2012



Sursa: INML București

Comparativ cu anii anteriori, pe lângă creșterea explozivă a cazuisticii asociate indirect consumului de droguri, observată în ultimii 3 ani, a apărut și o sinusoidă a cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, după o relativă plafonare anterioară de circa 4 ani. Scăderea numărului de decese directe consecutive consumului de droguri din anul 2011 (dar, cu menținerea numărului total al deceselor asociate consumului de droguri la valorile anilor anteriori, determinată de creșterea numărului deceselor indirect asociate) s-a dovedit doar o particularitate (probabil pe fondul accesibilității din acel moment a „drogurilor legale”, cu potențial de deces direct intrinsec mai scăzut). În anul 2012, valorile tind să revină la media anterioară, prin creșterea cazuisticii deceselor direct asociate consumului de droguri, mai ales pe seama consumului de opiacee.

⁷⁷ Decese indirecte ca urmare a consumului de substanțe psihoactive - decesele produse ca urmare a tulburărilor de comportament și tulburărilor mentale legate de consum, precum și/ sau a contractării unor boli ca urmare a practicilor de utilizare a echipamentelor de injectare în comun, respectiv a complicațiilor somatice produse de consumul de substanțe psihoactive.

Numărul constant mare de decese consecutive complicațiilor induse de consumul cronic – *decese indirecte* – își găsește o explicație foarte plauzibilă și aflată în corelație cu numeroasele date furnizate de alți indicatori ai consumului de droguri (bolile infecțioase asociate consumului de droguri, urgențele medicale datorate consumului de droguri, admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri). Totodată, aceasta este oferită și de schimbarea radicală a tiparului substanțelor de abuz folosite în ultimii ani (și implicit a practicilor de administrare), cu virarea accentuată către noile droguri de sinteză, așa-zisele „etnobotanice”, pe fondul:

- disponibilității lor facile,
- statutului de legalitate al comerțului și posesiei,
- prețului scăzut,
- percepției ca droguri “cu risc scăzut”,
- relativei siguranțe judiciare oferită de limitele de probare toxicologică pentru aceste noi clase de substanțe.

Având însă în vedere, potența relativ limitată a acestor substanțe (cu riscul intrinsec al unor supradoze imediat și direct letale, scăzut comparativ cu stupefiantele consacrate) și timpii de înjumătățire scăzuți, dar și potențialul adictiv mare al acestui tip de substanțe, se identifică schimbarea modelului de consum, caracterizat de o administrare foarte frecventă a drogului – de până la 6-8 ori pe zi, în special pentru consumatorii injectabili. Totodată, pentru aceste tipuri de droguri, trecerea de la ingestie sau fumat către calea parenterală, care reprezintă o formă mai potentă de administrare, a fost mult mai rapidă.

Pe de altă parte, pe fondul reducerii semnificative a campaniilor de informare și a serviciilor specifice de *harm-reduction* (mai ales, a programelor de schimb de seringi), consecințele asociate administrării drogului, generată de compoziții necunoscute calitativ și cantitativ, excipienți incerti, contaminării înalte a dozelor de stradă, mai ales pentru produsele vegetale cu flora patogenă atipică, rară – fungi, microparaziți și a folosirii în comun a *paraphernalia*, a condus la o acumulare rapidă de patologie, în special de tip infecțios, cu evoluții fulminante sau acute, pe fondul deprimării imunologice specific stimulentelelor *cathinon-like* și cocainelor sintetice (dimethocaine).

Un aspect sesizat empiric, aproape colocvial prezentat de către aparținători, dar cu argumentație ce ar putea constitui necesitatea unei aprofundări viitoare, este reprezentat de relatările frecvente privind deteriorarea foarte rapid instalată și progresiv accelerată a stării generale de sănătate la consumatorii de droguri cronici, odată cu suplimentarea sau înlocuirea drogului de bază cu produse din categoria *SNPP*. Astfel, fie originea acestor substanțe, uneori cu surse vegetale, ce constituie și o sursă de bacterii sau fungi, fie prin mecanismele lor de acțiune tip *methamfetamin-like*, acest tip de consum contribuie la aspectul consumativ accelerat al dependenței.

În continuare, numărul mare al acestor cazuri de *decese indirecte* reprezintă, cel mai probabil, și expresia înțelegerii de către personalul medical și de anchetă a necesității încadrării lor drept cazuri medico-legale (având în vedere rolul jucat de consumul de droguri în raportul de cauzalitate al determinismului decesului). Aceste cazuri au fost declarate cazuri medico-legale, nemaifiind eludată obligativitatea legală pre-existentă, ceea ce conducea la cel mult autopsierea prosecturală – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare – o parte din această creștere datorându-se creșterii *vizibilității* acestor cazuri pentru statistică.

Din această perspectivă, a creșterii cazurilor identificate de către rețeaua medico-legală a deceselor indirect asociate consumului de droguri, există o inevitabilă analogie cu cazuistica pură a deceselor direct asociate consumului de droguri.

Astfel, în anul 2010, în circa o treime din cazurile de decese direct asociate consumului de droguri (deces consecință directă a acțiunii substanțelor psihoactive) au fost identificate elemente de patologie severă, similară cu cea din cazurile indirecte⁷⁸, dar în care cauza decesului a fost în mod clar stabilită ca

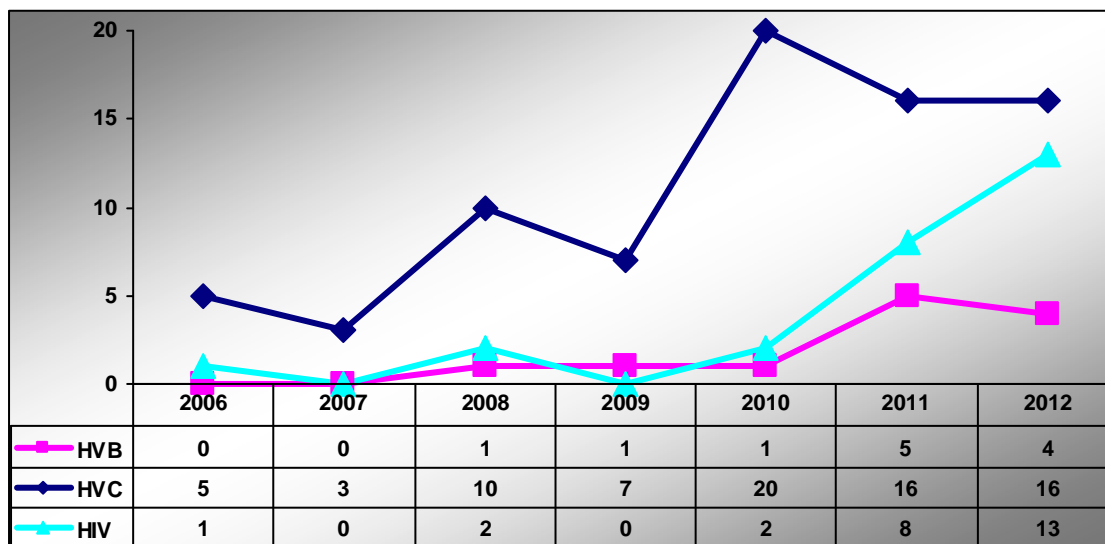
⁷⁸ majoritatea afecțiunilor fiind reprezentată de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, celulită la locul de injectare, furunculoză, meningită; hepatite cronice severe), dar și de complicații ale actului injectării drogului –

datorându-se acțiunii farmacologice a substanțelor psihoactive. În anul 2011, în o cincime din cazuri a fost identificată o patologie semnificativă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, expresie și a potenței limitate a noilor droguri de uz, care nu au capacitate tanatogeneratoare intrinsecă semnificativă, dar cu inducția unei patologii accelerate și semnificative ce conduce la deces prin complicații, nu prin *supradoze*. Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă aseptie/ antisepsie sau a unor doze înalt contaminate. Un exemplu comparativ îl are practica solubilizării la cald a heroinei în vederea administrării parenterale ce distruge o mare parte din flora microbiană din doza de stradă, pe când noile droguri de abuz sunt înalt solubile la temperatura camerei, ceea ce conduce la administrarea direct în fluxul sangvin a unor încărcături bacteriene.

Am reiterat cifrele citate din rapoartele anterioare, pentru a întări constatările valabile pentru anul 2012 în care într-un singur caz de deces direct consecutiv acțiunii farmacologice a drogului a mai fost surprinsă o patologie asociată potențial severă - abces la locul de injectare. Acest lucru este superpozabil perioadei 2005-2009 în care aceste decese directe nu asociau o patologie acută supraadaugată (spre deosebire de anii 2010-2011), ca expresie a reînțoarcerii la substanțele de consum consacrate – opiacee.

Dintre cele 45 de cazuri de decese asociate consumului de droguri, în 10 cazuri a fost constatată endocardita infecțioasă – cauză de deces care a cunoscut o „explozie” procentuală începând cu anul 2010 (de la 0-1%, la circa 10% din cazuistică în anul 2010, la 54% pentru anul 2011, ajungând în 2012 la 23,8%). Aspectele acute ale unora dintre patologiiile mai sus menționate (altele decât intoxicația letală) susțin calitatea proastă a dozelor de stradă, injectarea *non-safe*, nerespectarea-necunoașterea unor minime măsuri de *harm-reduction*.

Grafic nr. 6-44: Evoluția incidenței infecțiilor cu HVB, HVC și HIV, în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012



Sursa: INML București

În cazurile de decese asociate consumului de droguri, la care s-au făcut determinări virusologice (practică nestandardizată, sporadică, nefăcând parte din investigarea sistematică), acestea s-au făcut ținând în cazurile în care istoricul medical sau examenul anatomo-patologic erau sugestive. Au rezultat: 18 cazuri pozitive pentru virusuri, după cum urmează: 16 hepatitic tip C, 6 infecții HVB și 13 infecții HIV (număr egal cu cel al tuturor cazurilor din ultimii 6 ani!). În 6 cazuri a fost identificat doar unul dintre acestea, asocierea

tromboflebite – sau generate de doza injectată (doza de stradă fiind un melanj de substanțe cu sau fără potențial psihoactiv, excipienții putând însă genera complicații independente de stupefiantul pe care îl *diluează* – granulomatoze pulmonare, trombembolie generată de produși insolubili – talc); o atenție specială necesită creșterea incidenței endocarditei infecțioase la toxicomanii români: circa 10% din cazuistica în anul 2010, atât din decesele direct asociate, cât și din cazurile de mortalitate indirectă – datele statistice mondiale vorbesc de procente variind între 10% și 25% din consumatorii de droguri injectabile.

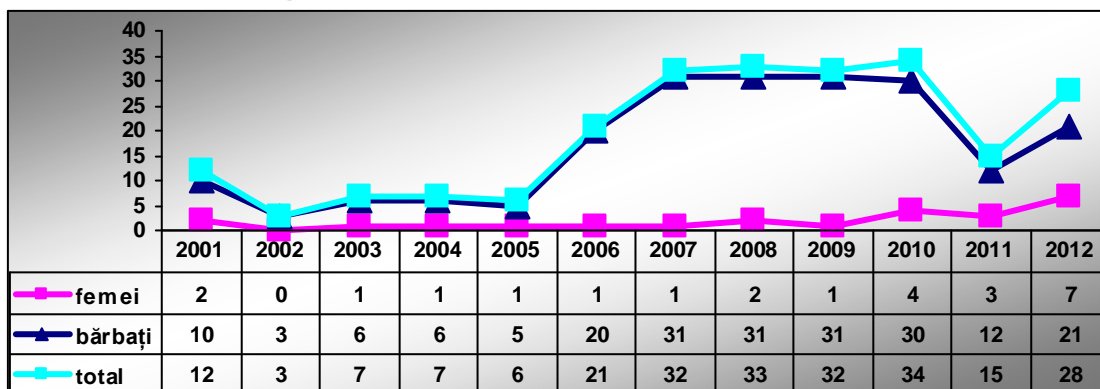
lor fiind întâlnită în aproape două treimi din cazuri, dintre care în 6 cazuri având toate cele 3 virusuri prezente. În 5 cazuri, cauza medicală a decesului a fost apreciată ca fiind infecția HIV în stadiul SIDA, în restul cazurilor, întâlnind, pe lângă această infecție, și patologii de tip infecțios asociată sau fiind vorba de cazuri tipice de deces asociat consumului de droguri, în care intoxicația a constituit cauza decesului.

Cu siguranță testarea tuturor cazurilor ar fi crescut și mai mult aceste cifre (oricum, extrem de elocvente atât în cifre absolute, cât mai ales în tendință), dar limitele financiare nu au permis extinderea practicii.

Se confirmă incidența marcantă a infecției cu HVC la consumatorii de droguri din România, concordant datelor oferite de indicatorul boli infecțioase asociate consumului de droguri. Un important semnal de alarmă este reprezentat de recrudescența infecției HIV în rândul deceselor direct asociate consumului de droguri - dacă în primii 5 ani de monitorizare (2006-2011) au fost evidențiate 5 cazuri, în ultimii 2 ani au fost semnalate 21 cazuri. Explicația este similară cu cea mai sus arătată, asociată injectării mult mai frecvente, în condițiile folosirii în comun a *paraphernalia* și a reducerii ofertei de seringi – pe fondul crizei economice – dar și foarte probabil, a extinderii în comunitățile de consumatori de droguri a practicării sexului comercial, în vederea procurării unei noi doze (în cazuistica medico-legală, cu ocazia unor examinări în spețe privind prostituția/ traficul de carne vie, a fost menționată și *fidelizarea* persoanei la rețea, prin administrarea, inițial forțată, de droguri). Chiar și în condițiile testării sporadice, relevarea unei asemenea creșteri a incidenței HIV, care este probabil doar vârful „iceberg-ului”, constituie poate una dintre cele mai importante semnalări vizând sănătatea publică și necesitatea adoptării unor măsuri de intervenție rapidă.

Așa cum a fost sesizat și în anii anteriori, practica injectării metadonei, cu origine în dizolvarea pastilelor – precum și a injectării unui spectru larg de medicamente condiționate farmaceutic ca tablete/ comprimate – constituie o sursă importantă de produși insolubili introduși intravenos, excipienții acestor medicamente incluzând în mod constant talc, cu generarea unei patologii granulomatoase sau microembolice cumulative accelerat, relevată frecvent necropsic și histo-patologic.

Grafic nr. 6-45: Distribuția cazurilor de deces asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2012



Sursa: INML București

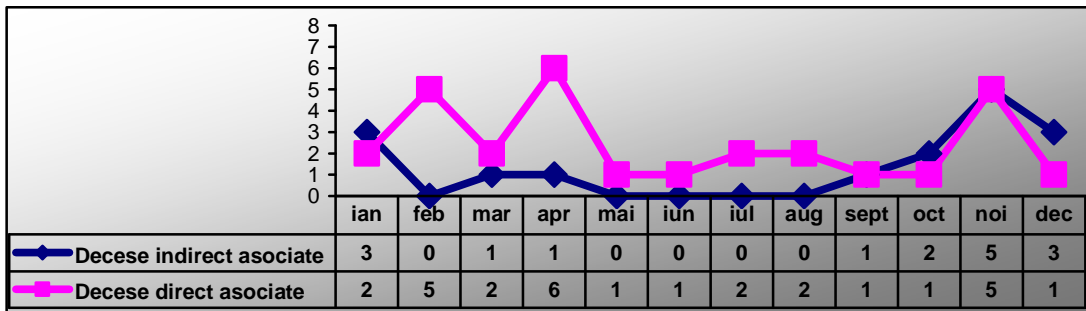
În concluzie, în anul 2012, s-au înregistrat următoarele:

- 28 cazuri declarate ca decese direct asociate consumului de droguri la nivel național, toate din București, toate cu examen toxicologic pozitiv;
- 17 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

Aceste cazuri se repartizează pe sexe, după cum urmează: 31 cazuri survenite la bărbați și 14 la femei. **Se remarcă o creștere majoră a numărului deceselor survenite la sexul feminin în ultimul an.** În ceea ce privește decesele direct asociate consumului de droguri, acestea se distribuie între cele două sexe astfel: 21 cazuri în rândul bărbaților și 7 cazuri în rândul femeilor.

Referitor la distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, se remarcă apariția unor vârfuri de incidență – luna aprilie 7 cazuri - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic. Astfel de vârfuri de incidență sunt însă de natură a atrage atenția organelor abilitate asupra apariției pe piața ilegală a drogurilor a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți (*adulterants*), fie prin posibila lor contaminare microbiană.

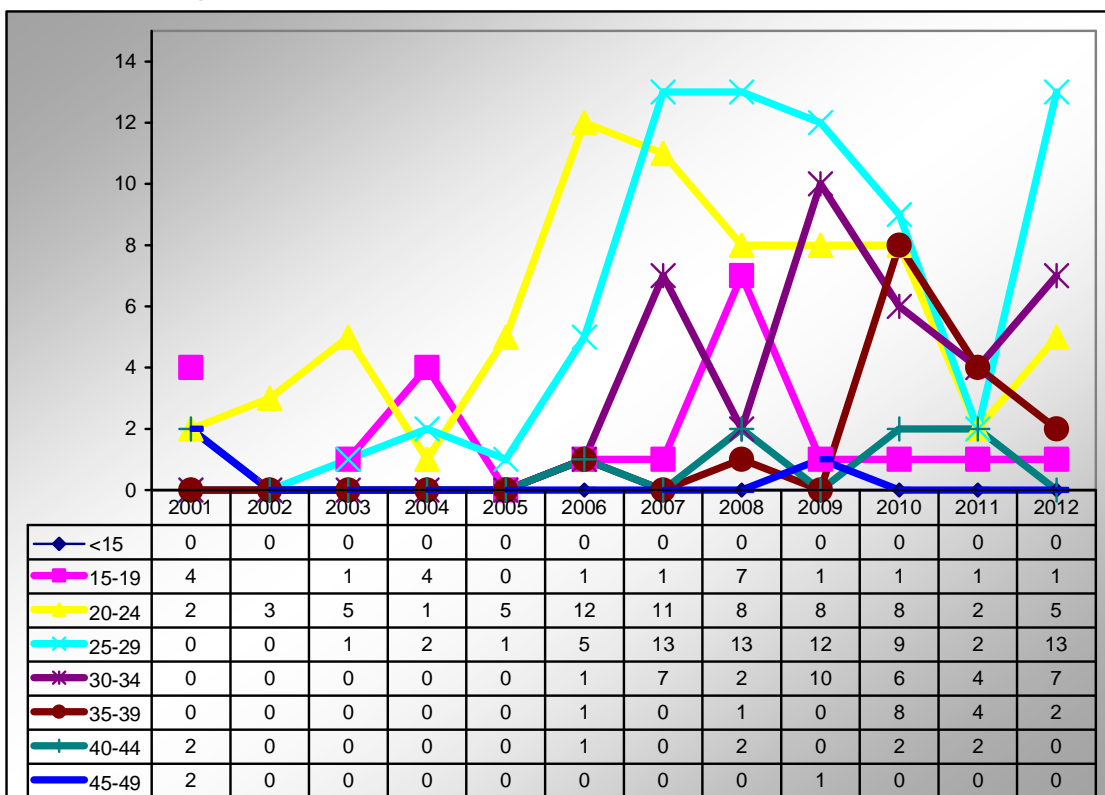
Grafic nr. 6-46: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2012 (nr. cazuri)



Sursa: INML București

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces asociate consumului de droguri înregistrate în 2012, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, majoritatea fiind situate în segmentul 20-34 ani (89,2% din totalul deceselor asociate direct consumului de droguri).

Grafic nr. 6-47: Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, date comparate 2000 - 2012 (număr de cazuri)



Sursa: INML București

În anul 2008 se remarcă o racolare masivă a consumatorilor de droguri din rândul populației foarte tinere, iar în 2009 și, cu accentuare în 2010 și 2011, se observă creșterea marcantă a numărului de decese direct

asociate consumului de droguri, a celor din intervalul 30-34 ani și 35-39 ani – „vechiul val” de consumatori, ceea ce arată „îmbătrânirea” consumatorilor, în sensul că au un istoric de lungă durată de consum, cu acumularea progresivă de patologie și riscuri.

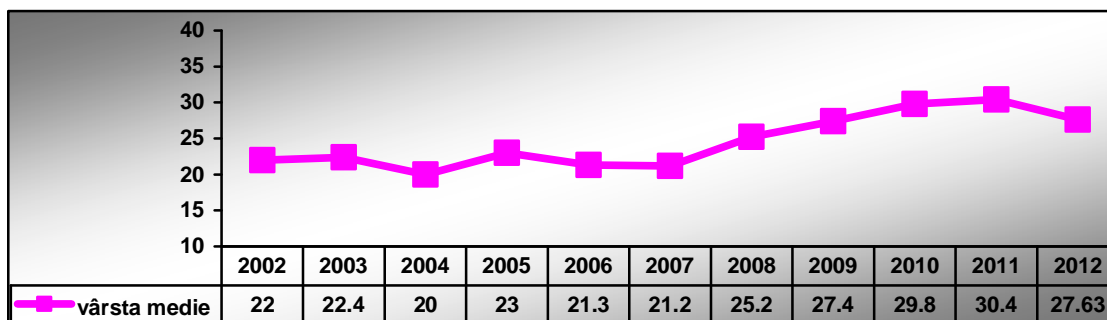
Este posibil ca și experimentarea consumului de droguri, caracteristică vârstelor tinere, să aibă loc mai tardiv, după cum este la fel de posibil să aibă loc prelungirea pe termen lung a consumului (trecerea de la drogul de inițiere către altele mult mai puternice din punct de vedere al efectului să se facă mult mai târziu), prin accesibilitatea SNPP, cu potențial tanatogenerator mai scăzut, iar decesele să survină, în continuare, doar la consumul de substanțe psihoactive consacrate, care reprezintă apanajul generațiilor anterioare.

După o continuă creștere în ultimii ani (în anul 2011 atingându-se un maxim de 30,4 ani), în anul 2012, se înregistrează o scădere semnificativă a vârstei medii la momentul decesului - 27,63 ani pentru cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, respectiv 26,4 pentru cele indirecte. Aparent, compararea celor două vârste medii de deces reprezintă un paradox. În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă patologia progresiv acumulativă lentă a stilului de viață, consumului cronic, riscul de accidente etc, elemente specifice dependenței de droguri, cu decompensarea lor lentă, la distanță în timp față de momentul inițierii consumului, tradusă prin deces la vârste mai mari. Însă, surprinzător, în cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, vârsta medie de deces pentru decesele indirect asociate este mai redusă decât cea a deceselor direct asociate consumului de droguri (ce reflectă «supradozele»).

Explicația cea mai plauzibilă a acestei „basculări” aparent ilogice este oferită de schimbarea semnificativă a spectrului substanțelor de abuz, de la drogurile consacrate – în special heroina – către droguri cu potență tanatogeneratoare redusă *per se* – (SNPP) – dar cu un excepțional ritm de inducție de patologie consumptivă și mai ales infecțioasă, în scurt timp, dictat mai ales de ritmul foarte crescut de administrare injectabilă – 6-8 injectări pe zi, fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele *amfetamin-like* ale unora dintre aceste substanțe, *shuntind* atingerea valorilor medii de vârstă a consumului până la deces – *average life span* (10-15 ani - valori raportate de țările cu «tradiție» în consumul de droguri) pentru *problem drug users* (PDU) cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea ei naturală sau la schimbarea *pattern*-urilor de uz.

Se înregistrează un fenomen de recrutare a populației tinere către consumul de substanțe cu statut juridic incert, cu potență limitată de inducere de supradoze, dar cu un excepțional risc de deteriorare somato-psihică accelerată.

Grafic nr. 6-48: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2012



Sursa: INML București

În funcție de locul decesului, în anul 2012, se constată următoarele:

- 22 decedați la domiciliu,
- 3 în locuri publice (stradă, lac),
- 2 decedați în alte locuințe,
- 1 decedat în penitenciar,
- 17 decedați la spitale.

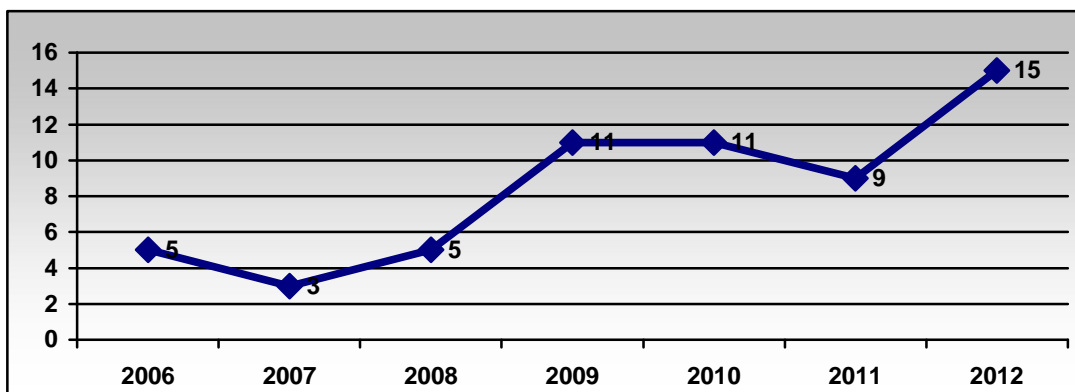
Datele sunt similare celor din anii anteriori, astfel încât se poate afirma că nu a intervenit o schimbare majoră în ceea ce privește locurile unde se consumă, consumatorul de droguri preferând, în general, intimitatea locuinței sau a unor spații retrase. Se remarcă, însă, creșterea adresabilității către unitățile medicale în fazele terminale, consumatorul fiind adus frecvent în spitale de către familie sau anturaj, posibil și ca expresie a creșterii încrederii în serviciile medicale și diminuării temerilor legate de eventualele consecințe juridice, posibil și pe fondul unor măsuri de educație medicală în rândul populațiilor cu risc, politici ce își dovedesc parțial eficiența.

În toate cele 28 cazuri de decese direct asociate consumului de droguri au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri. Aspectul (deces survenit doar în cazul consumatorilor cronici) susține posibilul rol al campaniilor de informare și prevenire prin popularizarea politicilor de *harm-reduction* și compensarea lipsei de informații în rândul consumatorilor de droguri problematici privind tehnica de consum, cu scăderea riscului decesului la primele doze (administrare mimetică în anturaj a dozei, concentrației și a frecvenței acestuia sau posibila racolare de către *dealeri* prin oferirea unor prime doze de calitate ridicată, care cresc riscul apariției decesului la debutul consumului sau după perioade de abținere cu pierderea toleranței anterior câștigate). Astfel, este de semnalat faptul că, în toate aceste cazuri au existat elemente care trădau consumul cronic de droguri – (au fost decelate la examenul necropsic elemente susceptibile de a sugera consumul de droguri, unele cu valoare de *marker* - stigmat) – scleroze vasculare periferice superficiale sau granuloame postinjecție repetitivă, cicatrici cutanate postinfecții la locurile de puncție sau automutilări, tatuaje, casexie. Acest lucru confirmă faptul că, decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă - 7- 9% în România pentru heroină), ci, mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, ce asociază stigmat generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri au fost implicați CDI – numai pe cale intravenoasă - existând doar patru cazuri ce au implicat administrare per os (amestec stimulant, metadonă în doză gigant, alcool și benzodiazepine), asociate în 3 cazuri cu fumatul unor derivate de cannabis, de unde rezultă că administrarea drogurilor în cazul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă (85,7% din cazurile de decese asociate consumului de droguri în 2012, 100% în 2011, 95,1% în 2010, respectiv 87,5% în 2009). Acest lucru se corelează și cu incidența crescută a patologiei asociate (generic intitulată „patologie de seringă”), în special de tip infecțios – cronic (vizând mai ales infecția cu virus hepatitic tip C și HIV) sau acut-subacut (endocardite, sepsis). Se remarcă creșterea incidenței în cazuistică a folosirii produșilor de tip amfetaminic/ methamfetaminic/ MDMA (3 cazuri).

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție (metadonă - decelată în 15 cazuri – 53,7% din decesele directe) este în creștere față de anii anteriori.

Grafic nr. 6-49: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012



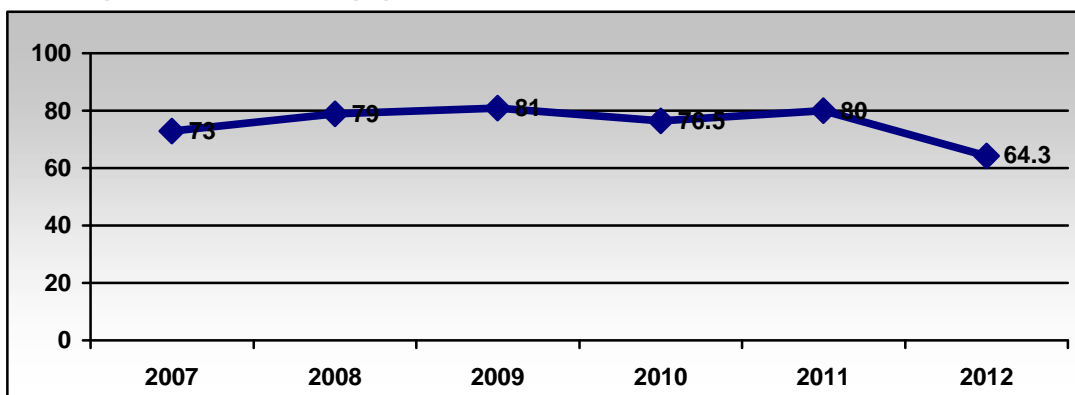
Sursa: INML București

În 13 cazuri s-au identificat elemente ale *paraphernalia* descoperite la fața locului – toate implicând și existența de seringi, dar și folii, „doze de stradă”, blistere de medicamente, lingură. Această constatare sugerează fie decesul consecutiv decompensării lente a funcțiilor vitale sub intoxicație (ce oferă timp consumatorului pentru a ascunde „instrumentarul” necesar administrării), fie teama aparținătorilor/martorilor de eventuale consecințe judiciare, ceea ce conduce la ascunderea de către aceștia a elementelor de *paraphernalia*. Nu întotdeauna aceste corpuri delictive au fost puse la dispoziția medicilor legiști. Examenul toxicologic a fost pozitiv în toate cazurile și, de asemenea, în toate cazurile la care s-a avut la dispoziție și *paraphernalia*, rezultatele toxicologice din probele biologice recoltate de la cadavru au fost concordante cu cele de pe instrumentar. Acest lucru întărește necesitatea ca medicul legist să beneficieze de datele oferite de cercetarea criminalistică și toxicologică a elementelor *paraphernaliei*.

Spectrul substanțelor detectate în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri continuă să fie dominat de opiacee (18 cazuri în total) – metadonă în principal (15 cazuri din 28) și alte 5 cazuri ce au implicat heroina; a reapărut tramadolul (medicament aflat pe lista substanțelor farmaceutice cu regim special de eliberare), dispărut din statistică anul trecut; a fost reîntâlnită ketamina – 2 cazuri (unul implicat în deces indirect), dispărută de asemenea din statistică în anul anterior (posibil rezultat al măsurilor consecutive introducerii ei pe lista substanțelor cu regim special); se menține prezența metamfetaminei (un caz asociat cu ecstasy și opiaceu și un altul asociat cu amfetamina și ecstasy). În continuare, ca specific național, în contrast cu tendințele europene, cocaina nu contribuie la cazuistica de deces direct asociat consumului de droguri. În 3 dintre cazuri, decesul a fost atribuit intoxicației acute cu substanțe de tip SNPP, prezența lor fiind suspectată în alte 2 cazuri, în asociere cu droguri “clasice”⁷⁹.

Domină categoric intoxicațiile cu opiacee - 64,3%, procent semnificativ scăzut față de anii anteriori, și pe fondul diversificării (din nou!) spectrului de substanțe întâlnite în cazuistică (în anul 2012 detecțiile toxicologice în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri au susprins nu mai puțin de 26 categorii de substanțe psihoactive).

Grafic nr. 6-50: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012 (%)



Sursa: INML București

În doar 13 cazuri decesul a implicat doar o singură substanță, celelalte cazuri fiind reprezentate de asocieri, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie de potențator/ nuanțator al efectelor vizate.

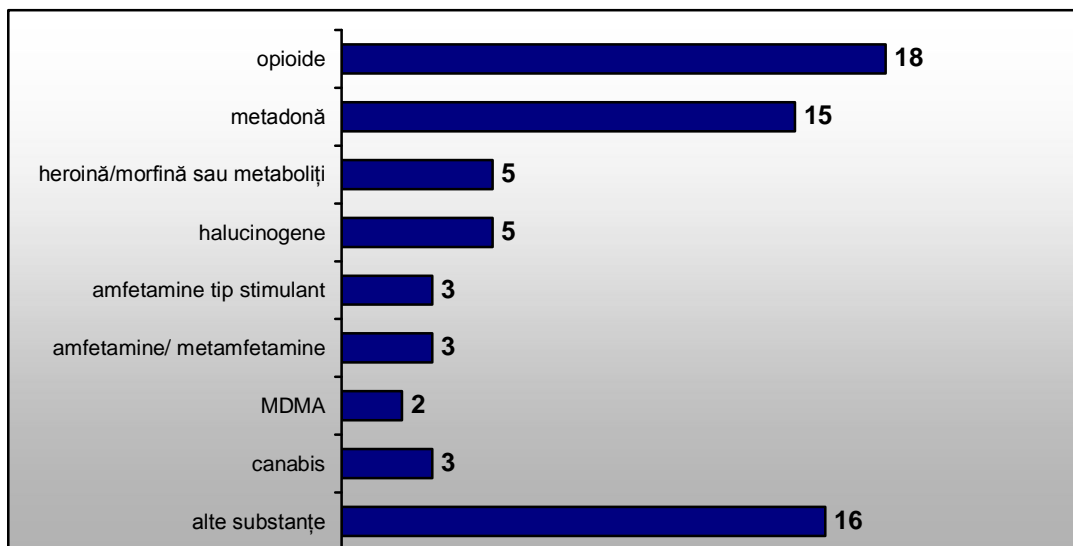
⁷⁹ Dificultățile de probare toxicologică a consumului reprezintă, la nivel mondial, principalul impediment al obiectivării medico-legale. Pe de altă parte, conform studiilor limitate, existente în comunitatea științifică, având în vedere dozele infime și mecanismele de acțiune clinică ale acestor substanțe, este dificil de probat decesul atribuit în mod direct acestor substanțe.

Există schimbări semnificative în spectrul substanțelor detectate, comparativ cu anii anteriori, prin dispariția unor substanțe și scăderea incidenței medicamentelor de adaos (barbiturice - 1 caz, benzodiazepine - 7 cazuri, antidepressive tetraciclice – 1 caz, antiepileptice – 2 cazuri, antipsihotice - 2 cazuri, antihistaminice – 2 cazuri – toate acestea în diverse combinații), de multe ori doar cu valoare de excipient sau potențator al substanței primare vizate din doză. De asemenea, nu există tendința asocierii cu alcoolul în cazul consumului de opiacee, exceptând 2 cazuri.

Cauza decesului a fost atribuită în 9 cazuri intoxicației doar cu opiacee, în celelalte asocierile cu policonsum conducând la deces – opiacee cu alcool, sau cu alte substanțe de tip medicamentos cu efecte psihoactive; substanțe cu uz medical deturnate spre consumul stupefiant au generat decesul și în alte 2 cazuri în care nu a fost identificat un alt drog ilegal; un caz a fost declarat ca deces consecutiv intoxicației cu stimulante.

A crescut (comparativ cu anul 2011, dar similar cu anii anteriori) incidența substanțelor sedative, anxiolitice sau antipsihotice (posibil datorită scăderii farmaco-vigilenței și controlului la vânzarea din farmacii), cu menținerea relativ constantă a prezenței diazepinelor, dar cu diversificarea spectrului.

Grafic nr. 6-51: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2012



Sursa: INML București

În 17 cazuri concentrațiile toxicelor s-au situat în intervalul toxic-letal, ceea ce continuă să întărească potențialul augmentativ non-liniar al asocierilor medicamentoase în celelalte cazuri, dar și necesitatea flexibilității de gândire toxicologică în evaluarea tanatogenezei. Determinările cantitative toxicologice, un alt progres important al toxicologiei medico-legale românești, au permis detecții și interpretări nuanțate și de finețe.

Examenle toxicologice au relevat prezența de opiacee la 18 cazuri (15 metadonă, 3 heroină, 2 morfină și metaboliti), benzodiazepine – 7 detecții, antiepileptice – 2 detecții, barbiturice – 1 detecție, antipsihotice/ anxiolitice/ sedative - 2 detecții, ketamina 2 cazuri, ecstasy 2 cazuri, amfetamine/ metamphetamine 2 cazuri, canabinoizi 3 cazuri, tramadol 1 caz, antihistaminice 2 cazuri. Aceste substanțe au apărut în combinații variabile. În 4 cazuri de deces direct asociat consumului de droguri au fost identificate mai mult de 3 clase de substanțe stupefiante, iar în 13 a fost identificată o singură clasă, ceea ce confirmă cele mai sus afirmate, respectiv proliferarea policonsumului, prin reapariția marcantă în compoziția dozelor, a medicamentelor cu potențial de abuz.

Alcoolul a fost prezent în două cazuri, cu valori de 1,6 g‰, respectiv 0,4 g‰. Nu au fost identificate substanțe halucinogene de tipul LSD, mescalină, phenciclidină.

CONCLUZII:

- Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri este în creștere față de anul trecut, cu tendință de revenire la valorile anilor 2007-2010 (ani de stabilizare a tendinței de consum, a tiparelor de consum), expresie elocventă a încetării trend-urilor schimbării tiparelor de consum din anii 2010-2011 (prin “substituirea” drogurilor consacrate – heroină în special – cu SNPP, care au un potențial tanatogenerator direct mai scăzut). Diferența de cazuistică se regăsește însă în decesele indirecte (număr mult crescut), tocmai ca o confirmare suplimentară a potențialului lezional și consumptiv accelerat al acestor droguri noi, ceea ce conduce la o mortalitate totală, directă și indirectă, similară cu cea a anilor anteriori. **S-au schimbat doar cauzele deceselor, nu și numărul acestora.**
- Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu predominanța metadonei, în creștere alarmantă.
- Rămâne important numărul “deceselor indirecte” – posibil ca urmare a aplicării mai stricte a prevederilor legale de încadrare a deceselor care necesită abordare medico-legală și a identificării, astfel, a cazurilor pentru evaluările statistice.
- Se constată o creștere alarmantă a patologiei asociate administrării drogurilor – infecțioasă acută, subacută sau cronică, care susține necesitatea implementării unor măsuri mai eficiente de *harm-reduction* și educație medicală în rândul consumatorilor de droguri, cu atât mai mult pe fondul exploziei și transferării consumului către SNPP, cu riscurile implicite ale *pattern*-urilor de uz specifice acestora (injectare foarte frecventă, doze de stradă având compoziție incertă, cantitativ și calitativ, contaminate microbial).
- Se constată persistența patologiei consecutive injectării de produși insolubili, probabil cu sursa din comprimatele sau tabletele deturnate din circuitul farmaceutic sau terapeutic.
- Apariția unor vârfuri de incidență pe parcursul a 2 luni ale anului 2012 atrage atenția asupra unor posibile fluctuații de calitate a dozelor de stradă sau a unor circumstanțe speciale vizând contaminări extensive microbiene a lor.
- Paradoxală este vârsta medie de deces în cazurile indirecte, mai scăzută față de cea din decesele directe, probabil reflexie a potențialului degenerativ accelerat al noilor substanțe intrate în uz (cu agravare/ decompensare relativ rapidă, odată inițiat consumul cronic), dar și al celui redus direct letal al lor (care conduce arareori la supradoze letale).
- Drogul cel mai tanatogenerator continuă să rămână din categoria opiaceelor, frecvent însă în asocieri cu produși medicamentoși.
- Se constată reapariția, în spectrul deceselor direct asociate consumului de droguri, a unor substanțe observate în anii trecuți (fortral, ketamina), precum și creșterea incidenței medicamentelor în cazuistică - posibilă expresie a unui control tot mai lax al circuitelor medicamentoase.
- Cocaina lipsește din cazuistică, contrar tendințelor europene ale ultimilor ani. Este în creștere decelarea stimulanzelor de tip amfetaminic/ methamfetaminic/ ecstasy.
- Tendința de scădere a consumului de SNPP, frecvent întâlnite în cazuistica din anii anteriori, dificultățile de detecție toxicologică, legalitatea vânzării și posesiei, perceperea unui risc de *supradoză* „scăzut”, prețul redus, potența suficientă, au condus la folosirea lor extensivă, substituind droguri/ medicamente larg întâlnite în anii anteriori, dar crescând patologia multisistemică, accelerat instalată și rapid decompensată specifică consumatorilor de droguri injectabile și mai ales pe cea infecțioasă - HVC, HIV.
- Explozia alarmantă, cu tendință ascendentă în ultimii doi ani a cazuisticii HIV în rândul consumatorilor de droguri, necesită intervenție rapidă și energetică

RECOMANDĂRI:

1. Sprijinirea rețelei medico - legale pentru accesarea de fonduri guvernamentale și europene în vederea dotării materiale a laboratoarelor de toxicologie la nivelul întregii țări, pentru lărgirea ariei de identificare – raportare.
2. Inițierea rapidă a unor programe de dotare și cercetare care să vizeze dezvoltarea posibilităților de identificare a SNPP în probe biologice.
3. Accelerarea demersurilor pentru implementarea propunerilor legislative, în vederea unificării metodologiei de raportare a deceselor direct asociate consumului de droguri.
4. Unificarea criteriologiei medico-legale de definire a decesului direct asociat consumului de droguri.
5. Implementarea unui sistem informatic de colectare a datelor aferente indicatorului decese direct asociate consumului de droguri.
6. Diseminarea internă și internațională a capacităților de management a cazurilor de deces direct asociat consumului de droguri din rețeaua medico-legală. În scopul uniformizării, pe întreg teritoriul țării a calității detecțiilor toxicologice, au fost emise note metodologice către Serviciile Județene Medico-Legale arondate prin care s-au stabilit reguli și obligații de siguranță toxicologică ce trebuie respectate, conform achizițiilor academice câștigate în urma formărilor intensive din proiecte, precum și recomandărilor de transfer a probelor către aceste laboratoare performante în cazurile selecționate.
7. Facilitarea accesului medicilor legiști la reuniuni științifice, seminarii, schimburi de experiență în vederea uniformizării metodologiei din cazurile de deces direct asociate consumului de droguri.
8. Introducerea unor modificări procedurale pentru implementarea măsurilor care și-au dovedit eficiența – circuit de colectare – raportare date.
9. Stabilirea custodiei corpurilor delictive și/sau a circuitului informațional privind rezultatele examenelor criminalistice, toxicologice etc.
10. Actualizarea listei cu substanțe psihoactive cu regim special de eliberare farmaceutică sau al căror regim este incompatibil cu anumite activități.
11. Testarea toxicologică pe scară largă a deceselor de cauză traumatică.
12. Popularizarea în rândul personalului medical și de cercetare/ anchetă a prevederilor legale privind obligativitatea abordării medico-legale în cazurile de deces asociat consumului de droguri.
13. Implementarea unor măsuri mai eficiente de *harm-reduction* și educație medicală.
14. Menținerea și întărirea măsurilor legislative privind comercializarea/ consumul SNPP și completarea acestora cu mențiuni privind definirea strictă a substanței, a clasei căreia îi aparține, incriminarea modalităților de vânzare.
15. Introducerea intervențiilor terapeutice precoce în rândul consumatorilor problematici de droguri depistați cu infecția HIV, pentru prevenirea extinderii epidemiei.
16. Reglementarea strictă – eventual prin adoptarea unor ghiduri naționale de referință – a criteriologiei de includere în tratamentul substitutiv cu metadonă și, mai ales, elaborarea și respectarea fermă a normelor de prescriere și eliberare a tratamentului.

Capitolul 7 - Răspunsuri privind consecințe asupra sănătății

Răspunsuri privind prevenirea consecințelor consumului de droguri asupra sănătății

Din punct de vedere al reducerii riscurilor, anul 2012 a fost marcat de tendințele îngrijorătoare relevate de statistici încă din 2010, privind calea de transmitere a HIV în România.

"Consumatorii de droguri nu sunt infractori. Pentru a ne proteja pe noi și pe ceilalți avem nevoie de informare corectă, de educație, de spitale, programe de schimb de seringi, avem nevoie de înțelegere și toleranță. Mulți au trecut prin experiențe extreme, dar vor să revină și să își refacă viața. Dați-ne această șansă.", a declarat Alexandru, fost consumator de droguri⁸⁰, în cadrul **Conferinței de presă „Nu te eschIVA! Protejează-te, testează-te!"**, organizată de **Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. dr. Matei Balș"**, cu ocazia **Zilei Mondiale HIV/ SIDA** (1 decembrie 2012).

7.1 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI⁸¹

Actorii sociali, cu prezență semnificativă în ceea ce privește această problemă în România, care au desfășurat intervenții specializate pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI, au fost și în 2012: Agenția Națională Antidrog, Ministerul Sănătății (în special *Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”*) și Administrația Națională a Penitenciarelor.

În acest an, doar două ONG-uri au mai fost active în domeniu - Asociația Română Anti-SIDA și Asociația CARUSEL, celelalte rămânând fără resurse și fiind obligate să-și restrângă activitatea sau să nu mai ofere servicii pentru consumatorii de droguri injectabile, deoarece principalii finanțatori, respectiv programele Fondului Global și UNODC s-au retras din România.

Ca primă autoritate responsabilă în domeniul politicilor publice antidrog, **Agencia Națională Antidrog** a acționat în măsura resurselor și competențelor legale pentru compensarea deficitului major de servicii de **harm-reduction înregistrat după retragerea din România a principalilor finanțatori internaționali de intervenții**. Astfel, preocupată de continuarea serviciilor adresate consumatorilor de droguri injectabile și de controlarea unei epidemii HIV în rândul acestora, consultându-se cu reprezentanții societății civile, Agenția Națională Antidrog a achiziționat, în cadrul *Subprogramului 6 din cadrul Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009- 2012*,⁸² 142.500 seringi, în valoare de 74.214 RON⁸³, care au fost distribuite celor două ONG-urilor partenere (ARAS și CARUSEL), în vederea reducerii consecințelor negative asociate consumului de droguri injectabile, ca abordare de sănătate publică. De asemenea, la sfârșitul anului 2012, ANA a mai achiziționat încă 800.000 de seringi și alte materiale sanitare, a căror utilizare contribuie, pe parcursul anului 2013, la ținerea sub control a infecțiilor generate de consumului de droguri injectabile.

În virtutea rolului de **coordonator național** al politicilor antidrog în România, Agenția Națională Antidrog a realizat, pe parcursul anului 2012, demersuri pentru configurarea unui **cadru interinstituțional de consultare și programare a unor intervenții comune**, organizând întâlniri și activități comune cu ONG-urile care oferă servicii de reducere a riscurilor în vederea dezvoltării serviciilor de tip programe de schimb de seringi în comunitate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri în rândul grupurilor vulnerabile.

De asemenea, în 2012, ANA a încheiat **5 protocoale cadru de colaborare cu ONG-urile** care activează în domeniul reducerii riscurilor: ARAS, CARUSEL, RAA, ALIAT și SAMUSOCIAL.

⁸⁰ <http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/11399-de-romani-sunt-infectati-cu-hivsidea/>

⁸¹ Vezi tabelul standard ST10

⁸² Hotărârea de Guvern nr. 1102/ 2008 de aprobare a Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009 – 2012.

⁸³ Curs mediu anual în 2012: 1Euro = 4,4560RON

Ministerul Sănătății, actor instituțional, semnificativ ca prezență și responsabilități în prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI, acționează în temeiul **Ordinului nr. 1591/ 1110/ 30 decembrie 2010 pentru aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012⁸⁴ cu modificările și completările ulterioare**. Acest ordin prevede, în cadrul capitolului I - Programe naționale privind bolile transmisibile, implementarea unui Program național de supraveghere și control al bolilor transmisibile (boli transmisibile prioritare, infecție HIV, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală), cu patru subprograme (de la 2.1 la 2.4). Subprogramul 2.2. de supraveghere și control al infecției cu HIV, se află în coordonarea tehnică a Institutului Național de Sănătate Publică și a Institutului Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș” București și are ca obiective: „*Menținerea incidenței HIV la adulți la nivelul anului 2008*”, precum și „*Reducerea transmiterii verticale a infecției HIV*”. Unul dintre indicatorii fizici de rezultat prevede „*număr de teste HIV efectuate la grupele de risc: 100 000*”.

De asemenea, în secțiunea B a Ordinului menționat – „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ, finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate” se prevede, în cadrul Programului național de boli transmisibile, implementarea unui Subprogram de tratament al persoanelor cu infecție HIV/ SIDA și tratamentul post-expunere. Principala activitate prevăzută aici este „*asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor antiretrovirale și pentru infecțiile asociate, necesare tratamentului bolnavilor HIV/ SIDA și post-expunere (profesională și verticală)*”. Subprogramul asigură resurse pentru tratarea a 8000 de persoane infectate cu HIV/ SIDA (la un cost mediu/ pacient/ an de 24.965 lei⁸⁵) și a 350 de persoane post-expunere (la un cost mediu/ pacient/ an de 800 lei⁸⁶).

Un alt actor instituțional, din sfera autorităților publice care a desfășurat activități pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI din mediul penitenciar, este **Administrația Națională a Penitenciarelor**, anul 2012 fiind marcat de o restrângere semnificativă a acoperirii și impactului programelor de distribuire de echipamente de injectare, care au fost realizate doar în două unități penitenciar din București – Rahova și Jilava.

Deși mai puține decât în anii anteriori, datorită lipsei suportului finanțatorilor internaționali și resurselor guvernamentale limitate, demersurile întreprinse de **organizațiile neguvernamentale cu experiență în domeniul antidrog**, în special în zona serviciilor comunitare de schimb de seringi (*outreach* sau centre de tip *drop in*) au fost promovate și parțial susținute de autorități (în măsura resurselor disponibile), fiind recunoscute drept intervenții viabile și eficiente pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI.

Astfel, cel mai semnificativ proiect realizat de un ONG în domeniul reducerii riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri, în anul 2012 a fost proiectul „**A DOUA ȘANSĂ**”, cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, „Investește în oameni”, implementat de ARAS în parteneriat cu asociațiile *Integration* și *Sens Pozitiv*, precum și cu *Institutul Național de Boli Infecțioase* „Prof. Dr. Matei Balș”, în perioada 1 iulie 2010 – 30 iunie 2013. Proiectul a oferit servicii de *harm reduction* și tratament substitutiv, dar a avut ca obiectiv final facilitarea accesului pe piața muncii a consumatorilor de droguri din București, Ilfov, Timișoara și Constanța, pentru 3.500 de beneficiari, cu o alocare financiară de 20812555 RON⁸⁷.

Și în anul 2012, o componentă importantă în cadrul acestui proiect au constituit-o serviciile de distribuire de seringi sterile și recuperarea celor folosite și asigurarea de tratament substitutiv cu metadonă:

⁸⁴ Publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, Nr. 53 bis/ 21.01.2011

⁸⁵ Curs mediu anual 2012: 1 Euro= 4,4560lei

⁸⁶ Idem 85

- Serviciile tip **Centru de reducere a riscurilor pentru consumatorii de droguri** furnizează servicii gratuite și confidențiale de: schimb de seringi, consiliere și testare voluntară HIV/ HVB/ HVC, vaccinare HVC și HVB, suport, informare și educare, consiliere de reducere a riscurilor, referiri către alte tipuri de servicii.
- **Serviciile de outreach** constau în: informarea și educarea beneficiarilor asupra HIV/ SIDA/ alte boli cu transmitere sexuală, proceduri de testare, semnificația testului HIV, reguli universale de protecție și de igienă; informare și consiliere asupra riscurilor asociate consumului de droguri injectabile; distribuire de prezervative; schimb de seringi și distribuirea altor echipamente sterile de injectare; referiri către centrele de consiliere și testare voluntară HIV; referiri către unitățile medicale specializate de dezintoxicare, substituție sau postcură; distribuire de materiale informative.

Tabel nr. 7-1: Numărul și tipul programelor funcționale de schimb de seringi în cadrul proiectului

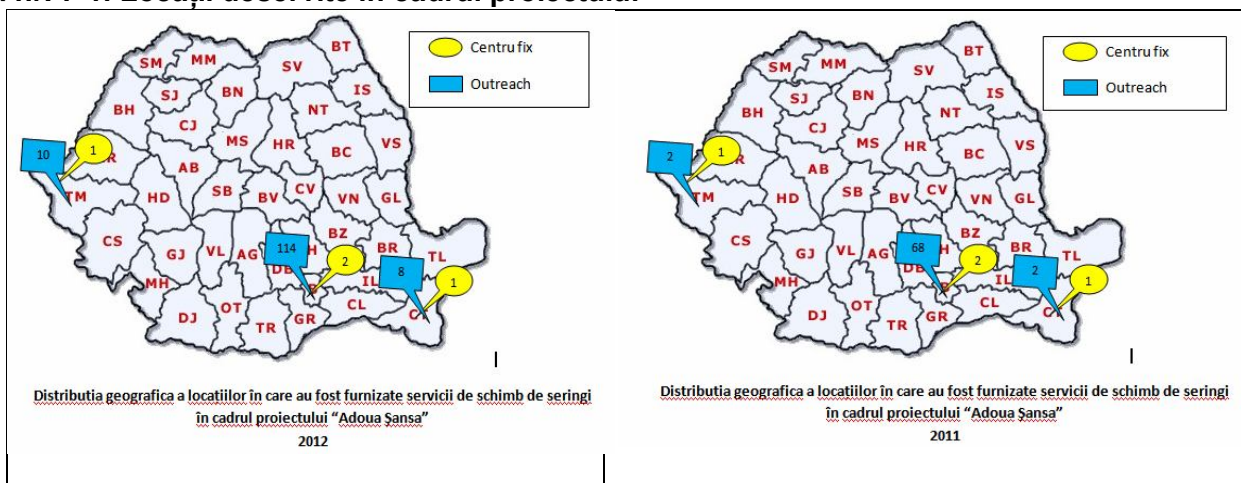
Tip program de schimb de seringi	Număr	Locație/ Oraș
Centre fixe	4	Constanța Timișoara București (Centrul ARENA) București (Centrul TITAN)
Unități mobile –echipe outreach	4	Constanța Timișoara București (Echipa ARENA) București (Echipa TITAN)

Sursa: ARAS

În anul 2012, implementarea proiectului s-a realizat în 4 centre fixe din Timișoara și București (Centrul ARENA și Centrul TITAN) și în 114 locații deservite de 4 echipe de outreach în Timișoara, Constanța și București.

Similar anului 2011, programele comunitare de distribuire/ schimb de seringi au acționat preponderent în București, chiar dacă în cadrul acestui proiect au fost dezvoltate servicii și în cele două orașe mari situate în extremitățile estică și vestică ale țării – Constanța și Timișoara. Situația este asemănătoare cu cea din perioada 2003-2004, când, s-au implementat servicii pilot în București, Constanța, Timișoara și Iași⁸⁸, cele din țară fiind închise ulterior din lipsa resurselor sau a adresabilității beneficiarilor.

Harta nr. 7-1. Locații deservite în cadrul proiectului⁸⁹



Sursa: ARAS

⁸⁸ Vezi Raportul Național privind situația drogurilor în România, 2004

⁸⁹ Vezi ST nr.10

Comparativ cu anii anteriori, când ARAS acoperea, prin 2 programe de *outreach* 10 zone din București (2006), datele prezentate pentru 2012 indică menținerea unei tendințe crescătoare a numărului de locații deservite de unitățile mobile de *outreach* (114 în 2012 față de 68 în 2011), ceea ce sugerează o dispersare semnificativă a consumatorilor la nivelul celor 3 orașe unde au fost furnizate serviciile.

Tabel nr. 7-2: Beneficiari direcți ai proiectului

Intervenții în:	Nr. beneficiari unici		Nr. beneficiari noi	
	2011	2012	2011	2012
Centre fixe	3.135	2.157	2.119	1.101
Unități mobile – <i>outreach</i>	2.040	2.326	1.255	1.359
Total general	4.832	4.012	3.030	2.054

Sursa: ARAS

Numărul de beneficiari unici deserviți în cadrul proiectului scade semnificativ în 2012 (cu aproximativ 800 mai puțini față de 2011), distribuindu-se echilibrat ca volum pe cele două tipuri de servicii, cu o ușoară preponderență a serviciilor mobile de *outreach*. Chiar dacă proiectul sau organizațiile partenere în cadrul consorțiului de implementare a acestuia nu au realizat intervenții specifice adresate beneficiarilor direcți ca distribuitori secundari de echipamente sterile de injectare, a fost estimată o proporție de 25-35% de distribuitori secundari pentru serviciile tip centru fix și 20- 30% pentru clienții unităților mobile.

Proiectul prezentat continuă, istoric, intervențiile specializate ale ARAS la nivel comunitar pentru distribuirea/ schimbul de echipamente de injectare pentru consumatorii de droguri. Astfel, în perioada 2004-2012, programele acestei organizații au fost accesate de 19.700 de beneficiari, mulți dintre aceștia fiind asistați atât în centrele fixe specializate, cât și de către unitățile mobile de *outreach* (2391 clienți). Centrele fixe de schimb de seringi, operaționale începând cu anul 2007, au asistat până în 2012 un număr de 8457 de clienți.

Tabel nr. 7-3: Echipamente de injectare distribuite în cadrul proiectului

Echipamente de injectare	Număr	
	2011	2012
Seringi distribuite	895.110	1.015.834 ⁹⁰
Seringi recuperate	316.033	340.643
Prezervative distribuite	204.099	189.657

Sursa: ARAS

În ceea ce privește returnarea seringilor utilizate, se înregistrează o rată de 33,5% în 2012, ușor mai scăzută față de 2011 (35,3%). Dacă se iau în considerare ratele de returnare raportate în cadrul programelor finanțate de Fondul Global de Combatere a HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (36,8% în 2010), indicatorul s-a menținut constant pe întreaga perioadă de derulare a serviciilor.

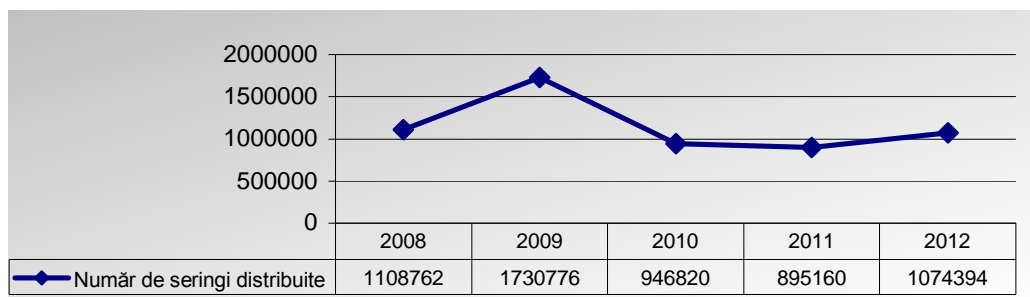
Analizând mai multe surse de date, prin consultarea rapoartelor disponibile pentru acest domeniu (*UNGASS Report, România, 2010; Country Progress Report on AIDS, January 2010 – December 2011* și ANA, Raportul național privind situația drogurilor, 2011), specialiștii Rețelei Naționale de Reducere a Riscurilor Asociate Consumului de Droguri (RHRN) au realizat, în cadrul unui raport publicat în anul 2012⁹¹, o estimare a valorilor principalilor indicatori specifici programelor de distribuire/ schimb de seringi

⁹⁰ Un număr de 100.000 de seringi au fost distribuite în cadrul proiectului de colaborare dintre ARAS și Agenția Națională Antidrog în perioada septembrie – decembrie 2012.

⁹¹ <http://rhrn.ro/public/uploads/file/214/costurile-politicilor-antidrog.pdf>

dezvoltate în România în perioada 2008-2011. Continuând exercițiul inițiat de RHRN, prin introducerea datelor raportate Agenției Naționale Antidrog de către cei doi furnizori de astfel de servicii în 2012, se observă o creștere a numărului de seringi distribuite, comparativ cu ultimii doi ani și o revenire la situația înregistrată în anul 2008.

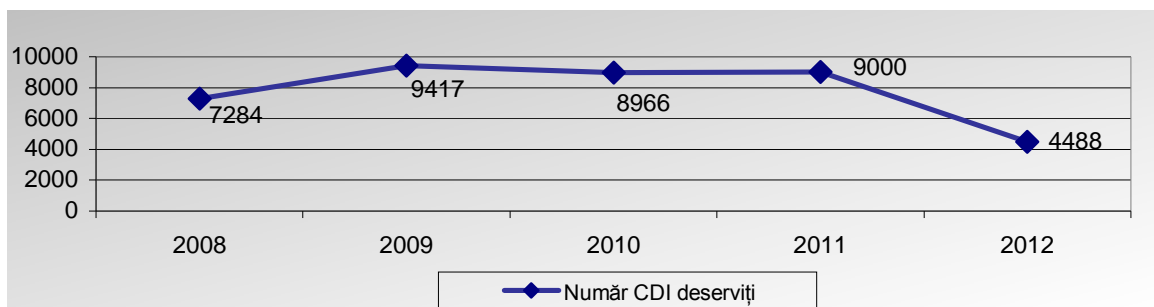
Grafic nr. 7-1: Evoluția numărului de seringi distribuite CDI în România în perioada 2008-2012 (estimare)



Sursa: RHRN & ANA

Dacă în 2008 finanțarea programelor de schimb de seringi era asigurată exclusiv din fonduri externe (programul „Către accesul universal la Prevenirea, Tratatamentul HIV/ SIDA și la Îngrijirea și Asistența socială pentru Persoanele Vulnerabile și Populațiile Defavorizate”, finanțat în cadrul celei de-a VI-a runde de finanțare acordate de Fondul Global de Combatere a HIV/ SIDA, Tuberculozei și Malariei), în 2012 finanțarea s-a realizat prin intervențiile autorităților publice, ANA și MS (din bugetul de stat), la care s-au adăugat noi resurse financiare din zona fondurilor structurale (POSDRU).

Grafic nr. 7-2: Evoluția numărului de CDI deserviți în cadrul programelor de schimb de seringi în perioada 2008-2012 (estimare)



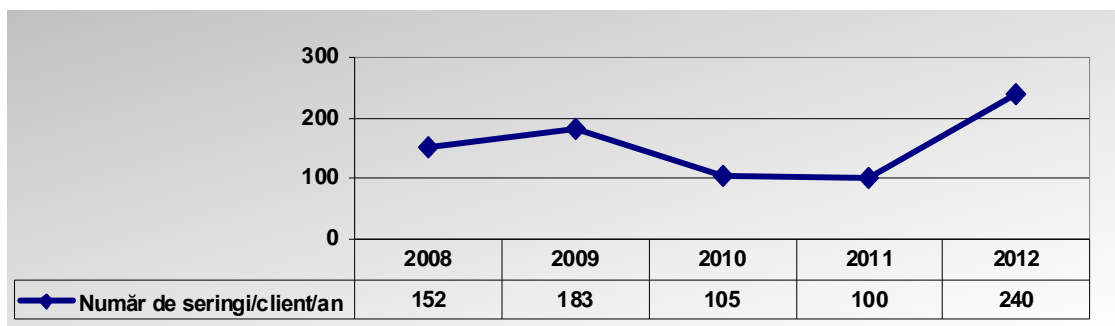
Sursa: RHRN & ANA

În ceea ce privește numărul de CDI deserviți în cadrul programelor de schimb de seringi, dacă în anul 2009 (când funcționau cele mai multe astfel de servicii) a fost marcat vârful acestor intervenții, în anul 2012 s-a înregistrat cel mai mic număr de beneficiari cărora le-au fost distribuite echipamente sterile de injectare.

Luând în considerare tendința înregistrată în 2012, în cadrul indicatorului epidemiologic-cheie „Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri”, de scădere semnificativă a proporției consumatorilor care își administrează pe cale injectabilă drogul, putem aprecia că și datele furnizate de programele de schimb de seringi se înscriu în același trend.

În corelație directă cu numărul CDI care au beneficiat de programele de schimb de seringi este și următorul indicator – numărul mediu de seringi/ consumator/ an.

Grafic nr. 7-3: Evoluția numărului mediu de seringi /client/ an în cadrul programelor de schimb de seringi în perioada 2008-2012 (estimare)



Sursa: RHRN & ANA

Scăderea numărului mediu de seringi/ client/ an furnizate în cadrul programelor de schimb de seringi în ultimii ani, comparativ cu „vârful” înregistrat în anul 2009 sau chiar și cu valoarea din 2008 a potențat direct creșterea riscului de infectare a CDI. Serviciile comunitare au avut o capacitate scăzută oferind un număr limitat de seringi, utilizatorul fiind astfel obligat să folosească de mai multe ori același echipament de injectare.

În 2012, numărul mediu anual de seringi/ CDI depășește chiar cifrele estimate pentru anii cei mai „prolifici” din acest punct de vedere. Acest fapt s-ar putea explica astfel:

- Gradul de acoperire cu astfel de servicii⁹² a scăzut semnificativ față de anii anteriori (cca. 23% în 2012 față de 50% în anii 2009 și 2010), în timp ce s-a reușit menținerea sau chiar o ușoară creștere a numărului de seringi disponibile în cadrul programelor de distribuire/ schimb de echipamente de injectare.
- Trecerea consumatorilor de heroină injectabilă la consum injectabil de SNPP și modificarea *pattern-urilor* de injectare (între 3-5 injectări/zi⁹³) a presupus implicit o nevoie mai mare de seringi.
- Preocuparea crescută a autorităților și specialiștilor față de amenințarea focarului epidemic de HIV în rândul populației de CDI, fapt care a determinat acordarea unui număr mai mare de seringi fiecărui beneficiar.

REZULTATE ALE PARTENERIATULUI ANA- ARAS- CARUSEL ÎN ANUL 2012

Așa cum menționam anterior, Agenția Națională Antidrog a asigurat, cu finanțare din fonduri publice, distribuirea, în București, către utilizatorii de droguri injectabile, a 142.500 seringi, prin intermediul partenerilor săi neguvernamentali - Asociația ARAS (Centrele de Reducere a Riscurilor - Grozovici și Titan) și Asociația CARUSEL (Centrul de Reducere a Riscurilor CARACUDA).

Aceste seringi au acoperit doar o mică parte din nevoia reală raportată la numărul consumatorilor de droguri injectabile (19.265 consumatori problematici în București, conform Raportului național privind situația drogurilor 2012 – România) și la numărul de injectări pe zi pe care aceștia îl practică.

Acest proiect comun a oferit de asemenea prilejul realizării unui sistem pilot de colectare și analiză a datelor privind serviciile de schimb de seringi implementate la nivelul municipiului București. Rezultatele analizei înregistrărilor acestui sistem pilot, realizate în perioada mai-decembrie 2012, în cadrul parteneriatului menționat, sunt prezentate în cele ce urmează.

⁹² Calculat ca p% din totalul de 19265 CDI estimați anterior de indicatorul PDU.

⁹³ Vezi rezultate ale BSS 2012 în subcapitolul 4.2. din prezentul raport.

Tabel nr. 7-4: Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe fiecare furnizor de servicii

Furnizor	Număr beneficiari	Număr accesări
ARAS	850	2339
CARUSEL	476	1595
Total	1326	3934

Sursa: ANA

Așa cum se observă, ARAS a furnizat servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri pentru aproximativ 60% dintre cei 1326 de beneficiari înregistrați, CARUSEL acoperind restul de 40%.

Tabel nr. 7-5: Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe tipuri de servicii

Tip serviciu	Număr beneficiari	Număr și procente accesări
Centru fix	1069	3437
		87,4%
Outreach	257	497
		12,6%
Total	1326	3934
		100,0%

Sursa: ANA

În funcție de tipul de serviciu accesat, cei 1326 de beneficiari, au realizat 3934 de accesări, în proporție de 87,4% la nivelul centrelor fixe și doar 12,6% au fost contactați, în teren, de echipele de *outreach*. Acest aspect sugerează pe de o parte, o stabilizare a comportamentului CDI în relația cu furnizorul de servicii (încrederea în serviciile tip centru fix), iar pe de altă parte limitările sub aspectul resurselor disponibile pentru realizarea de activități sistematice și susținute de *outreach*. Accesarea cu prioritate a serviciilor de tip centru *drop-in* reprezintă o oportunitate semnificativă, atât din perspectiva posibilităților de referire a acestor beneficiari către servicii specializate de nivel superior, cât și în ceea ce privește inițierea și dezvoltarea ulterioară a unor demersuri de cercetare socială în profunzime, utilizând metode și tehnici de tip calitativ.

Un alt aspect important de menționat este **numărul mediu de accesări ale oricărui furnizor/ tip de serviciu**, care, în cadrul populației înregistrate a fost de **2,96**.

În ceea ce privește caracteristicile socio-demografice ale populației de beneficiari înregistrate, sunt de remarcat următoarele aspecte:

Tabel nr. 7-6: Distribuția beneficiarilor direcți pe grupe de vârste și sexe

Sex		Grupa de vârstă							Total
		sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 65 ani	
masculin	Număr	4	164	590	230	41	5	2	1036
	%	0,3%	12,4%	44,6%	17,4%	3,1%	0,4%	0,2%	78,2%
feminin	Număr	0	78	148	54	8	0	0	288
	%	0,0%	5,9%	11,2%	4,1%	0,6%	0,0%	0,0%	21,8%
Total	Număr	4	242	738	284	49	5	2	1324
	%	0,3%	18,3%	55,7%	21,5%	3,7%	0,4%	0,2%	100%

Sursa: ANA

Așa cum se observă din tabelul de mai sus, majoritatea beneficiarilor sunt de sex masculin (78%), din totalul celor 1324 de beneficiari înregistrați (cazuri valide), 288 fiind de sex feminin. În ceea ce privește distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă este evidentă concentrarea semnificativă a acestora pe

intervalul 25-34 de ani, ceea ce semnaleză focalizarea corectă a serviciilor pe grupa principală aflată la risc (aşa cum reiese din majoritatea studiilor și monitorizărilor desfășurate anterior de ANA asupra populației de CDI din București).

Tabel 7-7: Categoriile de beneficiari

Tip beneficiar	Consumatori de droguri injectabile	Lucrători sexuali	Persoane fără adăpost	Copiii străzii	Romi
Număr	1326	45	208	8	619
%	100	3,4	15,7	0,6	46,7

Sursa: ANA

Din totalul de 1326 beneficiari înregistrați, toți s-au declarat utilizatori de droguri injectabile, 3,4% s-au declarat lucrători sexuali, 15,7% sunt persoane fără adăpost și aproape jumătate (47%) sunt cetățeni de etnie romă.

Tabel nr. 7-8: Distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă, în funcție de drogul principal consumat

Drog principal utilizat în ultimele 30 de zile		Grupa de vârstă							Total
		sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 65 ani	
neprecizat	Nr.	0	1	0	1	0	0	0	2
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
heroină	Nr.	1	105	319	126	26	1	0	578
	%	0,1%	7,9%	24,1%	9,5%	2,0%	0,1%	0,0%	43,7%
SNPP	Nr.	2	124	382	144	20	4	2	678
	%	0,2%	9,4%	28,9%	10,9%	1,5%	0,3%	0,2%	51,2%
policonsum	Nr.	1	13	36	13	3	0	0	66
	%	0,1%	1,0%	2,7%	1,0%	0,2%	0,0%	0,0%	5,0%
Total	Nr.	4	243	737	284	49	5	2	1324
	%	0,3%	18,4%	55,7%	21,5%	3,7%	0,4%	0,2%	100,0%

Sursa: ANA

În funcție de drogul principal consumat, observăm că, în perioada în care au fost înregistrate datele, a prevalat consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (51%), urmat de heroină (44%) și în 5% din cazuri a fost declarat policonsum al celor două tipuri de droguri. Având în vedere și intervalele de vârstă se remarcă, de asemenea, o concentrare a consumului atât pentru heroină, cât și pentru SNPP pe grupa 25-34 de ani.

Tabel nr. 7-9: Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi distribuite (medie/ mediană/ mod)

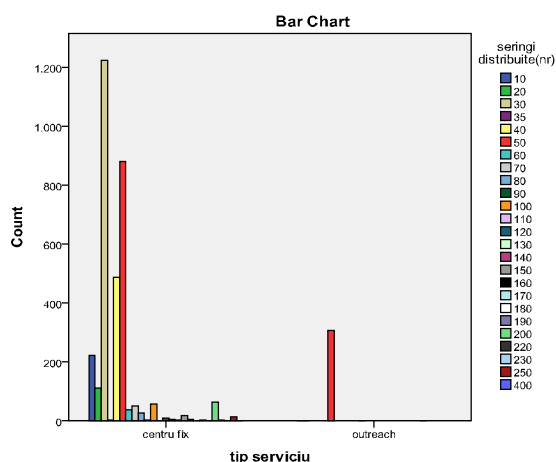
Medie	44,77
Mediană	40,00
Mod	30
Total	158.560

Sursa: ANA

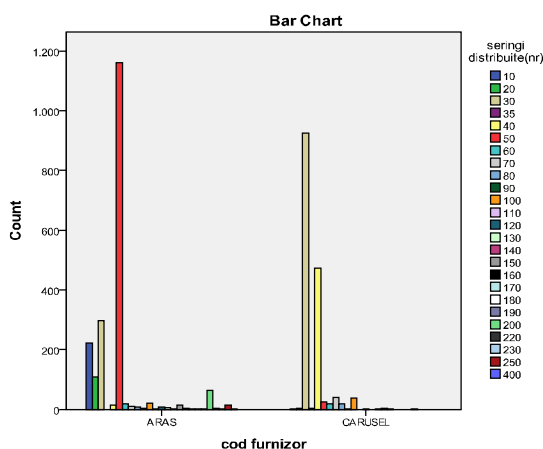
Dacă ne raportăm la numărul de seringi distribuite, observăm că din totalul de **158.560 unități distribuite** de cei doi furnizori, cel mai frecvent au fost distribuite 30 seringi/ accesare, în cadrul celor 3542 accesări ale serviciilor de *harm-reduction* menționate și în medie 40 seringi la fiecare accesare.

Grafic nr. 7-4: Analiza comparativă a numărului de seringi distribuite, în funcție de tipul serviciului și tipul furnizorului

Nr. seringi distribuite/ tip serviciu



Nr. seringi distribuite/ tip furnizor



Sursa: ANA

Analiza comparativă a celor două grafice de mai sus relevă faptul că, în ceea ce privește tipurile de servicii, la nivelul centrelor fixe s-au distribuit în cele mai multe dintre cazuri, 30 de seringi (mod), în timp ce în cazul serviciilor de outreach s-au distribuit preponderent 50 de seringi/ accesare. Există, de asemenea diferențe și între cei doi furnizori, ARAS distribuind preponderent 50 de seringi/ accesare, iar CARUSEL 30-40 de seringi/ accesare.

Tabel nr. 7-10: Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi colectate (medie/ mediană/ mod)

Medie	94,50
Mediană	60,00
Mod	10
Total	37139

Sursa: ANA

Relativ la numărul de seringi colectate, se remarcă o rată de recuperare a acestora de doar **23,42%** (37139 seringi recuperate), **fiind recuperate cel mai adesea câte 10 seringi la o accesare a serviciului.**

Așa cum se remarcă din tabelul următor, din totalul de 1326 de consumatori deserviți în perioada menționată, aproape 60% au beneficiat de servicii de informare, doar 5% de consiliere, 4,2% au avut nevoie de îngrijiri medicale ușoare, 0,9% (12 cazuri) au fost testate pentru boli infecțioase și consiliate post testare, un singur caz a beneficiat de acompaniere **și niciun caz nu a fost referit către servicii de nivel superior.**

Practic, serviciile monitorizate funcționează preponderent autonom, fiind necesară întărirea cooperării cu celelalte servicii publice sau private disponibile în zona de referință, în vederea inițierii unui proces integrat și coerent de management de caz al beneficiarilor direcți identificați.

Tabel nr. 7-11: Număr de servicii/ tipuri de servicii acordate beneficiarilor

Tip servicii	informare	consiliere	asistență medicală	testare boli infecțioase HVB, HVC, HIV	consiliere post-testare boli infecțioase	referiri către alte servicii	acompaniere
Nr.	792	75	57	12	12	0	1
%	59,7	5,6	4,2	0,9	0,9	0	0,07

Sursa: ANA

Concluzii

Din punct de vedere al răspunsurilor instituționale la creșterea accentuată a numărului de cazuri de infectare cu HIV în anul 2011, creștere care a continuat și în anul următor, consecință a proliferării rapide a fenomenului noilor substanțe cu proprietăți psihoactive și a modificării semnificative a *pattern*-urilor de injectare ale CDI, anul 2012 se caracterizează prin:

- Cooperarea Agenției Naționale Antidrog cu toți actorii instituționali implicați în derularea de activități în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri pentru programarea și implementarea unor măsuri și intervenții comune în vederea contracarării dinamicii în creștere a cazurilor de infectare cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în special a celor care au trecut de la consumul de opiacee la substanțele noi cu proprietăți psihoactive.
- Reducerea sensibilă a disponibilității serviciilor comunitare de prevenire a bolilor infecțioase în rândul CDI (doar două ONG-uri specializate au mai activat în 2012 în domeniul programelor comunitare de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri – ARAS și CARUSEL).
- Continuarea eforturilor de identificare a unor surse alternative de finanțare pentru programele comunitare de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.
- În contextul noului cadru de cooperare cu ONG-urile care activează în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri (care a inclus achiziționarea și distribuirea către partenerii din societatea civilă a 142.500 seringi, în anul 2011 și continuarea acestui demers și în anul 2012, cu achiziția a încă 800.000 de seringi), Agenția Națională Antidrog a inițiat în al doilea semestru al anului 2012 un sistem pilot de colectare și analiză a datelor privind serviciile de schimb de seringi implementate la nivelul municipiului București.

Capitolul 8 - Corelații sociale ale consumului de droguri și măsuri de reintegrare socială

8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ

8.1.1 EXCLUDEREA SOCIALĂ ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

În rapoartele naționale din anii anteriori, datele cu privire la problematica reprezentată de corelațiile sociale ale consumului de droguri au fost colectate în mod predominant prin monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri* sau extrase din activități de cercetare a altor aspecte relevante ale consumului de droguri.

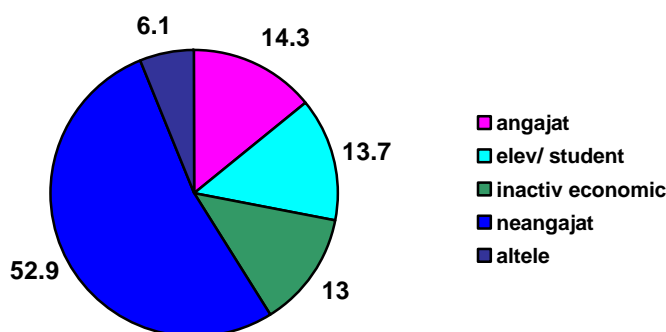
În prezentul raport, pe lângă datele colectate prin indicatorul *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*, sunt evidențiate date rezultate din:

- monitorizarea indicatorului urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri⁹⁴;
- primul studiu specific realizat de Agenția Națională Antidrog în anul 2012 pentru evaluarea riscului sau gradului de excludere socială cu care se confruntă persoanele consumatoare de droguri.

8.1.1.1 Date din indicatorul *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*⁹⁵

Statusul ocupațional - majoritatea persoanelor (52,9%) care s-au adresat în anul 2012 serviciilor de tratament nu sunt angajate pe piața muncii, comparativ cu 14,3%, activi din punct de vedere economic (angajați); o proporție similară se înregistrează și în cazul elevilor sau studenților (13,7%) și a celor inactivi din punct de vedere economic⁹⁶ (13%).

Grafic nr. 8-1: Statusul ocupațional al persoanelor admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri (%)



Sursa: ANA

În funcție de sexul beneficiarului, statusul ocupațional al persoanelor admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri, se prezintă astfel:

- pacienții de sex masculin se regăsesc în proporții mai mari în categoriile „angajat” (16,2% față de 8,5%) și „neangajat”⁹⁷ (57,5 % față de 39,3%);
- în schimb, beneficiarii de sex feminin se regăsesc în cea mai mare proporție în categoria „inactiv economic”(32,7% față de 6,3%).

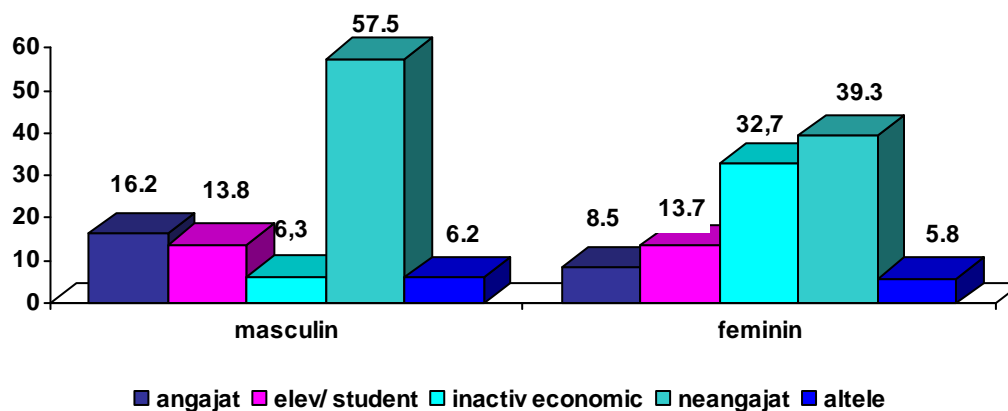
⁹⁴ Notă: nu au fost incluse în analiză cazurile pentru care nu au fost specificate variabilele analizate: sexul, statusul ocupațional, nivelul educațional

⁹⁵ Notă: nu au fost incluse în analiză cazurile pentru care nu au fost specificate variabilele analizate: sexul, statusul ocupațional, nivelul educațional, tipul de locuință, situația locativă

⁹⁶ pensionar/casnic/pensionat medical

⁹⁷ lucrează fără contract de muncă/ șomer/ fără ocupație

Grafic nr. 8-2: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de statusul ocupațional și sexul beneficiarilor (%)



Sursa: ANA

În funcție de categoriile de droguri pentru care s-au adresat serviciilor de tratament, se observă următoarele caracteristici ale ocupării profesionale în rândul persoanelor consumatoare de droguri:

- consumatorii de opiacee (62,6%), cei de SNPP (60,9%), cei de halucinogene (60%) sunt, majoritatea, persoane neangajate pe piața muncii, în timp ce elevii/ studenții reprezintă 41,7% dintre beneficiarii consumatori de stimulanti;
- beneficiarii consumatori de cocaină se regăsesc în proporții egale ca fiind angajați sau neangajați (21,7%);
- aceeași situație, se remarcă și în cazul persoanelor admise la tratament pentru consum de cannabis, unde se înregistrează proporții similare pentru situația de elev/ student sau neangajați (33,8%, respectiv 35,7%).

Tabel nr. 8-1: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de status ocupațional și categorii de droguri (%)

Status ocupațional	Categoriile de droguri								Total
	opiacee	cocaină	stimulanți	halucinogene	solvenți și inhalanți	cannabis	alte substanțe	SNPP	
angajat	20,9	21,7	25	20	0	18,8	9,4	8,5	15,5
elev/ student	1,5	13	41,7	0	29,6	33,8	18,9	24,9	15,6
inactiv economic	7,8	4,3	0	0	7,4	0,9	20,8	1,3	4,9
neangajat	62,6	21,7	33,3	60	48,1	35,7	50,9	60,9	57,1
altele	7,1	39,1	0	20	14,8	10,8	0	4,3	6,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

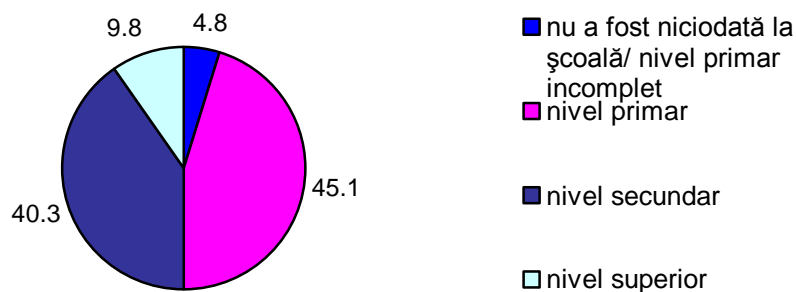
Sursa: ANA

Nivelul educațional

Nivelul educațional al persoanelor care s-au adresat serviciilor de tratament în anul 2012, prezintă următoarele particularități:

- cei mai mulți beneficiari ai serviciilor de asistență au cel mult un nivel de educație secundar: primar (45,1%) și secundar (40,3%);
- cei cu nivel superior de educație sunt de aproximativ două ori mai mulți comparativ cu acei beneficiari care nu au fost niciodată la școală sau care nu au finalizat un nivel educațional primar (9,8% față de 4,8%).

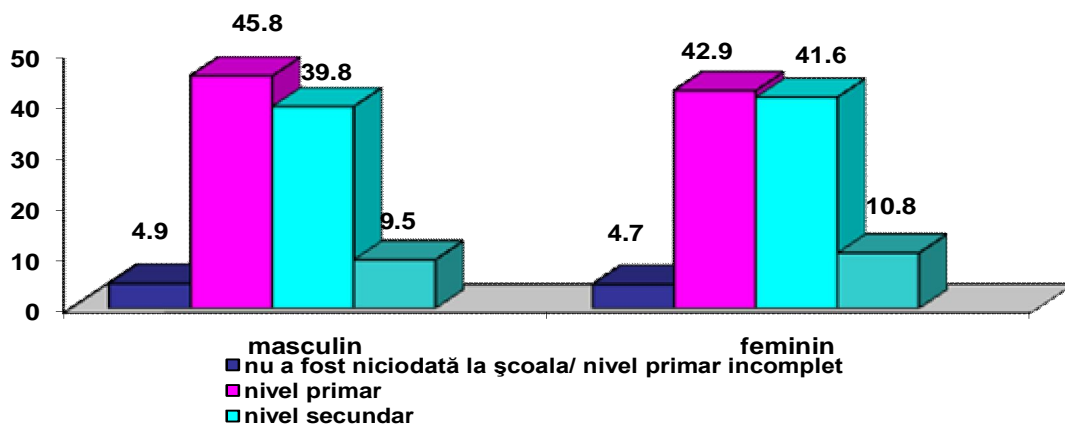
Grafic nr. 8-3: Nivelul educațional al persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de droguri în anul 2012 (%)



Sursa: ANA

Nu se constată diferențe semnificative în funcție de sexul beneficiarilor, în ceea ce privește nivelul educațional al persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de droguri în anul 2012.

Grafic nr. 8-4: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de nivelul educațional și sexul beneficiarilor (%)



Sursa: ANA

În funcție de categoriile de droguri, se evidențiază următoarele:

- beneficiarii cu nivel primar de educație se regăsesc în proporții mari în rândul consumatorilor de: halucinogene - 75%; solvenți și inhalanți - 66,7%; SNPP - 56%; opiacee – 45,2%.
- în rândul consumatorilor de stimulanti și cannabis cele mai mari proporții sunt reprezentate de beneficiari cu nivel secundar de educație (61,5%, respectiv 53%);
- majoritatea consumatorilor de cocaină (90%) se împart, în proporții relativ egale, între nivelul de educație primar și cel secundar (45,5%).

Tabel nr. 8-2: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de nivelul educațional și categorii de droguri (%)

Nivel educațional	Categorii de droguri								Total
	opiacee	cocaină	stimulanți	halucinozene	solvenți și inhalanți	canabis	alte substanțe	SNPP	
Nu a fost niciodată la școală/ nivel primar incomplet	7,8	0	0	0	22,2	0,9	0	3,7	5,2
Nivel primar	45,2	45,5	23,1	75	66,7	35,6	38,5	56	47,9
Nivel secundar	36,2	45,5	61,5	25	11,1	53	53,8	32,7	37,7
Nivel superior	10,8	9,1	15,4	0	0	10,5	7,7	7,5	9,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

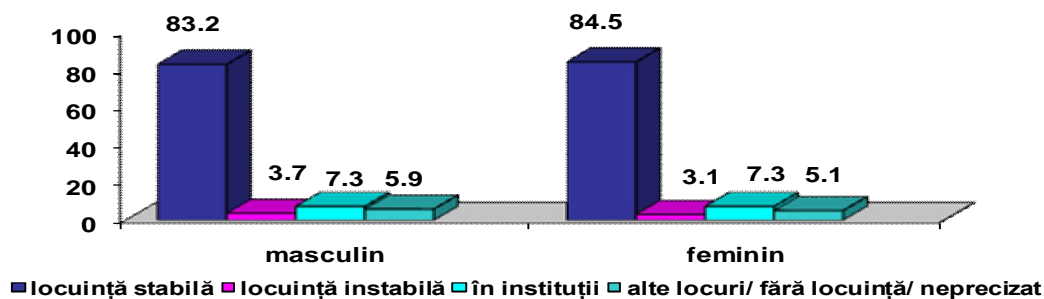
Sursa ANA

Condiții de locuit: tipul de locuință și situația locativă

În privința tipului de locuință în care locuiesc persoanele admise la tratament ca urmare a consumului de droguri, se constată următoarele:

- majoritatea persoanelor admise la tratament au locuințe stabile (83,5%);
- cei care se regăsesc în instituții (7,3%) reprezintă dublul celor care au locuințe temporare (3,5%);
- diferența până la 100%, respectiv 5,7%, este reprezentată de categoria "alte locuri/ fără locuință/ neprecizat"

Grafic nr. 8-5: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de tipul de locuință și sexul beneficiarilor (%)



Sursa ANA

Ca și în cazul nivelului educațional, în ceea ce privește condițiile locative ale persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de droguri în anul 2012, nu se constată diferențe semnificative în funcție de sexul beneficiarilor.

Tabel nr. 8-3: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de tipul de locuință și categorii de droguri (%)

Tip de locuință	Categoriile de droguri								Total
	opiacee	cocaină	Stimulanți	halucinogene	solvenți și inhalanți	canabis	alte substanțe	SNPP	
Locuință stabilă	85,9	47,8	78,6	40	67,9	76,1	87,7	81,4	82,1
Locuință temporară	3	4,3	14,3	20	0	5	3,5	4,1	3,7
În instituții	7,7	39,1	0	20	14,3	16,2	1,8	5,6	8,3
Alte locuri/ fără locuință/ neprecizat	3,5	8,7	7,1	20	17,9	2,7	7	8,9	5,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa ANA

În funcție de categoriile de droguri pentru care s-au adresat serviciilor de tratament în anul 2012, se observă următoarele aspecte:

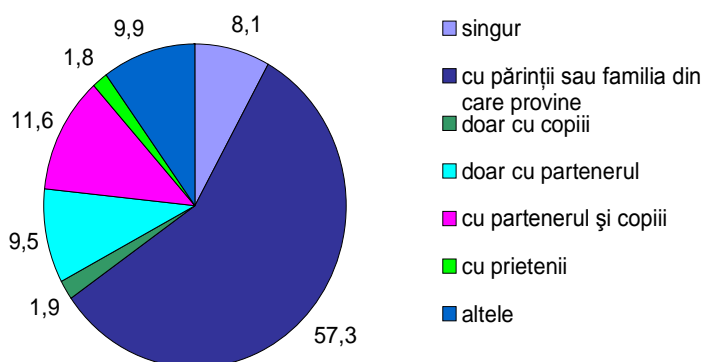
- aproape toți beneficiarii consumatori de opiacee sau de SNPP au locuință stabilă (85,9%, respectiv 81,4%);
- în instituții se regăsește cea mai mare proporție a beneficiarilor consumatori de cocaină - 39,1%; 20% dintre consumatorii de halucinogene și în proporții relativ egale consumatorii de cannabis (16,2%) și solvenți și inhalanți (14,3%);
- beneficiarii care au locuință temporară se regăsesc în cea mai mare proporție în rândul consumatorilor de halucinogene (20%) și apoi în rândul consumatorilor de stimulanți - 14,3%; în rândul celorlalte categorii de droguri, se află persoane cu locuință temporară în proporții de cel mult 5%;
- în categoria alte locuri/ fără locuință/ neprecizat, cele mai mari proporții sunt reprezentate de consumatorii de halucinogene (20%) și solvenți și inhalanți (17,9%); în rândul celorlalte categorii de droguri această categorie înregistrează proporții de cel mult 9%.

Situația locativă

În privința **situației locative**, în care se găsesc persoanele admise la tratament ca urmare a consumului de droguri, se evidențiază următoarele:

- mai mult de jumătate dintre persoanele admise la tratament locuiesc cu părinții sau cu familia de proveniență (57,3%),
- la polul opus, se situează beneficiarii care locuiesc doar cu copiii (1,9%) și cei care locuiesc cu prietenii (1,8%).

Grafic nr. 8-6: Situația locativă a persoanelor admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri (%)



Sursa ANA

În funcție de sexul beneficiarului, se remarcă următoarele caracteristici în ceea ce privește situația locativă a consumatorilor de droguri:

- aproximativ 2/3 (64,8%) dintre bărbați locuiesc cu părinții sau familia de proveniență, în timp ce, în aceeași situație se regăsesc aproximativ 1/3 dintre femei (34,9%);
- pe următorul loc, în procente aproximativ egale, bărbații locuiesc singuri (8%) sau cu partenerul și copiii (8,5%), în timp ce femeile doar cu partenerul (19,1%) sau cu partenerul și copiii (20,8%).

Tabel nr. 8-4: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de situația locativă și sexul beneficiarilor (%)

Situația locativă	Masculin	Feminin	Total
Singur	8	8,1	8,1
Cu părinții sau familia din care provine	64,8	34,9	57,3
Doar cu copiii	0,8	5,2	1,9
Doar cu partenerul	6,2	19,1	9,5
Cu partenerul și copiii	8,5	20,8	11,6
Cu prietenii	1,9	1,5	1,8
Altele	9,8	10,4	9,9
Total	100	100	100

Sursa ANA

În funcție de categoriile de droguri consumate, beneficiarii serviciilor de asistență medicală ca urmare a consumului de droguri, se repartizează astfel:

- cu părinții sau familia de proveniență locuiesc 3/4 dintre beneficiarii consumatori de SNPP (75,2%) și 2/3 dintre beneficiarii consumatori de stimulanți (69,2%);
- cu partenerul și copiii locuiesc mai mult de 10% dintre beneficiarii consumatori de opiacee (14%) și mai puțin de 10% dintre beneficiarii consumatori de cocaină (9,1%);
- în schimb, aproximativ un sfert dintre consumatorii de halucinogene (25%) și dintre cei de stimulanți (23,1%) locuiesc singuri.

Tabel nr. 8-5: Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de situația locativă și categorii de droguri (%)

Situația locativă	Categoriile de droguri								Total
	opiacee	cocaină	stimulanți	halucinozene	solvenți și inhalanți	canabis	alte substanțe	SNPP	
Singur	6,7	13,6	23,1	25	14,8	6,9	16,4	7,7	7,8
Cu părinții sau familia din care provine	58,3	22,7	69,2	50	55,6	62,4	56,4	75,2	64,4
Doar cu copiii	1,1	0	0	0	3,7	0	1,8	0,7	0,8
Doar cu partenerul	9,8	9,1	0	0	3,7	6,0	5,5	2,6	6,4
Cu partenerul și copiii	14	9,1	0	0	0	4,1	12,7	1,6	7,7
Cu prietenii	1,4	4,5	7,7	0	3,7	2,8	1,8	2,5	2,1
Altele	8,8	40,9	0	25,0	18,5	17,9	5,5	9,7	10,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sursa ANA

8.1.1.2 Date din indicatorul urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive

Ca urmare a faptului că în anul 2012, Agenția Națională Antidrog a introdus în protocolul de colectare a datelor privind urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive câmpuri noi referitoare la „Nivelul educațional” și „Statusul ocupațional”, prezentăm, mai jos, rezultatele analizei acestora.

Astfel, în funcție de **statusul ocupațional** al persoanelor examinate, analiza cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite arată următoarea distribuție în anul 2012:

- mai mult de jumătate din totalul beneficiarilor sunt persoane neangajate (56,3%);
- aproximativ un sfert sunt elevi/ studenți (26,9%);
- 12,7% sunt angajați
- la polul opus, 1,3% fiind inactivi economic.

În funcție de sexul beneficiarului, se constată diferențe în ceea ce privește categoriile ocupaționale ale celor care au apelat în 2012 la asistență medicală de urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite:

- categoria „elev/student”, este mai puternic reprezentată în rândul persoanelor de sex feminin, comparativ cu bărbații (38,3% față de 23,9%);
- în schimb, într-o proporție de aproximativ 3 ori mai mare, persoanele de sex masculin care s-au prezentat la secțiile de primiri urgențe din cauza unor probleme determinate de consumul de droguri ilicite, se numără în categoria celor angajate, în comparație cu persoanele de sex feminin (14,6% față de 5,7%).

Tabel nr. 8-6: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și status ocupațional (%)

Status ocupațional	Sexul		Total
	Masculin	Feminin	
Angajat	14,6	5,7	12,7
Elev/ student	23,9	38,3	26,9
Inactiv economic	1,2	1,9	1,3
Neangajat	57,3	52,3	56,3
Altele	3	1,9	2,8
Total	100	100	100

Sursa: ANA

În funcție de substanța consumată, statusul ocupațional al persoanelor prezentate în serviciile de urgență pentru probleme de sănătate determinate de consumul de droguri, se prezintă astfel:

- în rândul consumatorilor de cannabis predomină persoanele neangajate (40,9%) și elevii/ studenții (34,5%);
- în rândul consumatorilor de cocaină, se regăsesc în proporții egale (33,3%) persoane neangajate și elevii/ studenții;
- în rândul consumatorilor de SNPP predomină persoanele neangajate (57,5%) și elevii/ studenții (30,1%);
- în rândul consumatorilor de halucinogene se regăsesc în proporții egale (29,4%) persoane angajate și elevii/ studenții;
- categoria consumatorilor de opiacee este dominată de persoanele neangajate (75,6%),
- categoria consumatorilor de stimulanți este alcătuită din elevi/ studenți (60%) și persoane neangajate (40%);
- în rândul consumatorilor de droguri generic predomină persoanele neangajate (54,5%) și elevii/ studenții (36,4%);
- categoria consumatorilor de solvenți volatili este alcătuită din elevi/ studenți (18,5%) persoane neangajate (59,3%) și alte situații (22,2%).

Pe de altă parte, dacă în interiorul fiecărei categorii ocupaționale considerăm o repartitie egală a indivizilor în funcție de drogul consumat, se observă următoarele:

- în rândul persoanelor angajate, consumatorii de cannabis reprezintă categoria cu cea mai puternică reprezentare (înregistrând cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate: 3;2), în timp ce consumatorii de SNPP, se situează la polul opus cu cea mai slabă reprezentare (înregistrând cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate:-3;2);
- în categoria ocupațională elev/ student, cel mai puternic reprezentați sunt consumatorii de SNPP (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate: 2,1), iar cel mai slab reprezentați sunt cei de opiacee (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate: -5,8);
- în rândul persoanelor inactive economic, se înregistrează cea mai puternică reprezentare în rândul consumatorilor de cocaină (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate:2,8), iar cea mai slabă în rândul celor de SNPP (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -1,9);
- în categoria persoanelor neangajate, consumatori de cannabis reprezintă categoria cu cea mai slabă reprezentare (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -3;4), în timp ce consumatorii de opiacee, se situează la polul opus cu cea mai puternică reprezentare (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate:3;8).

Tabel nr. 8-7: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de status ocupațional și categorii de droguri (%)

Status ocupațional	Categorii de droguri								Total
	canabis	cocaină	SNPP	halucino-gene	opiacee	stimulanți	droguri generice	solvenți volatili	
Angajat	20,9	22,2	9,4	29,4	19,8	0	3	0	11,8
Elev /student	34,5	33,3	30,1	29,4	1,2	60	36,4	18,5	27,9
Inactiv economic	1,8	11,1	0,7	5,9	1,2	0	3	0	1,1
Neangajat	40,9	33,3	57,5	23,5	75,6	40	54,5	59,3	56,1
Altele	1,8	0	2,4	11,8	2,3	0	3	22,2	3,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: ANA

În funcție de **nivelul educațional** al persoanelor care au solicitat asistență medicală de urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite, analiza cazuisticii arată următoarea distribuție în anul 2012:

- în cea mai mare parte, pacienții serviciilor de urgență au un nivel scăzut de educație: 5,4% nu au fost niciodată la școală sau au nivel educațional primar incomplet, 45,1% au educație primară și 40,3% educație secundară;
- mai puțin de 10% au un nivel superior de educație (9,3%).

Tabel nr. 8-8: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și nivelul educațional (%)

Nivel educațional	Masculin	Feminin	Total
Nu a fost niciodată la școală/ nivel primar incomplet	4,4	8,8	5,4
Nivel primar	42,2	56	45,1
Nivel secundar	43,5	28,2	40,3
Nivel superior	9,9	6,9	9,3
Total	100	100	100

Sursa: ANA

Referitor la diferențele dintre sexe, în privința nivelului educațional, se observă că, bărbații au un nivel secundar de educație într-o proporție mai mare (43,5% comparativ cu 28,2%), spre deosebire de femei care se regăsesc în proporție de 56% în rândul persoanelor cu nivel primar de educație.

Tabel nr. 8-9: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de nivelul educațional și categorii de droguri (%)

Nivel educațional	Categorii de droguri								Total
	canabis	cocaină	SNPP	halucinogene	opioacee	stimulanți	droguri generice	solvenți volatili	
Nu a fost niciodată la școală/ nivel primar incomplet	1	11,1	6,2	0	1,6	0	3,7	12,5	5
Nivel primar	33,3	22,2	46,9	38,9	43,5	25	48,1	70,8	45
Nivel secundar	54,5	55,6	39,3	55,6	46,8	0	40,7	4,2	41,3
Nivel superior	11,1	11,1	7,6	5,6	8,1	75	7,4	12,5	8,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: ANA

În funcție de substanța consumată, nivelul educațional al persoanelor care au solicitat asistență medicală de urgență pentru probleme determinate de consumul de droguri se prezintă astfel:

- în rândul consumatorilor de cannabis predomină persoanele cu studii secundare (54,5%) și primare (33,3%);
- majoritatea consumatorilor de cocaină au studii secundare (55,6%);
- în rândul consumatorilor de SNPP predomină persoanele cu studii primare (46,9%), acestea fiind urmate de cele cu studii secundare (39,3%);
- în rândul consumatorilor de halucinogene, cei mai mulți au studii secundare (55,6%) sau primare (38,9%);
- în rândul consumatorilor de opioacee, se regăsesc în proporții relativ egale persoane cu studii primare (43,5%), respectiv secundare (46,8%);
- categoria consumatorilor de stimulanți este alcătuită din persoane cu studii superioare (75%) și persoane cu studii primare (25%);

- în rândul consumatorilor de droguri generic predomină persoanele cu studii primare(48,1%) și cele cu studii secundare (40,7%);
- categoria consumatorilor de solvenți volatili este alcătuită în cea mai mare parte de persoane cu nivel primar de educație (70,8%).

Pe de altă parte, dacă în interiorul fiecărui nivel educațional considerăm o repartiție egală a indivizilor, în funcție de drogul consumat se observă următoarele:

- în rândul persoanelor fără educația sau cu nivel foarte scăzut (nu a fost niciodată la școală/ nivel primar nefinalizat), consumatorii de cannabis reprezintă categoria cu cea mai slabă reprezentare (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -2,0), în timp ce consumatorii de solvenți, se situează la polul opus cu cea mai puternică reprezentare (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate:1,7);
- în rândul persoanelor care au apelat la servicii de urgență pentru consum de droguri și care au un nivel educațional primar, cel mai puternic reprezentați sunt consumatorii de cannabis (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate:2,9), iar cel mai slab reprezentați sunt cei de solvenți (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -3,8);
- persoanele cu nivel educațional secundar, au cea mai puternică reprezentare în rândul consumatorilor de cannabis (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate:2,9), iar cea mai slabă în rândul celor de solvenți (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -3,8);
- în categoria persoanelor cu studii superioare, consumatorii de stimulanti reprezintă categoria cu cea mai puternică reprezentare (cea mai mare valoare între valorile observate și cele așteptate: 4,7), în timp ce consumatorii de SNPP, se situează la polul opus cu cea mai slabă reprezentare (cea mai mică valoare între valorile observate și cele așteptate -1,4).

8.1.1.3. Date din studii

În anul 2012, ANA a realizat primul studiu specific pentru evaluarea riscului/ gradului de excludere socială cu care se confruntă persoanele consumatoare de droguri⁹⁸.

Scopul principal al cercetării a constat în evaluarea gradului de excludere socială a consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat, iar prin obiectivele specifice s- au urmărit următoarele aspecte:

- cunoașterea nivelului educațional, statutului ocupațional și a condițiilor locative ale consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat;
- cunoașterea percepției consumatorilor problematici de droguri care nu sunt în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat privind accesul la un loc de muncă, accesul la educație și accesul la serviciile medicale, psihologice sau sociale.

Metoda de eșantionare a fost selecția aleatorie simplă, dar la aplicarea acesteia s-a ținut cont de îndeplinirea simultană a criteriilor de includere⁹⁹ în eșantion și totodată de neîndeplinirea niciunuia dintre

⁹⁸<http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final%20OK.pdf>

⁹⁹ Criterii de includere în eșantion: consumator de droguri în ultimele 12 luni anterioare interviului, vârsta cuprinsă între 18-49 de ani (ambele incluse), abilitate mentală și fizică de a înțelege întrebările și instrucțiunile, consimțământ scris în vederea participării la cercetare, să fi locuit în București cel puțin 6 luni din cele 12 luni anterioare datei interviului (județul Ilfov este inclus)

criteriile de excludere¹⁰⁰ stabilite. Eșantionul a cuprins 400 consumatori de droguri din București (74,2% bărbați și 25,8% femei; 95% născuți în mediul urban și 5% mediul rural).¹⁰¹

Rezultate

• Existența documentelor de identitate

Dintre cei chestionați, 4,5% se află în situația de a nu deține documente de identitate, ceea ce determină un risc ridicat de marginalizare socială, prin limitarea accesului acestora la serviciile de bază necesare oricărui cetățean – înregistrarea la un medic de familie, înscrierea la școală, angajarea, participarea la vot etc.

În funcție de drogul principal consumat, nu au documente de identitate: 20% dintre consumatorii de metadonă; 16,7% dintre consumatorii de hașiș; 14,8% dintre consumatorii de SNPP și 9,8% dintre consumatorii de heroină.

• Percepția riscului de excludere socială

Doar 21,4% dintre respondenți consideră că se află într-o situație dificilă din cauza consumului de droguri, cele mai invocate probleme fiind lipsa banilor (41,9%) și a suportului familial (23,9%). Lipsa pregătirii școlare sau profesionale nu reprezintă o situație dificilă, în opinia participanților la studiu, doar 6% considerându-se excluși din acest motiv.

Aproximativ toate persoanele (92,9%) care se consideră a fi într-o situație dificilă ca urmare a consumului de droguri sunt consumatori de heroină (56%) și SNPP (36,9%). Doar pentru consumatorii de cannabis, cocaină și metadonă s-au mai înregistrat cazuri care se consideră într-o astfel de situație, procentele fiind nesemnificative în structura populației care se percepe ca fiind exclusă social (2,4%).

Tabel nr. 8-10: Motivele excluderii sociale, în funcție de drogul principal de consum (%)

Drog principal	Motivele excluderii					Total
	Lipsa unei pregătiri școlare/profesionale	Lipsa suportului familial	Lipsa unei locuințe corespunzătoare	Lipsa banilor	Absența prietenilor	
Canabis	0	1,2	0	1,2	1,2	2,4
Cocaină	0	1,2	1,2	0	0	2,4
Heroină	4,8	19	9,5	33,3	4,8	56
Metadonă	1,2	2,4	0	0	0	2,4
SNPP	2,4	9,5	7,1	23,8	3,6	36,9
Total	8,3	33,3	17,9	58,3	9,5	100

Notă: diferența până la 100 reprezintă altă situație
Sursa: ANA

• Accesul la un loc de muncă/ obținerea de venituri

În funcție de statusul profesional, consumatorii de droguri din București sunt fie angajați cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată (33,6%), fie nu au ocupație sau stau acasă (38,5%). Aproximativ o zecime au declarat că sunt angajați cu contract de muncă pe perioadă determinată (9,4%) sau fără contract de muncă (12,8%).

¹⁰⁰ Criterii de excludere din eșantion: se află în evidența serviciilor de asistență oferite în sistem public sau privat, a mai răspuns la chestionar în acest studiu, incapacitate mentală sau fizică de a coopera la aplicarea chestionarului, să înțeleagă limba română suficient de bine, să nu sufere o tulburare psihică care să împiedice înțelegerea și realizarea interviului, să nu se aplece sub influența alcoolului sau altor droguri astfel încât acest fapt să împiedice realizarea interviului etc.

¹⁰¹ Colectarea datelor s-a realizat prin intermediul reprezentanților Asociației CARUSEL

Tabel nr. 8-11: Statusul profesional, în funcție de drogul principal de consum (%)

Drog principal	Statusul profesional							Total
	Angajat cu contract de muncă pe perioadă determinată	Angajat cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată	Lucrez fără contract de muncă	Pensionar/pensionat medical	Casnic/ă/fără ocupație	Șomer aflat în evidență	Șomer ieșit din evidență	
solvenți	0	0	0	0	0	0	0,3	0,3
canabis	8,5	26,1	5,8	0	9	0,5	0,5	52,3
cocaină	0,5	4	0,5	0	2,3	0	0	7,5
ecstasy	0,5	1,3	0	0	0,3	0	0	2
hașiș	0	0,5	0,3	0	0,8	0	0	1,5
heroină	0	1,5	3,8	0,3	14,8	0	0	20,6
ketamină	0	0,3	0,8	0	0	0	0	1
metadonă	0	0,3	0	0	1	0	0	1,3
SNPP	0	0,3	2	0	11,1	0	0	13,6
Total	9,5	34,2	13,1	0,3	39,2	0,5	0,8	100

Notă: diferența până la 100 reprezintă altă situație

Sursa: ANA

În timp ce, majoritatea angajaților cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată sunt consumatori de canabis (26,1% dintre cei 34,2%), consumatorii de heroină și SNPP se află în situația opusă (14,8% și 11,1% dintre cei 39,2%) fiind fără ocupație sau casnic(ă).

Ca modalități de obținere a banilor, au fost prezentate atât munca pe bază de contract, întreținere parentală, dar și prestarea unor munci ocazionale și activități ilegale (servicii sexuale sau vânzarea de droguri).

Tabel nr. 8-12: Modalități de obținere a banilor, în funcție de drogul principal de consum (%)

Drog principal	Modalități de obținere a banilor							Total
	Muncă, pe bază de contract	Bani de la partener/părinți sau alte rude	Ajutor social/șomaj/pensie/alte ajutoare sociale	Bursă de studii	Munci ocazionale fără contract	Vânzarea serviciilor sexuale	Vânzare de droguri	
solvenți	0	0	0	0	0	0	0	0,3
canabis	36,4	18,3	0	0,8	9,7	0	1,5	52,4
cocaină	4,6	3,8	0	0	2,3	0	0	7,6
ecstasy	1,5	0,5	0	0	0,3	0	0	2
hașiș	0,5	1	0	0	0	0	0	1,5
heroină	1,3	7,9	0,3	0	12,7	0,8	0	20,6
ketamină	0,3	0	0	0	0,8	0	0	1
metadonă	0,3	0,8	0	0	0,5	0	0	1,3
SNPP	0	5,3	0	0	8,7	2,3	0,5	13,2
Total	44,8	37,7	0,3	0,8	34,9	3,1	2	100

Sursa: ANA

În funcție de drogul principal, activitățile prestate în vederea obținerii venitului sunt:

- pentru consumatorii de canabis, cocaină, ecstasy: angajat pe bază de contract de muncă, întreținere din partea familiei, prestarea unor munci ocazionale, dar și comercializarea drogurilor (în cazul consumatorilor de canabis);
- pentru consumatorii de heroină, metadonă, SNPP: întreținere din partea familiei, prestarea unor munci ocazionale, dar și prestarea unor servicii sexuale (în cazul consumatorilor de heroină și SNPP) și comercializarea drogurilor (în cazul consumatorilor de SNPP).

- **Accesul la serviciile de sănătate**

Aproximativ o treime (31%) din cei cuprinși în eșantion au declarat că nu sunt înscriși la un medic de familie. Dintre cei care nu se află în evidența niciunui medic de familie, 36,3% sunt consumatori de heroină, 31,5% sunt consumatori de SNPP și 21% au declarat canabisul ca drog principal de consum. De asemenea, dintre cei care nu au un medic de familie, două treimi au menționat consumul injectabil de droguri (64,5%), în timp ce 24,5% au declarat consumul de droguri prin fumat/ inhalare.

Dintre problemele de sănătate determinate de consumul de droguri, cea mai des invocată a fost infecția cu virusul hepatic C – 69%, aceasta fiind urmată de infecția cu HIV – 16,7% și de abcesele cauzate de injectare – 14,3%. Alte probleme de sănătate menționate de respondenți au fost: dureri musculare, tulburări psihice, dureri de cap, transpirație excesivă, dureri ale articulațiilor, probleme de vedere, pierderi în greutate, pierderi de memorie, oboseală, amețeli etc.

- **Accesul la educație/ cultură**

În vederea evaluării percepției consumatorilor de droguri privind obținerea unui status educațional satisfăcător au fost adresate întrebări legate de nivelul propriu de pregătire în raport cu aspirațiile. 61,2% dintre respondenți au declarat că nivelul de pregătire la care au ajuns este suficient pentru ceea ce și-au dorit să facă în viață, iar 0,5% consideră că instruirea obținută este chiar prea ridicată comparativ cu aspirațiile profesionale.

Consumatorii de heroină (71,2%), metadonă (80%) și SNPP (75%) sunt în cea mai mare măsură nemulțumiți de nivelul educației pe care l-au obținut față de aspirațiile pe care le au/ le-au avut în viață.

Cei aproximativ o treime (38,3%) care se consideră insuficient pregătiți în raport cu aspirațiile personale, au menționat lipsa propriei motivații ca fiind principalul motiv al stagnării în privința obținerii statusului educațional dorit (17,3%). Pe următorul loc se situează dificultățile materiale ale familiei de origine (12%).

Consumul de droguri și influența negativă a anturajului sunt motive considerate ca fiind decisive în obținerea unui grad de instruire satisfăcător în raport cu aspirațiile, în proporții relativ egale (11%, respectiv 10,5%).

8.1.2 CONTEXTUL LEGAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

Așa cum s-a menționat și în rapoartele precedente, contextul legal și politicile în domeniu au fost reprezentate de:

- **Strategia Națională Antidrog 2005-2012¹⁰² și Planul de acțiune pentru perioada 2010-2012¹⁰³;**
- **Programul de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri- 2009-2012¹⁰⁴;**
- **Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale 2011 – 2013** aprobată prin Memorandum, în ședința Guvernului României din data de 28 februarie 2011 și **Planul de acțiune pentru**

¹⁰² Hotărârea Guvernului nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea 1, nr.112 din 3 februarie 2005)

¹⁰³ Hotărârea Guvernului nr. 1369 din 23 decembrie 2010 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea 1, nr. 38 din 17 ianuarie 2011)

¹⁰⁴ Hotărârea Guvernului nr.1101/2008 pentru aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri 2009 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României nr.672 din 30.09.2008), modificată și completată cu HG 939/2009 pentru modificarea anexei la HG nr. 1102/2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012 (Monitorul Oficial al României nr. 593/27.08.2009)

implementarea Strategiei privind reforma în domeniul asistenței sociale 2011 – 2013, adoptat prin Ordinul nr. 1313/2011;

- **Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale**¹⁰⁵.

Menționăm, de asemenea, axele prioritare și domeniile de intervenție specifice prevăzute în cadrul programelor structurale, prin care pot fi accesate fonduri structurale în vederea desfășurării de proiecte destinate reintegrării și reinserției sociale a persoanelor consumatoare de droguri:

- Programul Operațional Regional (POR) 2007- 2013 urmărește, printre altele, crearea premiselor necesare pentru asigurarea populației cu servicii esențiale, contribuind astfel la atingerea obiectivului european al coeziunii economice și sociale, prin îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate, educație, sociale, și pentru siguranță publică în situații de urgență. Programul prevede ca axă prioritară „îmbunătățirea infrastructurii sociale, de sănătate și siguranță publică în situații de urgență; modernizarea infrastructurii educaționale”. Printre domenii de intervenție stabilite pentru această axă prioritară, se află:

- reabilitarea/ modernizarea/ echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate;
- reabilitarea/ modernizarea/ dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale;
- îmbunătățirea dotării cu echipamente a bazelor operaționale de intervenție în situații de urgență;
- reabilitarea/ modernizarea/ dezvoltarea și echiparea infrastructurii educaționale preuniversitare, universitare și a infrastructurii pentru formare profesională continuă.

- Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU¹⁰⁶)- document propus de România și aprobat de Comisia Europeană care definește o strategie de dezvoltare, intervenția Fondului Social European sprijinind atingerea obiectivelor în domeniul dezvoltării resurselor umane.

Una din axele prioritate tematice este “ Promovarea incluziunii sociale”, care are ca și domenii majore de intervenție:

- Dezvoltarea economiei sociale;
- Îmbunătățirea accesului și participării grupurilor vulnerabile pe piața muncii,
- Promovarea egalității de șanse pe piața muncii,
- Inițiativele transnaționale pentru o piață inclusivă a muncii.

O prioritate a acestor domenii de intervenție constă în crearea unei rețele de Centre de Incluziune Socială care să desfășoare activități, precum: dezvoltarea competențelor care să le permită persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile să-și asume roluri sociale și economice, dobândirea de competențe profesionale și formare profesională în vederea ocupării, recalificare sau formare profesională ulterioară.

8.2 REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI

SERVICII ȘI PROIECTE ALE AGENȚIEI NAȚIONALE ANTIDROG

Organizarea sistemului de asistență destinat consumatorilor de droguri din România, reprezintă la nivel conceptual și juridic, o combinație de intervenții terapeutice, sub forma unui continuum, acoperind tot spectrul de servicii (centre, programe etc) disponibile consumatorului de droguri, în concordanță cu nevoile acestuia și într-o perioadă de timp dată, dar și totalitatea serviciilor oferite subsecvent pe parcursul evoluției tulburării, ca parte a procesului de recuperare și de reinserție socială.

Raportat la nivelurile de asistență, serviciile acordate în anul 2012, au constat în:

- primul nivel de asistență - cu suportul financiar, logistic și metodologic al Agenției Naționale Antidrog, un număr de 2 organizații neguvernamentale (ARAS și CARUSEL) au consolidat serviciile oferite de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri;
- al doilea nivel de asistență - reprezentat de cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, care au un număr insuficient de profesioniști (medic, psiholog și asistent social);
- al treilea nivel de asistență, cel care asigură reinserția socială a consumatorilor de droguri: Serviciile aferente acestui nivel au fost furnizate de mediul privat și, parțial de către Agenția Națională Antidrog,

¹⁰⁵ reglementează cadrul general de organizare, funcționare și finanțare a sistemului național de asistență socială în România”

¹⁰⁶ Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, „Investește în oameni”

prin Centrul de zi Pericle cu o capacitate de 10 locuri¹⁰⁷; în perioada ianuarie – decembrie 2012 în evidența acestui centru au fost luați în evidență 37 beneficiari unici. De asemenea, s-au făcut demersuri pentru deschiderea sau funcționarea unor centre specifice acestui nivel de asistență: centrul de zi cu o capacitate de 30 de locuri din București, comunitățile terapeutice Dejeni și Bălan și centrul de zi pentru minori din București; resursa umană de specialitate limitată, corelată cu imposibilitatea de a recruta personal din sursă externă, lipsa spațiilor adecvate și limitările legislative privind achizițiile de spații, construcții și amenajări, au împiedicat Agenția Națională Antidrog să deschidă aceste centre în anul 2012.

PROIECTE:

1. PROIECTUL “CREAREA SISTEMULUI NAȚIONAL INTEGRAT PRIVIND REABILITAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI CARE AU COMIS INFRAȚIUNI”- MATRA MPAP – MAT09/RM/9/1

Scopul acestui proiect, fundamentat pe Recomandarea Comisiei Europene de întărire a capacității instituționale a autorităților judiciare românești, a constat în elaborarea și implementarea unui sistem inter-instituțional de lucru care să asigure accesul la tratament al consumatorilor de droguri care au comis infracțiuni, ca alternativă la executarea pedepsei cu închisoare.

În martie 2012, proiectul s-a finalizat printr-o conferință, ocazie cu care s-au distribuit următoarele materiale: manualul de proceduri de lucru „Reabilitarea integrată a consumatorilor dependenți de droguri care au săvârșit fapte penale” (utilizabil pentru replicarea proiectului și în organizarea activității echipelor pluridisciplinare) și filmul de promovare a proiectului.

2. PROIECTUL „CREAREA A 3 COMUNITĂȚI TERAPEUTICE ÎN PENITENCIARELE RAHOVA, JILAVA ȘI TÂRGȘOR” - RO-0034

Acest proiect s-a derulat în perioada 2009- 2012, având ca obiectiv general sprijinirea reintegrării sociale după momentul liberării din penitenciar a foștilor consumatori de heroină și o perioadă de sustenabilitate de 5 ani (2012- 2017).

În perioada ianuarie- februarie 2012, în cadrul acestui proiect au fost organizate grupuri de lucru pentru îmbunătățirea și adaptarea **Ghidului de bune practici** în conformitate cu cadrul legislativ în domeniul asistenței persoanelor consumatoare de droguri din România.

În anul 2012, cele 3 comunități terapeutice (create în penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor) și-au continuat activitatea, astfel: în primul semestru, în vederea includerii în cadrul acestor servicii, au fost evaluate 81 persoane, din care 65 au parcurs programul comunităților terapeutice, iar 12 dintre acestea au continuat procesul de reabilitare și reintegrare socială în cadrul CPECA/ CAIA. În noiembrie 2012, au fost organizate sesiuni de intervizare și vizite de monitorizare a activităților din cadrul acestor comunități terapeutice.

Servicii și proiecte ale societății civile

- Proiectul „**A DOUA ȘANSĂ**”, cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, „Investește în oameni”, implementat în perioada 1 iulie 2010 – 1 iunie 2013, de Asociația Română Anti-Sida (ARAS), în parteneriat cu Asociația Integration, Asociația Sens Pozitiv și Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”.

Proiectul a oferit servicii de *harm reduction* și tratament substitutiv, dar obiectivul final a fost facilitarea accesului pe piața muncii pentru 3.500 persoane cu dublă vulnerabilitate: apartenența la etnia romă, femei, persoane aflate anterior în detenție, victime ale traficului de persoane, care sunt și consumatori de droguri injectabile din București, Ilfov, Timișoara și Constanța, prin creșterea nivelului de integrare socio-profesională a acestora, întărirea încrederii în sine, promovarea unui mediu de viață sănătos și sensibilizarea opiniei publice și a angajatorilor la problemele și nevoile acestor persoane.

¹⁰⁷ Înființat în cadrul Programul național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2008- 2012, aprobat prin H.G. nr. 1102/ 2008.

Obiectivele specifice:

O1. Îmbunătățirea situației economice, sociale, psihologice și medicale prin servicii integrate psiho-medico-sociale și de consiliere vocațională pentru beneficiari prin dezvoltarea unor centre fixe și servicii mobile ce vor oferi: asistență socială, tratament substitutiv pentru consumatorii de droguri injectabile, consiliere psihologică, consiliere ocupațională, prevenirea infecțiilor cu transmitere sanguină și sexuală, referire către alte servicii (ex. formare profesională);

O2. Motivarea și implicarea beneficiarilor în activități prin recrutarea și formarea educatorilor între egali din rândul grupului țintă;

O3. Informarea publicului larg și a angajatorilor cu privire la consumul de droguri și consumatorii de droguri prin campanie de informare;

O4. Capitalizarea experienței acumulate în timpul desfășurării proiectului, în vederea replicării lui în alte localități/ regiuni.

Ideea de bază a proiectului a constat în oferirea de servicii complexe în vederea integrării pe piața muncii. Toate serviciile au fost oferite cu respectarea standardelor de lucru și a eticii profesionale din medicină, psihologie și asistență socială, a drepturilor omului și a confidențialității, în baza rezultatelor anchetei sociale, a evaluării psihologice și medicale, astfel încât fiecare client să aibă parte de un plan individualizat de integrare socio-profesională.

După stabilizare, fiecare consumator va fi însoțit și sprijinit constant în vederea elaborării unui plan personalizat de integrare pe piața muncii, plan ce va fi urmărit de asistentul social responsabil de caz.

- Proiectul” **SĂRBĂTORILE SUNT PENTRU TOȚI**”, implementat în perioada luna decembrie 2012, în municipiul București, de Asociația Carusel, în parteneriat cu Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Romanian Harm Reduction Network- RHRN, cu un buget total de 8.000 de euro.

Scopul acestui proiect a fost îmbunătățirea calității vieții persoanelor marginalizate și expuse social, inclusiv consumatorii de droguri, iar obiectivul general a constat în sensibilizarea opiniei publice cu privire la grupurile marginalizate, prin organizarea unui cooking- event și distribuire de hrană caldă unui număr de 200 de persoane (consumatoare de droguri injectabile, persoane implicate în sexul comercial, persoane adulte fără adăpost).

În principiu, activitățile au avut caracter umanitar, urmărindu-se sensibilizarea comunității cu privire la dificultățile cu care se confruntă grupurile vulnerabile și marginalizate.

În privința rezultatelor se remarcă o deosebită implicarea comunitară, concretizată în:

- prezența mediului academic, în special studenți – viitori asistenți sociali (Facultatea de Sociologie și Asistență Socială - Universitatea din București);
- prezența Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, inclusiv a președintelui instituției.
- mobilizarea organizațiilor membre și parteneri din cadrul Romanian Harm Reduction Network (RHRN); participarea mediului de afaceri.

Concluzii:

1. La nivelul anului 2012, datele cu privire la problematica reprezentată de corelațiile sociale ale consumului de droguri au continuat să fie colectate prin monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*, intervenind și elemente de noutate reprezentate de:

- îmbunătățirea procesului de colectare a datelor privind urgențele medicale datorate consumului de droguri, prin introducerea a 2 variabile: statusul ocupațional și nivelul educațional;
- realizarea de către Agenția Națională Antidrog a primului studiu specific de evaluare a riscului sau a gradului de excludere socială cu care se confruntă persoanele consumatoare de droguri.

2. Luând în considerare aspectele evidențiate mai sus, precum și limitările metodologice ce derivă din acestea, putem concluziona că:

- în general, beneficiarii admiși la tratament pentru consum de droguri în 2012 sunt persoane neangajate (52,9%), cu nivel de educație cel mult secundar (primar - 45,1% și secundar - 40,3%), cu locuințe stabile (83,5%) și locuiesc cu părinții sau familia de proveniență (57,3%);
 - în privința cazurilor de urgențe medicale survenite ca urmare a consumului de droguri ilicite, raportate în anul 2012, pacienții care s-au adresat serviciilor de urgență sunt: neangajați în proporție de 56,3%, cu nivel de educație cel mult secundar (primar - 45,1% și secundar- 40,3%);
 - conform studiului realizat de ANA, consumatorii problematici de droguri din București care nu au fost incluși în servicii de asistență specifice (oferite în sistem public sau privat), sunt în cea mai mare parte fără ocupație sau stau acasă și doar într-o proporție mică (6%) se consideră excluși ca urmare a lipsei pregătirii școlare sau profesionale.
3. Numărul redus de proiecte de reintegrare socială a consumatorilor de droguri derulate în anul de referință este generat de proporția scăzută a furnizorilor activi care oferă consumatorilor de droguri servicii de reabilitare socială, corelată cu dezvoltarea insuficientă a serviciilor de la nivelele premergătoare de asistență (respectiv asistența de nivel I și II).

Capitolul 9 – Infraționalitatea la regimul drogurilor, prevenirea infraționalității la regimul drogurilor și sistemul penitenciar

România nu este o țară de producție a drogurilor, însă își păstrează calitatea de important punct de tranzit pe ruta Balcanică de traficare a drogurilor; opiul, morfina bază și heroina tranzitează România către Europa Centrală și de Vest dinspre Afganistan, Turcia, via Bulgaria sau Serbia, în timp ce precursorii de droguri se deplasează pe traseul invers rutei mai sus menționate, către Turcia și Afganistan via Bulgaria. Alături de statele cu ieșire la Marea Neagră, România este o rută alternativă/ secundară de introducere a cocainei în Europa, prin portul Constanța, în special a cocainei ce provine din Bolivia.

Totodată, scăderea prezenței cocainei pe piața drogurilor în România este un aspect înregistrat și la nivel internațional și confirmat în rapoartele U.N.O.D.C. ce semnalează scăderi cu peste 25% a suprafețelor cultivate cu coca în Columbia și peste 7% în Bolivia, piloni importanți ai producției de cocaină.

Astfel, situația confiscărilor de droguri realizate în România în anul 2012 conturează liniile generale de evoluție a fenomenului traficului de droguri la nivel global, anul de referință fiind amprentat de **cea mai mare cantitate confiscată de opiu** la nivel național în perioada 2001-2012, precum și de o semnificativă **dezvoltare/ extindere a culturilor de cannabis** atât în spații deschise, cât și închise.

9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR

9.1.1 INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR

A. NUMĂRUL DOSARELOR PENALE SOLUȚIONATE DE CĂTRE PARCHETE PENTRU COMITEREA DE INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR ȘI PRECURSORILOR

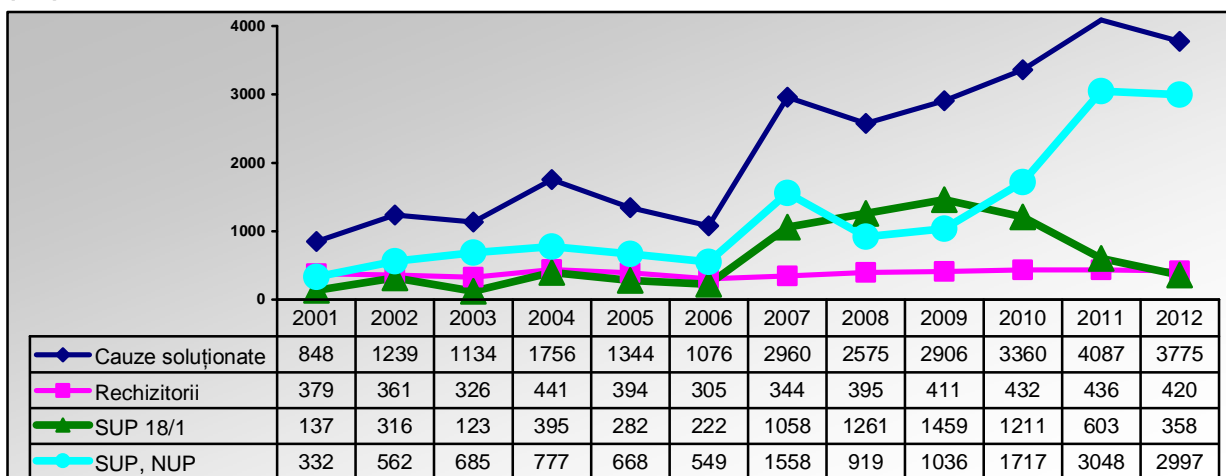
Conform datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infrațunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (structura centrală și cele 15 servicii teritoriale) pe parcursul anului 2012 numărul total al cauzelor soluționate a fost de **3.775 de cauze**, ceea ce reprezintă **o scădere de 7,63% față de anul 2011**, când au fost înregistrate **4.087 de cauze**.

În ceea ce privește soluțiile aplicate, în anul 2012, nu au fost înregistrate modificări semnificative referitoare la evoluția indicatorilor monitorizați, precum și a distribuției procentuale a soluțiilor aplicate din totalul cauzelor soluționate.

În acest sens, în anul de referință, **420 de cauze** (scădere cu **3.67%** față de anul 2011) au fost trimise instanțelor de judecată pentru continuarea procesului penal.

Din cele **3.775** de dosare penale soluționate în cursul anului 2012, de către DIICOT, **2.997** de dosare au fost soluționate cu propunere de **necontinuare a procesului penal**, din diverse motive prevăzute de lege, în timp ce numărul dosarelor finalizate cu **scoatere de sub urmărire penală conform art. 18¹ Cod penal** a fost de numai **358** de cauze.

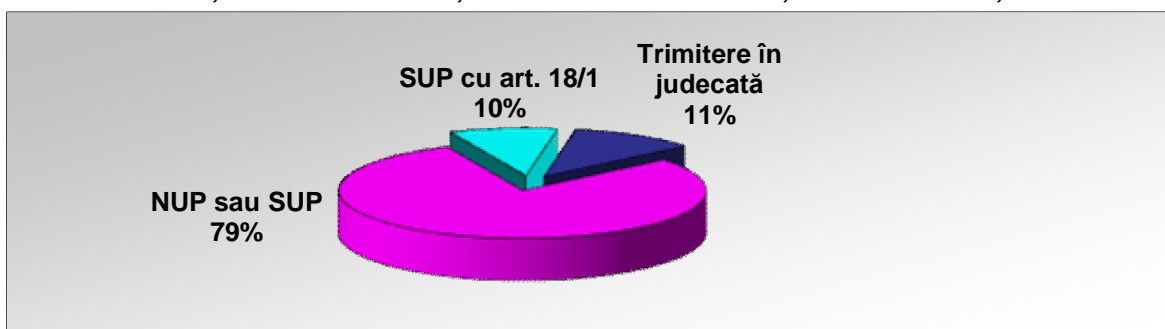
Grafic nr. 9-1: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001 - 2012 (nr.)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

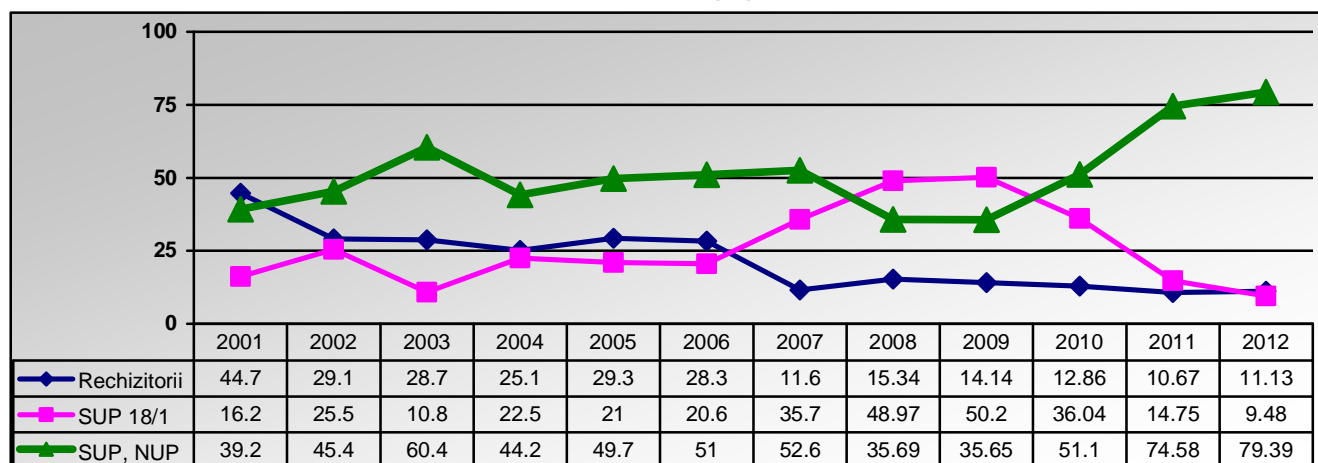
Astfel, anul **2012**, raportat la valorile procentuale înregistrate în anul **2011**, se remarcă prin **creșteri ale procentului** de cauze soluționate cu propunere de **trimitere în judecată** (de la **10,67%** la **11,13%**), precum și ale procentului de cauze penale cu soluție de **neîncepere a urmăririi penale sau de scoatere de sub urmărire penală** (de la **74,58%** la **79,39%**). În cazul dosarelor penale cu soluție de **scoatere de sub urmărire penală conform art. 18¹** se observă, dimpotrivă, o scădere a procentajului în totalul de dosare penale soluționate (de la **14,75%** la **9,48%**).

Grafic nr. 9-2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2012, în funcție de tipul soluției (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Grafic nr. 9-3: Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18¹, NUP sau SUP), 2012 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Marile aglomerări urbane, precum și zonele transfrontaliere au continuat să rămână și pe parcursul anului 2012, zonele cu potențial criminogen ridicat în domeniul criminalității la regimul juridic al drogurilor. Această concluzie este susținută de situația datelor statistice înregistrate la nivelul structurilor teritoriale ale DIICOT. Astfel, la nivelul municipiului **București** au fost soluționate **65,96% (2.490 de cauze)** din totalul cauzelor soluționate la nivel național, urmate de municipiul **Constanța** cu **4,56% (172 cauze penale)**, **Cluj** cu **4,08% (154 cauze penale)** și **Ploiești** cu **3,55% (134 cauze penale)**. De remarcat este faptul că, față de anul 2011, se înregistrează scăderi în ceea ce privește numărul cauzelor penale soluționate de către structurile teritoriale ale DIICOT. Structurile care au înregistrat **creșteri** sunt următoarele: **Târgu Mureș** (de la 49 în 2011, la 63 în 2012), **Brașov** (de la 47 în 2011, la 55 în 2012) și **Oradea** (34 de cauze în anul 2011, comparativ cu 41 în anul 2012).

Tabel nr. 9-1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2010 - 2012

Serviciul teritorial	Cauze soluționate											
	2010				2011				2012			
	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/NUP	Total	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/NUP	Total	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/NUP	Total
Alba Iulia	15	20	36	71	13	10	48	71	17	16	25	58
Bacău	8	8	29	45	8	8	99	115	12	4	51	67
Brașov	17	7	24	48	13	2	32	47	12	4	39	55
București	151	974	1092	2217	120	379	2025	2524	104	204	2182	2490
Cluj	25	31	33	89	47	48	97	192	36	32	86	154
Constanța	23	34	81	138	44	18	124	186	44	15	113	172
Craiova	18	24	68	110	26	16	106	148	23	18	86	127
Galați	24	3	67	94	14	9	63	86	28	5	46	79
Iași	11	40	45	96	19	47	57	123	8	19	37	64
Oradea	17	9	13	39	17	2	15	34	20	5	16	41
Pitești	6	9	15	30	12	11	46	69	14	2	34	50
Ploiești	29	13	86	128	25	9	120	154	26	7	101	134
Suceava	2	1	5	8	13	7	51	71	8	6	27	41
Tg. Mureș	10	3	18	31	10	10	29	49	13	11	39	63
Timișoara	30	27	33	90	28	26	57	111	36	10	50	96
Structura centrală	46	8	72	126	27	1	79	107	19	0	65	84

Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

B. SITUAȚIA PERSOANELOR CERCETATE ȘI TRIMISE ÎN JUDECATĂ DE CĂTRE PARCHETE

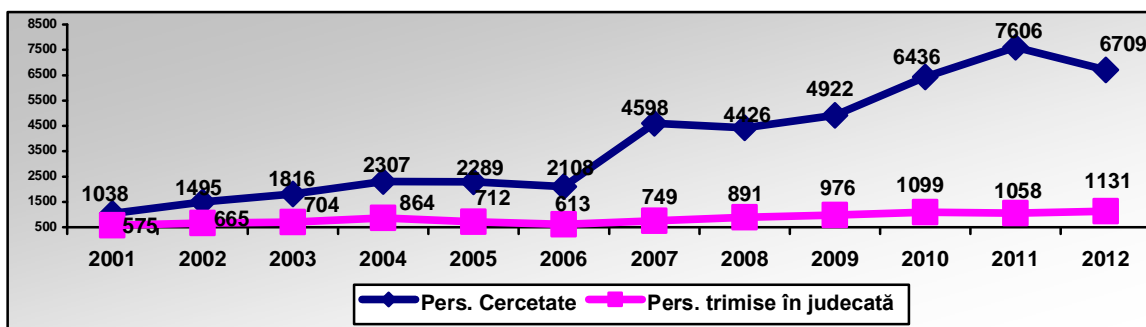
În anul 2012, se observă și scăderea numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor. Astfel, în cele **3.775 de cauze penale** soluționate de către unitățile de parchet au fost cercetate **6.709 persoane** (cu **11,79%** mai puține față anul 2011), din care **peste 40%**, respectiv **2.914 de persoane** au fost cercetate de către **Serviciul Teritorial al Municipiului București**.

Valoarea înregistrată în anul de referință denotă o scădere a acestui indicator comparativ cu anul 2011, însă se menține tendința generală de evoluție a acestui indicator înregistrată pentru perioada 2001-2010 de creștere constantă a numărului de persoane cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor.

Numărul persoanelor trimise în judecată în perioada de referință crește față de 2011. Astfel, în anul **2012**, din totalul de **6.709** persoane cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, **1.131**

persoane (16,86%) au fost trimise în fața instanțelor de judecată pentru continuarea procesului penal, în timp ce pentru diferența de 5.578 persoane au fost dispuse măsuri de scoatere de sub acuzare.

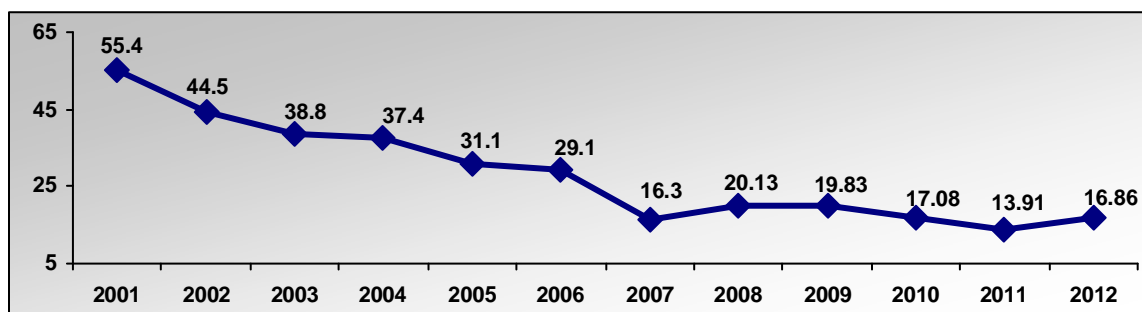
Grafic nr. 9-4: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001 - 2012



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Corelarea celor doi indicatori, respectiv a numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și a numărului de persoane trimise în judecată, evidențiază o ușoară tendință de creștere a ponderii persoanelor trimise în judecată din total (de la 13,91% în anul 2011, la 16,86% în 2012), deși totalul persoanelor cercetate este în scădere (de la 7606 persoane în 2011, la 6709 persoane în anul 2012).

Grafic nr. 9-5: Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001 - 2012 (%)



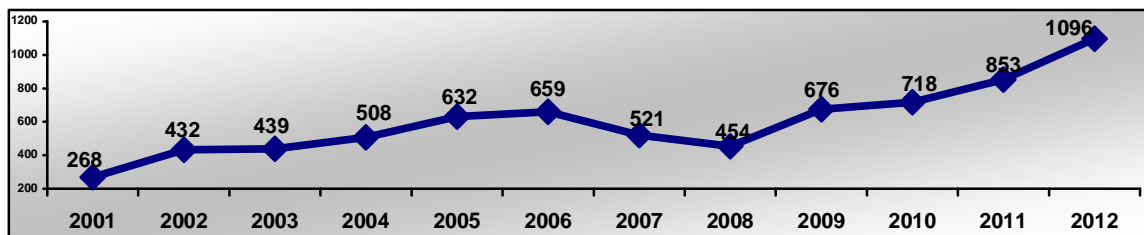
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

În ceea ce privește indicatorii demografici și socio-economici ai persoanelor trimise în judecată în anul 2012, pentru încălcarea prevederilor legale privind regimul drogurilor profilul conturat în anii precedenți se menține și în anul de referință. Astfel, persoana trimisă în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor este, în general, o persoană de sex masculin (89,83%), cu vârsta cuprinsă în intervalul 21-54 de ani (90,54%), din mediul urban (86,83%), cu un nivel de pregătire mediu (58,8%) și fără ocupație (70,47%).

C. SITUAȚIA PERSOANELOR CONDAMNATE DE CĂTRE INSTANȚELE DE JUDECATĂ

În cursul anului 2012, instanțele de judecată au stabilit vinovăția pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor pentru un număr de 1.096 de persoane (990 bărbați și 106 femei) dintre care 1.064 majori (959 bărbați și 105 femei) și 32 minori (31 de sex masculin și 1 de sex feminin). Evoluția acestui indicator denotă menținerea trendului ascendent înregistrat în anii precedenți, valoarea acestuia înregistrată pentru anul 2012 fiind cu 28,49% mai mare față de cea înregistrată în anul 2011.

Grafic nr. 9-6: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2012



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

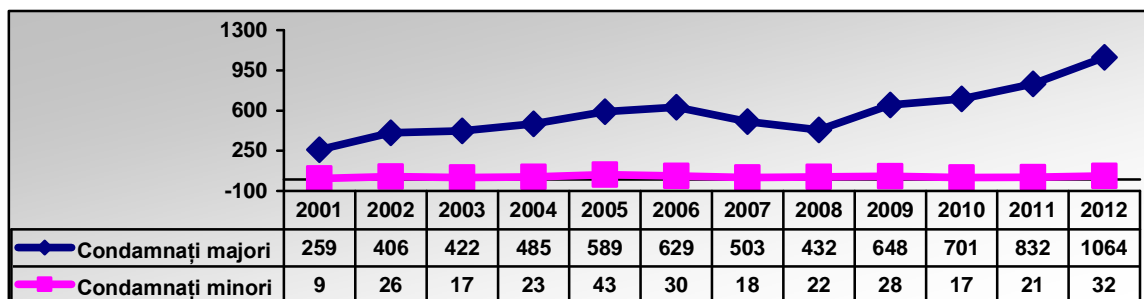
În anul de referință se constată o **scădere a ponderii persoanelor recidiviste** (11,59% în anul 2012, față de 14,07% în anul 2011), precum **și a persoanelor cu antecedente penale** (5,66% în anul 2012, față de 7,27% în anul 2011) din totalul persoanelor condamnate.

Totodată, cea mai mare parte (**74,82%**) din totalul persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor a continuat să o reprezinte **numărul persoanelor condamnate pentru infracțiunea de trafic de droguri**, astfel că **820** de persoane au fost condamnate în temeiul **art. 2 din Legea nr. 143/2000** pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare. De asemenea, **numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum personal a scăzut la 5,57% din totalul persoanelor condamnate** (61 de persoane condamnate în temeiul **art. 4 din Legea nr. 143/2000**).

Tot în anul 2012, din totalul persoanelor condamnate, **188** de persoane (**17,15%**) au fost condamnate pentru introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept, în temeiul **art. 3 din Legea nr. 143/2000** pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

Nivelul de implicare a **minorilor** în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor continuă să se mențină la valori reduse, **sub 3%**, majoritatea condamnărilor fiind pentru infracțiuni de trafic de droguri.

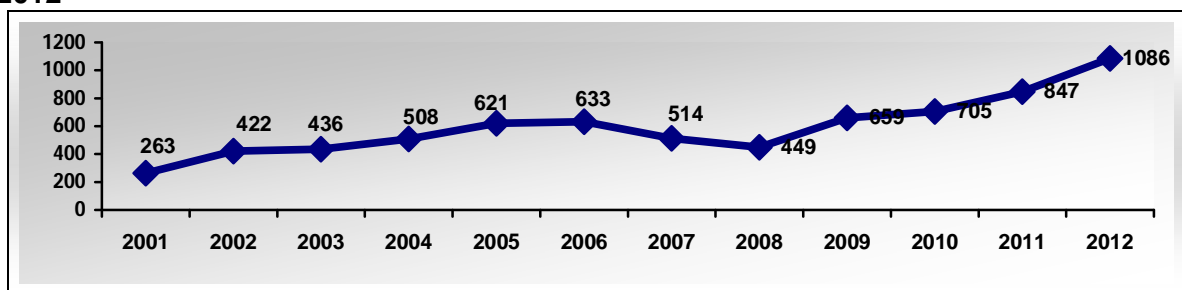
Grafic nr. 9-7: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2012



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește tipul pedepsei, în cursul anului 2012, la fel ca și în anii precedenți, instanțele de judecată au aplicat cu precădere pedeapsa închisorii. Din totalul celor **1.096** de persoane condamnate în anul **2012** pentru infracțiuni la regimul drogurilor, unui număr de **1.086** de persoane i-a fost aplicată **pedeapsa închisorii**, în timp ce **amenda penală** a fost aplicată unui număr de **10** persoane.

Grafic nr. 9-8: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 - 2012



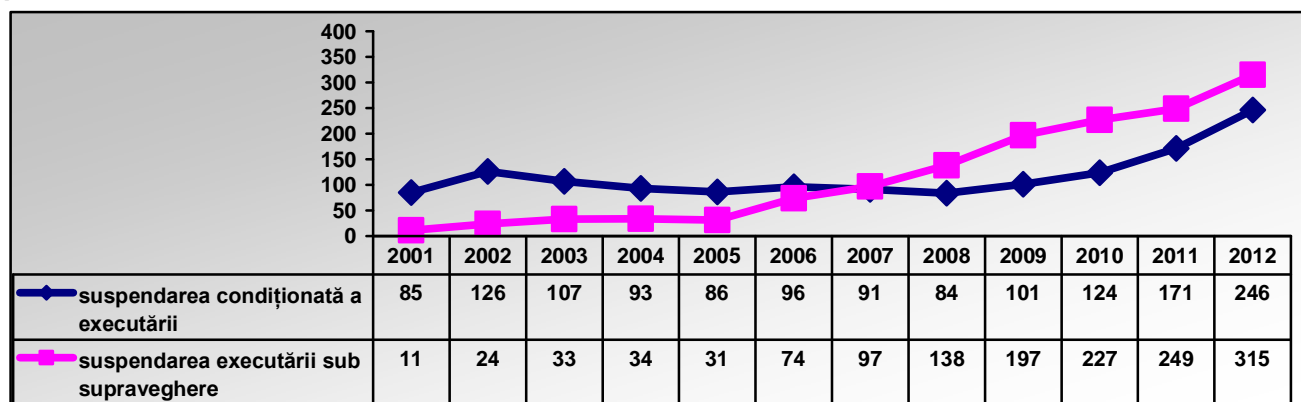
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Totodată, din totalul celor **1.086** de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, **520** de persoane (**47,88%**) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar**, **315** de persoane (**29%**) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere**, **246** de persoane (**22,66%**) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării**, și **5** persoane (**0,46%**) au fost condamnate la **executarea pedepsei la locul de muncă**.

Se constată faptul că numărul total al persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii continuă să crească constant, menținându-se în același timp și paritatea între pedepsele cu executare în mediul penitenciar (**47,88%**) și pedepsele cu suspendarea executării (**51,66%**).

Din totalul 520 de persoane **major** condamnate la pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar, **55,58% (289 persoane)** au fost condamnate la pedeapsa cu **închisoarea de la 1 la 5 ani**. Totodată, pentru un procent de **26,35% (137 persoane)** dintre persoanele majore condamnate tot la pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar, durata pedepsei cu **închisoarea a variat între 5 și 10 ani**.

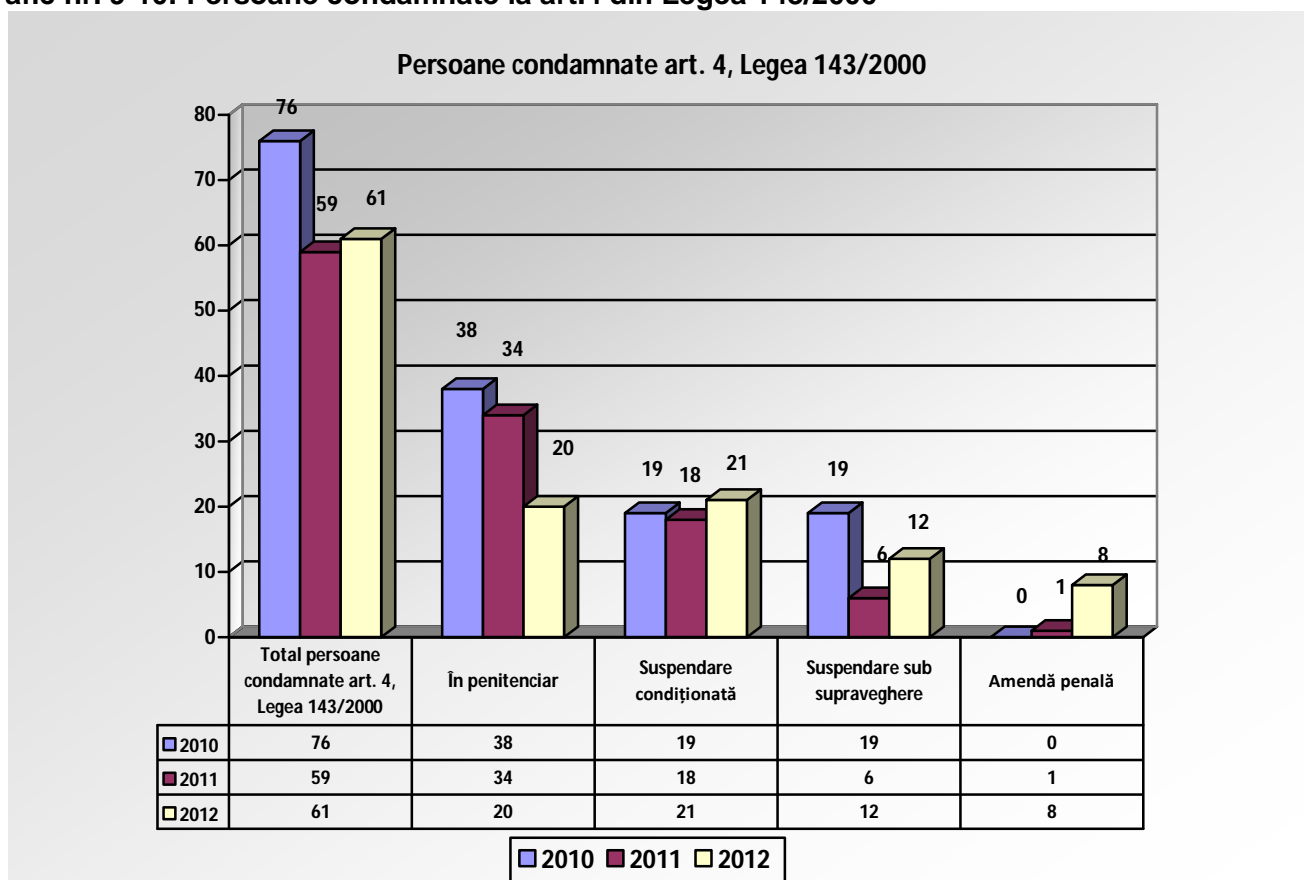
Grafic nr. 9-9: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 - 2012



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Din datele furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii, reține atenția faptul că pentru **20 de persoane** din cele 61 condamnate pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu (**art.4 Legea 143/2000**) instanțele de judecată au aplicat pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar, ceea ce reprezintă o scădere față de anul precedent când au fost înregistrate 34 astfel de cazuri dintr-un total de 59 de persoane. Pentru **33 de persoane** au fost aplicate **pedepse cu suspendarea executării**, astfel: 21 au primit pedeapsa cu suspendare condiționată și 12 cu suspendare sub supraveghere. Totodată, pentru această categorie de persoane se constată și o creștere a numărului de **amenzi penale aplicate**, de la o amendă în anul 2011, la **8** în anul de referință.

Grafic nr. 9-10: Persoane condamnate la art.4 din Legea 143/2000



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Cele mai multe **persoane condamnate în temeiul prevederilor art.4 din Legea 143/2000** s-au înregistrat în Brăila (9 persoane din care 3 minori), București și Constanța (câte 8 persoane), precum și în Galați, Giurgiu și Argeș (câte 7 persoane).

În ce privește **condamnările pentru infracțiuni de trafic de droguri (art.2)**, în anul 2012 cel mai mare număr de cazuri a fost înregistrat în București (381 persoane din care 6 minori), Hunedoara – 89 persoane, Bihor și Cluj (câte 47 persoane) și 44 de persoane în Constanța, spre deosebire de anul 2011 când acesta a fost înregistrat în București (206), Cluj (51), Brașov (37), Bihor (34). Se observă că Bucureștiul rămâne orașul cu cea mai mare pondere de condamnări pentru trafic de droguri (40% în anul 2011 și 47% în anul 2012).

D. SITUAȚIA PERSOANELOR AFLATE ÎN PENITENCIARE

În unitățile de detenție ale **Administrației Naționale a Penitenciarelor**, la data de 31 decembrie 2012, se aflau **1.178 de persoane** condamnate definitiv pentru infracțiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare. Comparativ cu anul 2011 (**1.189 persoane**), numărul persoanelor aflate în detenție la 31 decembrie 2012 **a rămas stabil**.

Pe parcursul anului 2012, au fost **liberate condiționat 422 persoane** aflate în executarea pedepselor pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/2000, **cu 10,18% (383 persoane) mai mult** față de anul precedent. De asemenea, au fost puse în libertate, la termen, **7 persoane arestate** pentru comiterea de infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/2000, similar cu anul 2011.

E. SITUAȚIA PERSOANELOR AFLATE ÎN EVIDENȚA SERVICIILOR DE PROBAȚIUNE

Datele furnizate de către Direcția Probațiune din cadrul Ministerului Justiției prin serviciile de probațiune ce au întocmit referate de evaluare, evidențiază, pentru anul 2012, următoarele:

- Sub aspectul comiterii **infracțiunii de trafic de droguri** (art. 2 din Legea nr. 143/2000), **organele de urmărire penală** au solicitat referate de evaluare pentru **3 persoane**, față de 10 persoane înregistrate în anul precedent, iar **instanțele de judecată** pentru **194 persoane**, față de 190 persoane în anul 2011;
- Pentru **deținere în vederea consumului propriu**, infracțiune prevăzută la art. 4 din Legea nr. 143/2000, **organele de urmărire penală** au solicitat referate de evaluare pentru **3 persoane**, (față de 6 persoane în anul 2011), iar **instanțele de judecată** au solicitat referate de evaluare pentru 76 persoane, față de 118 persoane, în 2011.

Se constată faptul că, deși numărul referatelor de evaluare a scăzut față de anii precedenți, acestea rămân totuși o practică în special a instanțelor de judecată.

F. SITUAȚIA PERSOANELOR PREDATE/ TRANSFERATE PENTRU COMITEREA DE INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR

Analiza datelor furnizate de Centrul de Cooperare Polițienească Internațională din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române relevă faptul că, în anul 2012, în conformitate cu cererile de asistență formulate de alte state către România, **133 de cetățeni români** au fost implicați în infracțiuni la regimul drogurilor prevăzute de Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, astfel: **122 persoane** au fost implicate în activități ilicite prevăzute de **art. 2 și art. 4** (trafic și consum de droguri), **8 persoane** au fost cercetate pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu (art. 4) și 3 persoane** pentru alte tipuri de infracțiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000. Cel mai mare număr de cetățeni români implicați în activități de trafic și consum de droguri a fost înregistrat în Italia (34 persoane) și Spania (17 persoane).

De asemenea, în anul 2012 pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, au fost predate în **România 37 de persoane, cu 42,3% mai mult** față de anul 2011, când au fost predate autorităților române 26 de persoane pentru același motiv. **Din România** au fost predate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor **14 persoane**. Comparativ cu anul 2011, numărul persoanelor predate din România rămâne aproximativ stabil (13 persoane în anul 2011).

În ceea ce privește **persoanele transferate în România** în vederea executării pedepsei cu închisoarea în anul 2012, un număr de 8 persoane au fost transferate din Spania, Norvegia, Germania, Portugalia și Suedia. **Din România au fost transferate** în vederea executării pedepsei cu închisoarea, în cursul anului 2012, un număr de 6 persoane (3 persoane în Olanda și 3 persoane în Turcia).

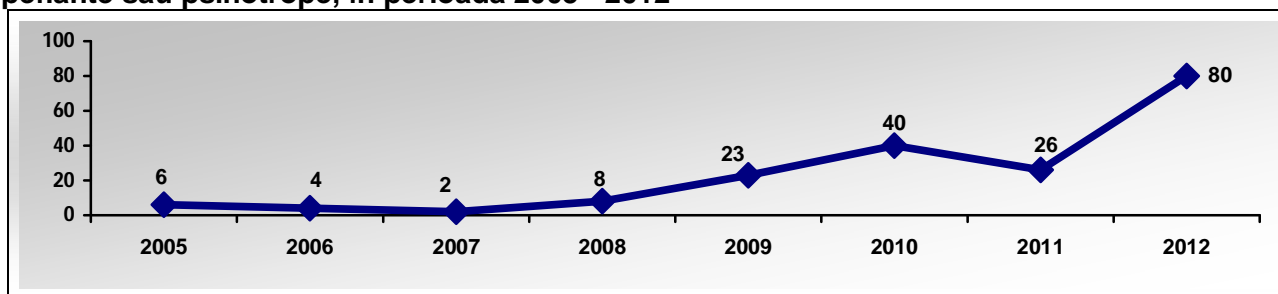
9.2 ALTE INFRAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI

9.2.1. INFRAȚIUNI LA REGIMUL JURIDIC AL CIRCULAȚIEI PE DRUMURILE PUBLICE

În cursul anului 2012, pe drumurile publice, poliția rutieră a depistat în trafic **80 de persoane care au condus autovehicule** sub influența unor substanțe sau produse stupefiante¹⁰⁸, **numărul acestora fiind de 3 ori mai mare** față de cel înregistrat în anul 2011. Dintre cei 80 de conducători auto, **câte 15 conducători auto** au fost depistați în trafic pe raza județelor **Constanța și Timiș**, **câte 2 conducători auto** pe raza județelor **Alba, Arad, Dâmbovița, Ialomița, Maramureș și Vaslui**, **10 conducători auto pe raza Mun. București**, **9 conducători auto pe raza județului Argeș**, **5 conducători auto pe raza județului Bacău**, **4 conducători auto pe raza județului Neamț**, **3 conducători auto pe raza județului Caraș-Severin** și **câte un conducător auto pe raza județelor Covasna, Dolj, Mureș, Olt, Prahova, Teleorman și Vâlcea**.

¹⁰⁸ Datele provin din controalele inopinate din trafic efectuate de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere.

Grafic nr. 9-11: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2012



Sursa: Direcția Rutieră, IGPR

9.2.2. ALTE INFRAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI

Și în cursul anului **2012**, **infrațiunile contra patrimoniului** rămân pe primul loc în rândul infrațiunilor comise de către persoane aflate sub influența substanțelor stupefiante sau psihoactive. Astfel, din cele **463 de persoane** care au comis infrațiuni sub influența substanțelor stupefiante și psihotrope (**425 bărbați, 38 femei** pentru care a fost dispusă măsura arestării preventive, din cele 12 centre de reținere ale Serviciului Independent de Reținere și Arestare Preventivă din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, **circa jumătate au comis infrațiuni contra patrimoniului** (160 infrațiunea de furt și 66 infrațiunea de tâlhărie).

În rândul celor **463** de persoane arestate pentru comiterea de infrațiuni sub influența drogurilor se regăsește **un singur minor, de sex masculin**.

Tabel nr. 9-2: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infrațiune comisă, în perioada 2006 - 2012

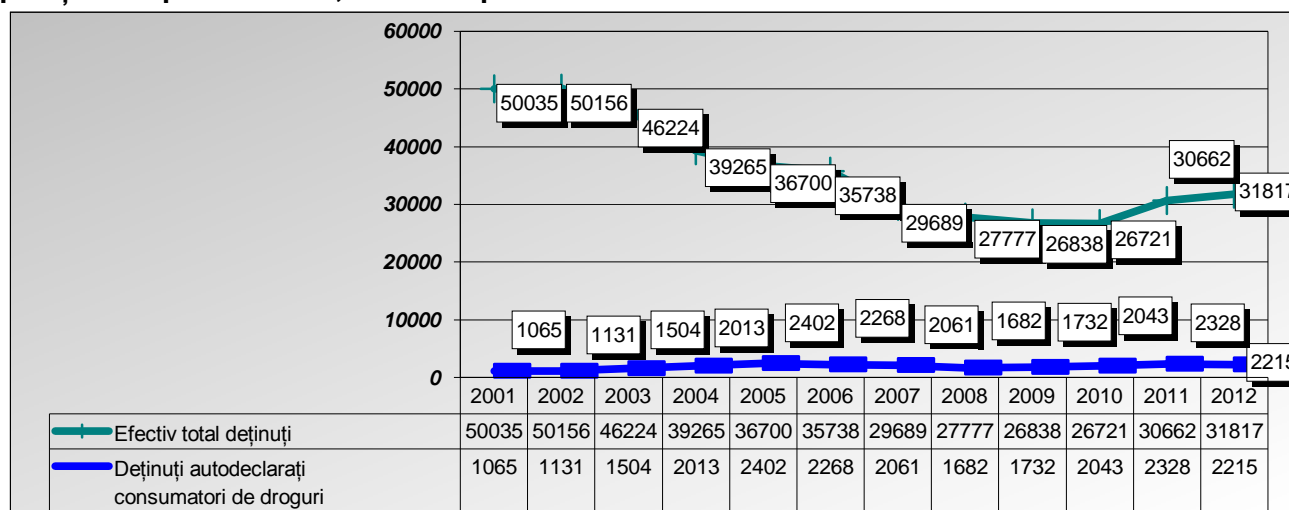
Tipul de infrațiune	Încadrare juridică	Număr de persoane						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Infrațiunea de furt simplu și furt calificat	Art. 208,209 CP62	278	323	378	221	414	319	160
Infrațiunea de trafic de droguri	Legea 143/2000	224	217	183	264	303	103	85
Infrațiunea de tâlhărie	Art. 211 CP	47	112	125	100	119	102	66
Infrațiunea de omor	Art. 174-178 CP	6	2	1	0	0	0	2
Infrațiunea de vătămare corporală	Art. 181 CP	1	0	3	0	0	0	n/a.
Infrațiunea de proxenetism	Art. 329 CP	2	2	2	30	0	0	n/a.
Infrațiunea de distrugere	Art. 217 CP	1	0	4	0	0	0	n/a.
Infrațiunea de înșelăciune	Art. 215 CP	1	3	13	42	0	0	n/a.
Infrațiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	Art. 189 CP	1	0	3	0	0	0	n/a.
Alte infrațiuni		n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	150

Sursa: Serviciul de Reținere și Arestare Preventivă, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

9.3 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP), în anul 2012, dintr-un efectiv de 31817 deținuți, s-au declarat, cu ocazia încarcerării, ca fiind consumatori de droguri, 2215 persoane private de libertate. Comparativ cu anul anterior se constată o scădere cu 0,5% a numărului persoanelor care s-au declarat consumatori de droguri la momentul încarcerării raportat la populația din penitenciare, înregistrată la sfârșitul anului 2012.

Grafic nr. 9-12: Evoluția numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației din penitenciare, date comparate 2001-2012



Sursa: ANP

În ceea ce privește caracteristicile demografice ale deținuților autodeclarați consumatori de droguri la momentul încarcerării în penitenciar, anul 2012 nu aduce modificări semnificative față de perioadele precedente, menținându-se o preponderență masculină de 80,5% (81,7% în 2011) și 19,5% feminină. Referitor la distribuția pe grupe de vârstă a deținuților autodeclarați consumatori de droguri în anul 2012, grupa de vârstă 15-19 ani înregistrează cea mai mică valoare din întreaga perioadă analizată (2007-2012), ajungând să reprezinte 0,5% din populația de referință.

Cea mai mare scădere o înregistrează proporția persoanelor private de libertate cu vârsta mai mare de 30 ani care s-au declarat consumatori de droguri în anul 2012 (de la 40,2 în anul 2011 la 35,3% în 2012).

Tabel nr. 9-3: Distribuția frecvențelor relative pentru variabilele sex și grupa de vârstă în populația de consumatori de droguri autodeclarați, date comparate 2007-2012 (%)

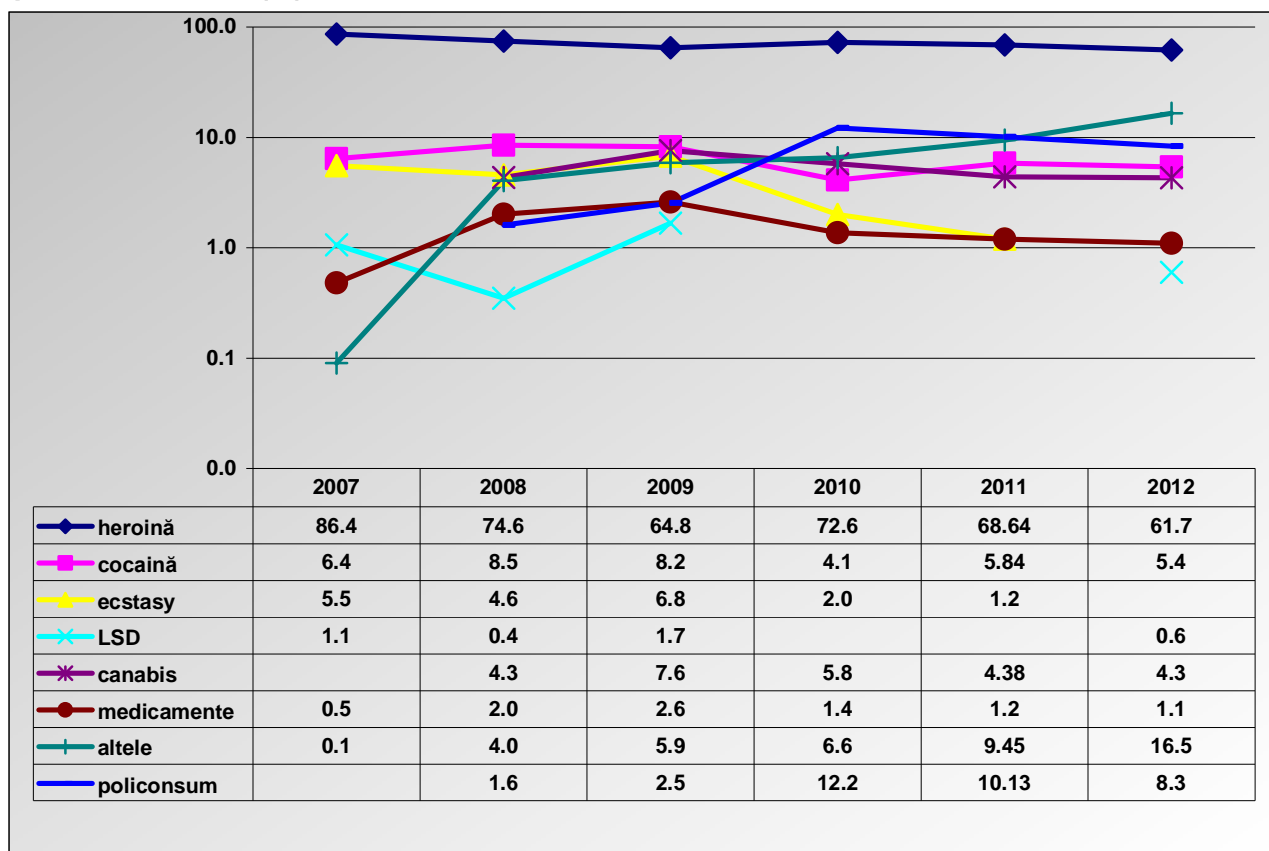
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sexul	Masculin	88	78,3	84,9	82,9	81,7	80,5
	Feminin	12	21,7	15,1	17,03	18,2	19,5
Grupa de vârstă	15-19	6,11	4,39	4,27	3,27	3,9	0,49
	20-24	27,46	24,67	32,9	29,22	25,12	28,39
	25-29	40,61	36,26	39,26	33,43	31,96	31,15
	>= 30	25,81	34,66	23,55	34,16	40,16	35,3

Sursa: ANP

În funcție de substanța autodeclarată ca fiind utilizată înainte de data încarcerării, se constată că, similar perioadei 2007-2011, cu o proporție de 61,7% înregistrată în 2012, heroina ocupă, în continuare, primul loc în preferințele de consum. În timp ce pentru următoarele clasate, cocaina (5,4%) și cannabisul (4,3%) se înregistrează aceleași valori ca și în anul precedent, policonsumul se află în scădere pentru al treilea an (8,3% în anul 2012 față de 12,2% în 2010 – vârful perioadei analizate) și se observă un consum de LSD (0,6%) după o perioadă de „absență” de doi ani.

Este, de asemenea, foarte evidentă, comparativ cu anul anterior, creșterea procentajului consumatorilor care au utilizat „alte droguri” (16,5% în 2012 față de 9,4% în 2011), categorie în care se înregistrează și noile substanțe cu proprietăți psihoactive.

Graficul nr. 9-13: Distribuția consumatorilor autodeclarați în funcție de substanța consumată, date comparate 2007-2012 (%)



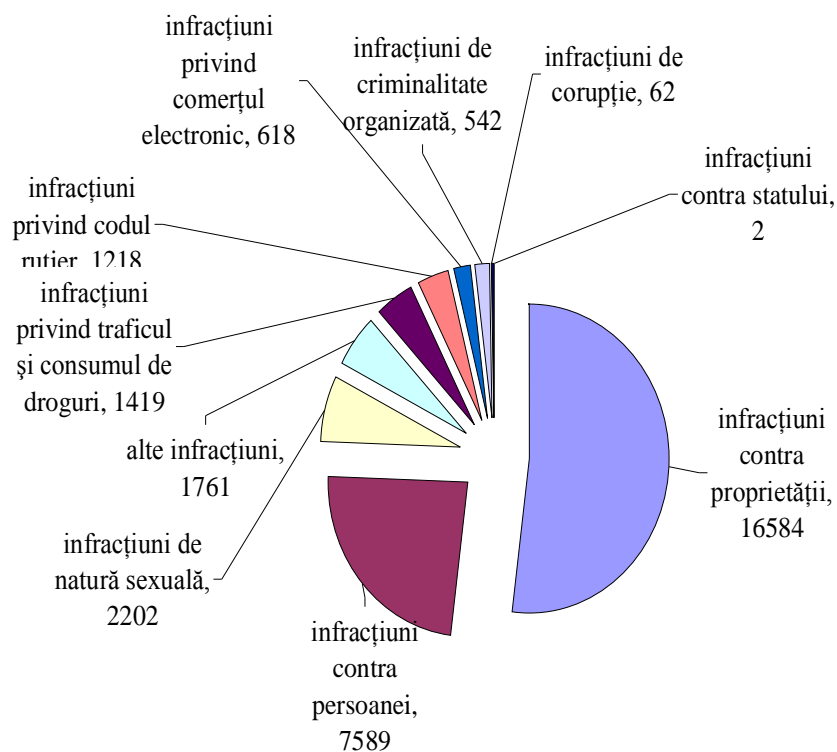
Sursa: ANP

În corelație cu substanța declarată ca fiind consumată la momentul încarcerării, majoritatea au menționat injectarea ca fiind cea mai frecventă cale de administrare a drogului principal. Se remarcă totuși și aici o scădere ușoară a procentului de consumatori care-și administrează injectabil drogul (61,9% în 2012 față de 71% în 2011).

9.3.1. PIAȚA DROGURILOR ÎN PENITENCIAR

Din totalul celor 31817 deținuți aflați în sistemul penitenciar din România la 31.12.2012, aproximativ 4,5% erau condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor (1419 persoane).

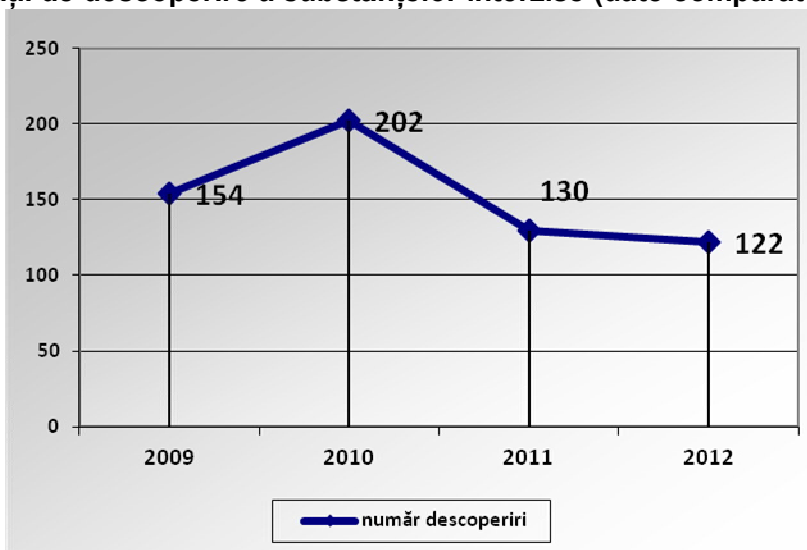
Grafic nr. 9-14: Structura efectivelor de deținuți după natura infracțiunilor



Sursa: ANP

Conform datelor prezentate de ANP în cel mai recent raport de evaluare anuală¹⁰⁹ în anul 2012 continuă să scadă numărul situațiilor în care au fost identificate substanțe interzise, înregistrându-se cea mai mică valoare din întreaga perioadă analizată. În cele 122 situații identificate, au fost confiscate substanțe pulverulente în 87 cazuri, substanțe solide în 30 situații și substanțe lichide în 5 cazuri.

Grafic nr. 9-15: Situații de descoperire a substanțelor interzise (date comparate, 2009-2012)



Sursa: ANP

¹⁰⁹ <http://www.anp.gov.ro/documents/10180/18750/Annual+report+2012.pdf/09f536d9-21d5-4a26-9eae-2a0863df22a7>

De menționat este faptul că, în anul 2012, ANP a implementat, ca elemente de serviciu, unități canine de depistare a drogurilor și telefoanelor mobile, în 8 penitenciare (Iași, Poarta Albă, Mărgineni, București Rahova, Gherla, Craiova, Timișoara, Aiud). Pentru pregătirea acestora au fost ridicate de la IGPR substanțe stupefiante și distribuite celor 8 unități menționate.

9.3.2. ASISTENȚA ACORDATĂ CONSUMATORILOR DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/C/125/2012¹¹⁰ privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor este noul act normativ care stabilește faptul că, persoanele private de libertate sunt asigurate cu plata contribuției pentru asigurări sociale de sănătate de la bugetul de stat prin sume cu destinație specială, prin bugetul Administrației Naționale a Penitenciarelor, fiind garantat dreptul la asistență medicală al acestora.

Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, serviciile de asistență medicală și medicamentele fiind asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităților din sistemul administrației penitenciare, aprobate cu această destinație, și din alte surse, potrivit legii.

În anul 2012, în compartimentul Toxico-dependență al Penitenciarului Spital București Rahova, au fost tratați 165 pacienți, atât pentru sevraj la diferite droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, cât și pentru tentative de suicid prin intoxicație voluntară polimedicamenteasă.

Tot în anul 2012 s-a finalizat proiectul „**Crearea a trei comunități terapeutice în penitenciarele Jilava, Rahova și Târgșor**”, implementat de Administrația Națională a Penitenciarelor, în parteneriat cu Direcția de Probațiune din Ministerul Justiției, Agenția Națională Antidrog cu întreaga structură teritorială, respectiv Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog; Fundația Phoenix Haga și Ministerul Justiției – Norvegia. Printre rezultatele notabile ale acestuia se numără:

- amenajarea și asigurarea funcționalității a 3 comunități terapeutice pentru deținuți foști consumatori de droguri;
- instruirea a 30 specialiști din cadrul ANP, ANA și Direcției de Probațiune care vor asigura continuitatea implementării serviciilor oferite în cadrul celor 3 comunități terapeutice;
- elaborarea unui proiect al metodologiei privind comunitățile terapeutice în mediul penitenciar.

Sub aspect operațional, până la finalul anului 2012 au fost evaluate în vederea includerii în programul menționat, 284 persoane private de libertate, după cum urmează: Penitenciarul București Jilava - 133, Penitenciarul București Rahova - 55 și Penitenciarul Târgșor – 96. Dintre acestea, în anul de referință, **au finalizat** programul de tip *comunitate terapeutică* 117 persoane (Penitenciarul București Jilava - 39, Penitenciarul București Rahova - 32, respectiv Penitenciarul Târgșor - 46 deținuți).

De asemenea s-au acordat în ambulatoriu de specialitate și un număr de 41 consultații de specialitate (detox), pentru pacienții beneficiari ai tratamentului substitutiv.

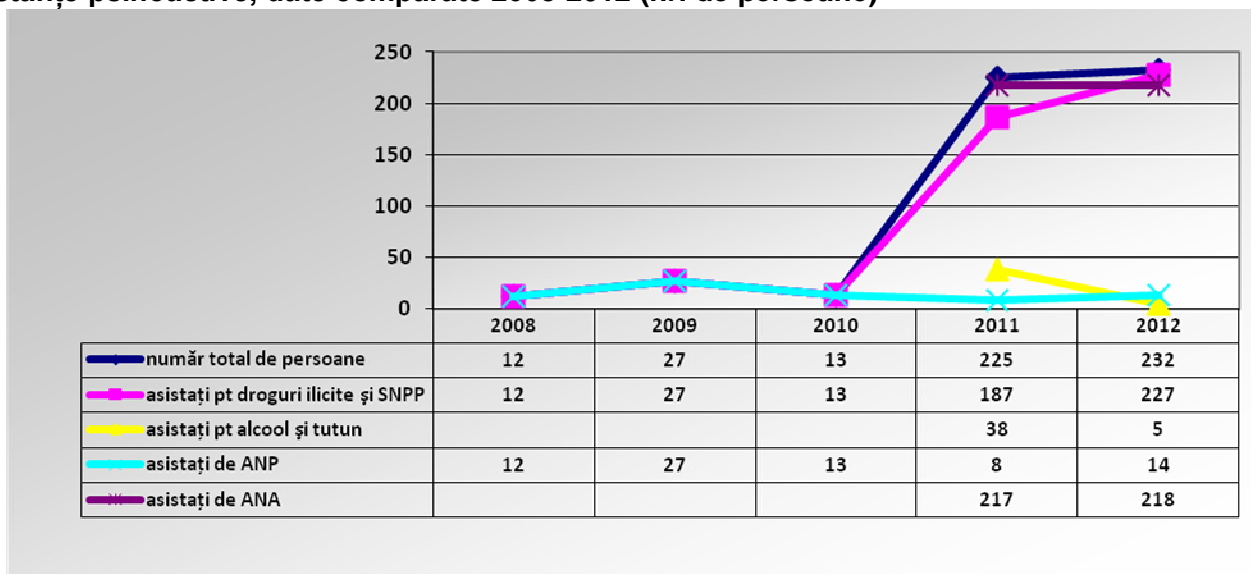
Conform datelor înregistrate din monitorizarea indicatorului „Admitere la tratament”, în anul 2012, au fost asistați în regim de detenție 232 de beneficiari:

- 227 pentru consum de droguri ilicite și SNPP și 5 pentru consum de tutun și alcool;
- 14 beneficiari de către specialiștii ai ANP în cadrul programelor de substituție și 218 beneficiari - de către specialiștii din cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, rețeaua teritorială a Agenției Naționale Antidrog.

Comparativ cu anul anterior se observă o creștere a numărului de persoane asistate în regim de detenție, pentru consumul de droguri ilicite și SNPP.

¹¹⁰ A se vedea cap I din prezentul Raport

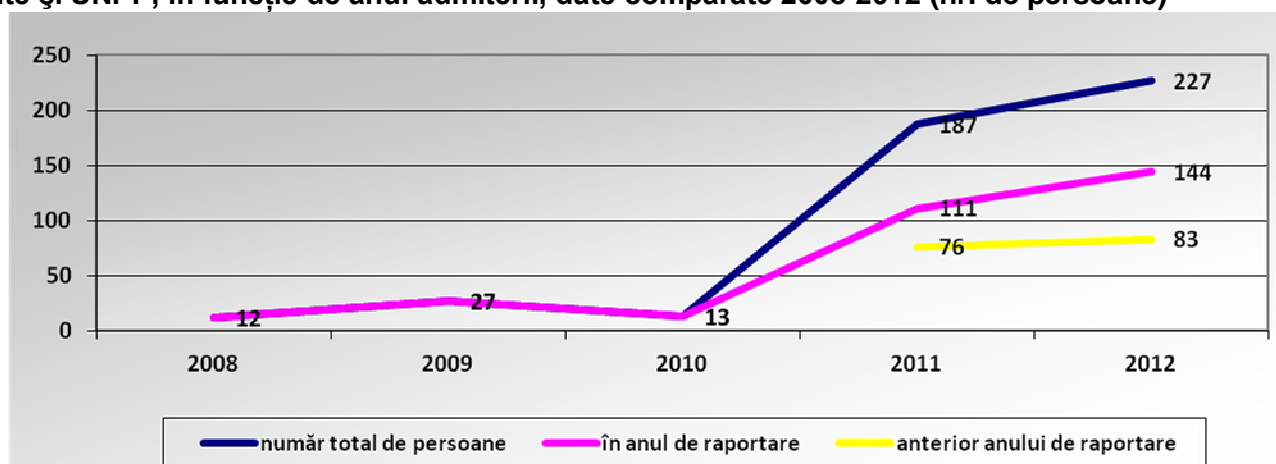
Grafic nr. 9-16: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de substanțe psihoactive, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

Referitor la admițiile la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, comparativ cu anul anterior, se observă o creștere cu 29,7% a cazurilor incidente și cu 7 cazuri pentru cele care se aflau în tratament la începutul anului de raportare.

Grafic nr. 9-17: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de anul admiției, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)

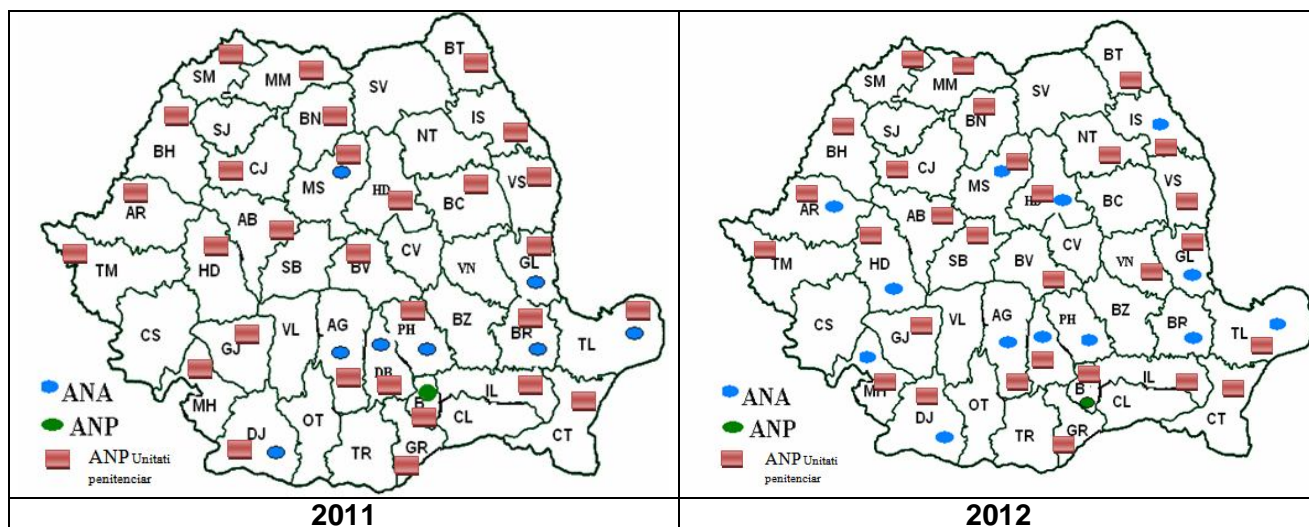


Sursa: ANP și ANA

Admițiile la tratament pentru consum de droguri ilicite și SNPP în anul de raportare (incidența)

Comparativ cu anul anterior, se observă în privința distribuției teritoriale o creștere a numărului de locații de detenție în care se acordă asistență pentru consum de droguri ilicite și SNPP (14 județe în 2012 față de 9 județe în 2011). În toate locațiile marcate pe grafic, ANA furnizează servicii de management de caz și asistență psiho-socială, cu sprijinul specialiștilor ANP. De asemenea, în toate unitățile penitenciare sunt furnizate servicii medicale și se asigură independent, de către specialiștii ANP, și alte servicii generale de asistență psihologică și socială (informare, consiliere, formare profesională, etc.).

Grafic nr. 9-18: Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de distribuția teritorială a locațiilor unde s-a acordat asistență, date comparate 2011-2012

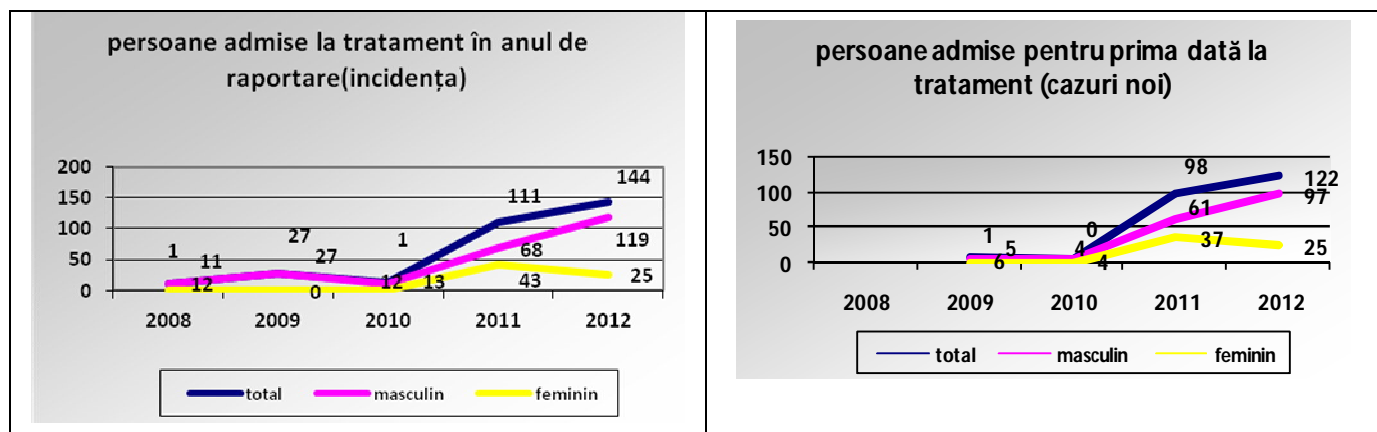


Sursa: ANP și ANA

Analizând incidența admitterilor la tratament remarcăm următoarele:

- În funcție de **tipul admitterii**, se observă că peste 80% dintre cazuri au fost reprezentate de deținuți care au fost admiși pentru prima dată la tratament (în ușoară scădere față de 2011, de la 88,3% la 84,7% în 2012). Ca și în cazul populației de consumatori din comunitate, majoritatea persoanelor admise la tratament în anul de referință sunt de sex masculin, 82,6% din cazuri, raportul M/F fiind de 4,8, ambele valori înregistrând creșteri comparativ cu cele din anul anterior (61,3%, respectiv, 1,6).
- Dacă luăm în considerare **sexul beneficiarului**, constatăm că în anul de referință 82,6% sunt persoane de sex masculin, raportul M/F fiind 4,8 (în creștere față de 2011: 61,3% persoane de sex masculin și raportul M/F - 1,6)¹¹¹.

Grafic nr. 9-19: Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul admitterii și sexul beneficiarului, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)



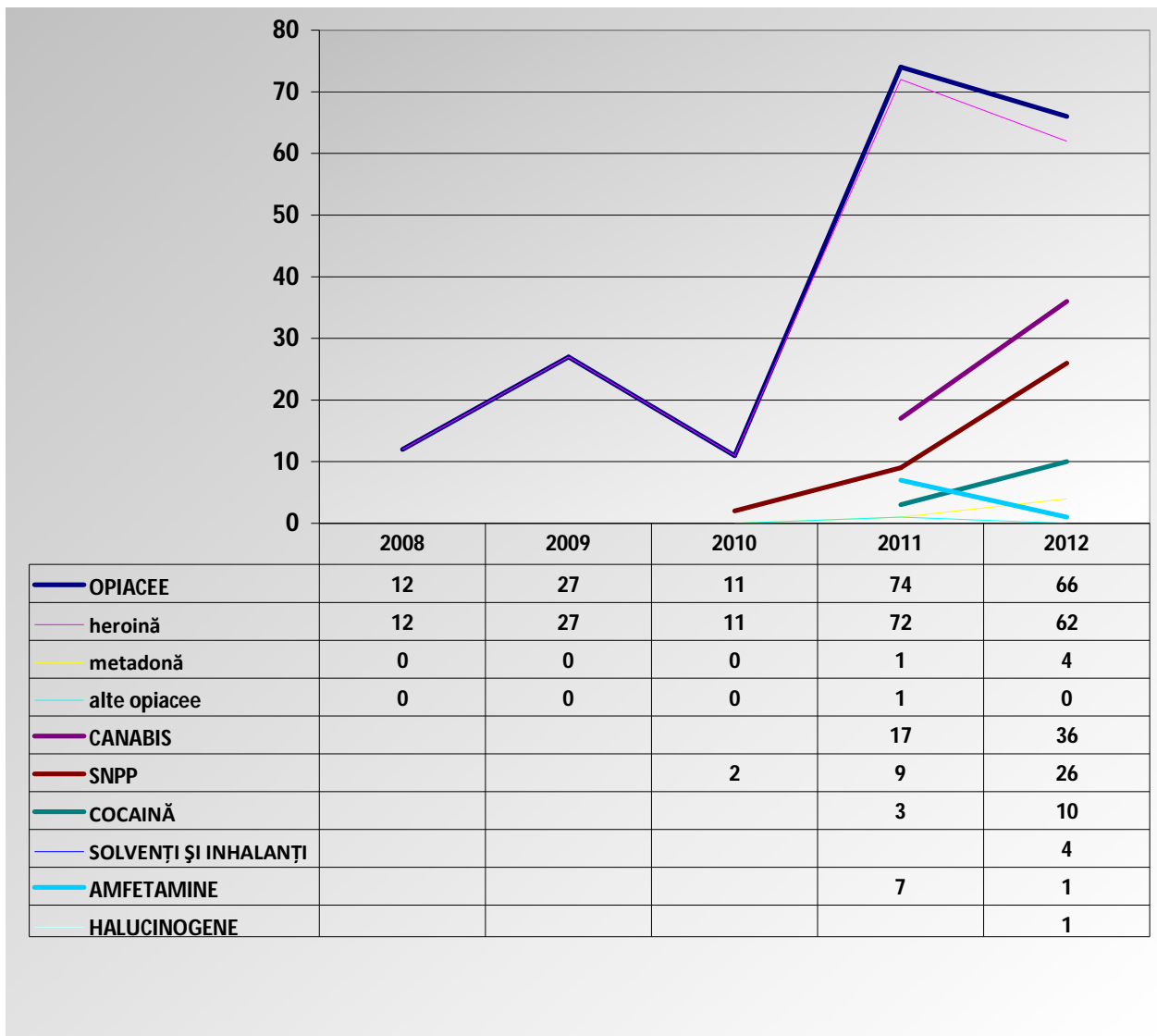
Sursa: ANP și ANA

În funcție de **drogul principal**¹¹², dacă în anii anteriori majoritatea admitterilor au fost pentru heroină, în anul de referință se constată câteva aspecte semnificative: continuă tendința de scădere a proporției

¹¹¹ Vezi ST. 4.1.1

admiterilor pentru heroină (2012- 43,1%), concomitent cu scăderea admiterilor pentru consum de amfetamine și halucinogene. Se înregistrează creșteri proporționale pentru: SNPP și canabis (fiecare cu câte 10 procente), cocaină, inhalanți volatili și metadonă.

Grafic nr. 9-20: Distribuția admiterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

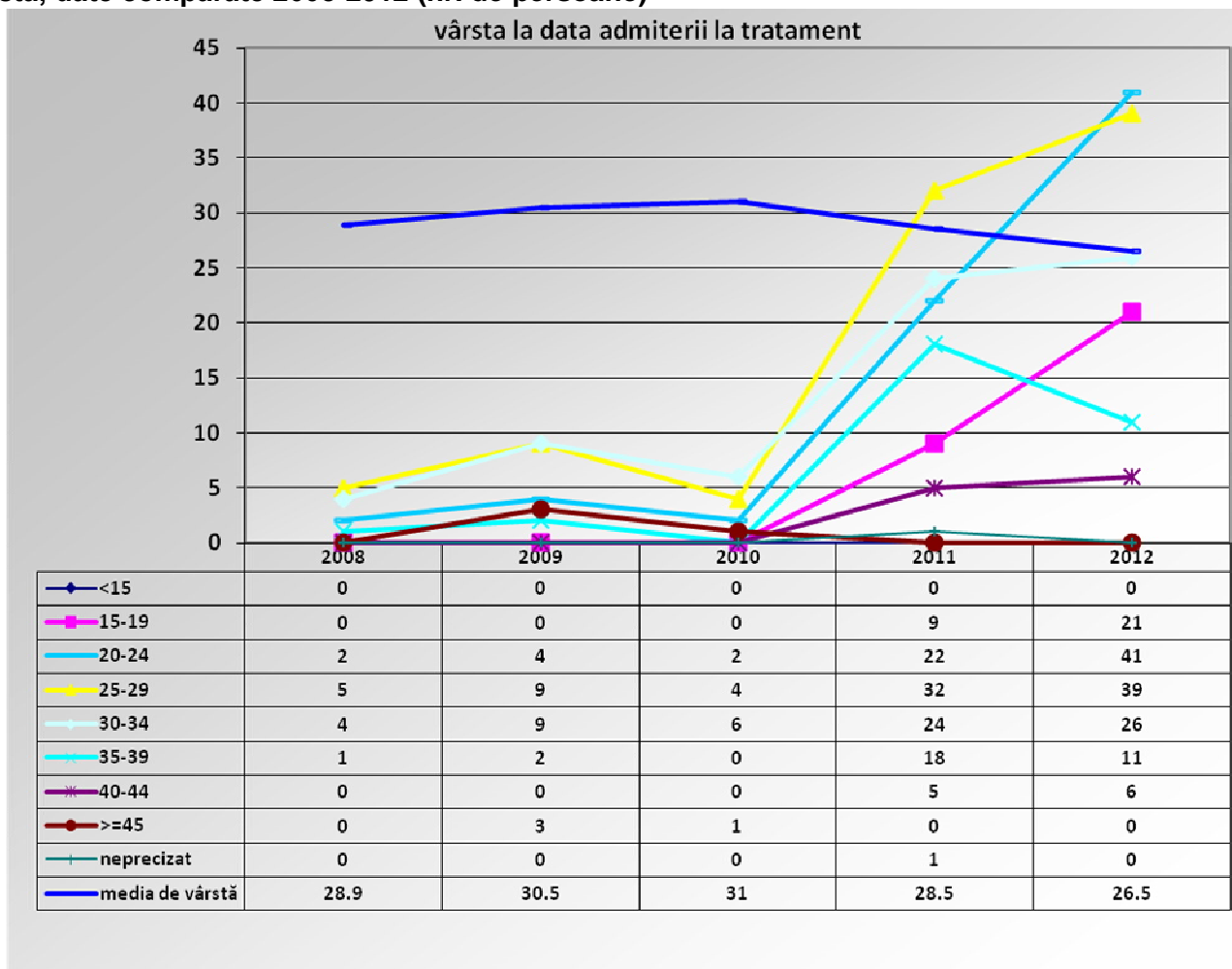
Analizate în funcție de **grupa de vârstă**¹¹³, cele mai multe admiteri la tratament în anul 2012 au fost, ca și în anii anteriori, pentru persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 34 de ani.

De asemenea, se înregistrează o tendință de scădere a mediei de vârstă la data admiterii la tratament (de la 31 de ani în 2009/ 2010 la 26,5 de ani în 2012).

¹¹² Vezi ST. 11.1.1

¹¹³ Vezi ST 6.11

Grafic nr. 9-21: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

În ceea ce privește **vârsta de debut**¹¹⁴, față de anii anteriori se înregistrează o creștere pentru:

- debutul precoce în consum (< 15 ani): de la 0 în 2010, la 12,6% în 2011 și 18,1% în 2012);
- debutul la vârste mai mari de 30 ani (în 2008-2010 câte 1 caz, 5 în 2011 și 9 în 2012).

Din punctul de vedere al **căii de administrare**, se constată o scădere semnificativă a proporției celor care își administrează injectabil heroină (doar 41% dintre persoanele admise au declarat un consum injectabil) față de perioada 2008-2011, când marea majoritate a persoanelor admise la tratament au consumat heroină pe cale injectabilă¹¹⁵ (2008 - 11 persoane, 2009 - 25 de persoane, 2010 - 11 persoane, 2011 - 72 de persoane).

Policonsum¹¹⁶ de substanțe psihoactive a fost înregistrat în anul de referință pentru 58 de cazuri, cele mai consumate ca droguri secundare fiind alcoolul (27 de cazuri), SNPP (26 de cazuri) și cocaina (20 de cazuri)¹¹⁷. Nu se înregistrează practic modificări semnificative față de anul anterior, când se înregistra policonsum pentru 56 de cazuri, SNPP fiind cel mai mult consumat ca drog secundar(21 de cazuri).

¹¹⁴ Vezi ST 23.1.1

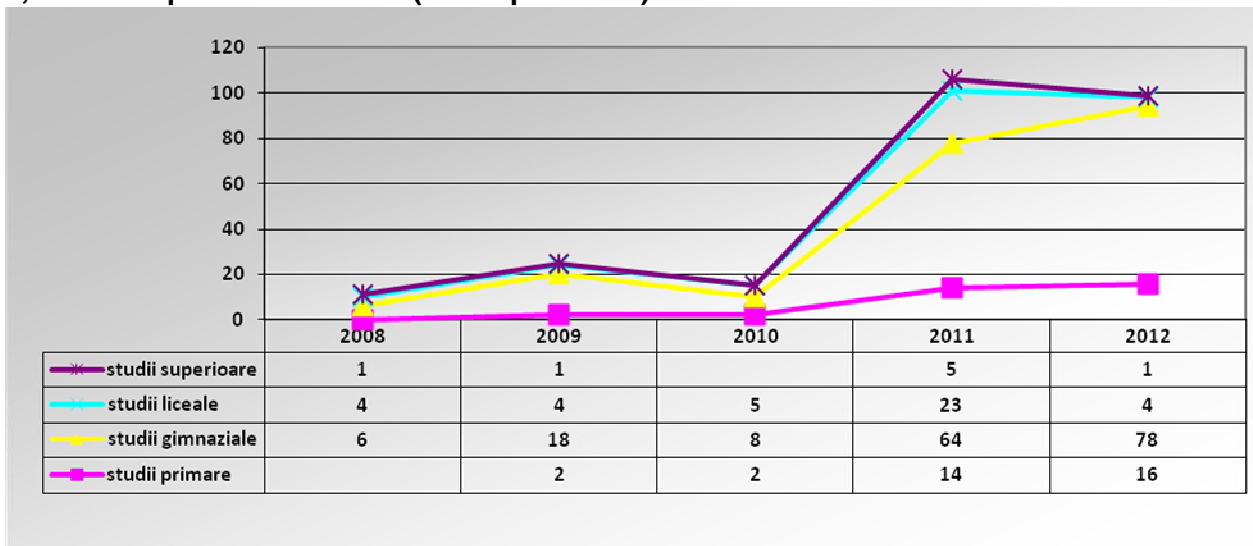
¹¹⁵ Vezi ST 17.1.1

¹¹⁶ Vezi ST 24.1.1

¹¹⁷ Se consumă însă ca drog secundar și stimulante (11 cazuri), cannabis (8 cazuri), opiacee (7 cazuri), halucinogene (5 cazuri), benzodiazepine și inhalanți volatili.

În funcție de **nivelul educațional**¹¹⁸, în 2012 situația este cvasi-similară cu cea din anii anteriori. Din totalul celor 144 admiteri la tratament, majoritatea aveau un nivel scăzut de școlarizare (16 persoane nu au mers la școală/ nu au absolvit studiile primare și 78 de persoane au finalizat cel mult studii gimnaziale), 45 de persoane au finalizat studii liceale și o persoană a finalizat studii superioare.

Grafic nr. 9-22: Distribuția admiterilor la tratament în regim de detenție, în funcție de nivelul de studii, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)



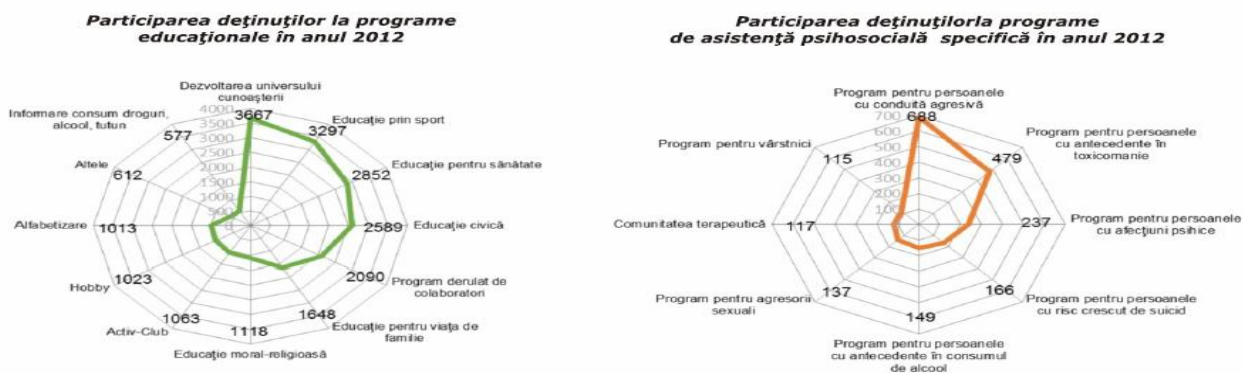
Sursa: ANP și ANA

9.3.3 PREVENIREA ȘI REDUCEREA RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

În anul 2012 a continuat implementarea **Programului specific de asistență psiho-socială destinat persoanelor consumatoare de droguri sau cu antecedente de consum aflate în mediul penitenciar** (program ce presupune abordarea multidisciplinară – educator, psiholog, asistent social și medic), fiind înregistrați 479 beneficiari, persoane private de libertate.

De asemenea, **Programul de informare și prevenire a consumului de droguri**, desfășurat pe întreg parcursul anului 2012, a avut ca beneficiari 577 persoane private de libertate.

Grafic nr. 9-23: Participarea deținuților la programe de educație și asistență psiho-socială



Sursa: ANP

¹¹⁸ Vezi ST 10.1.1

Tot în 2012, ANP a continuat să implementeze proiectele cu privire la „Prevenirea HIV și tratamentul consumatorilor de droguri injectabile în penitenciarele din România”- în acest sens a fost aprobat **Planul de dezvoltare a serviciilor de prevenire HIV**, adresat deținuților, în cadrul său fiind prevăzute intervenții de tip substituție cu metadonă și schimb de seringi.

9.4. REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR

La eliberarea din penitenciar, persoanele private de libertate, incluse în *Programul de substituție cu metadonă*, au posibilitatea de a continua, voluntar, tratamentul în Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor din cadrul Agenției Naționale Antidrog.

În anul 2012, a fost continuată activitatea grupurilor de lucru inițiate de Administrația Națională a Penitenciarelor având ca scop elaborarea și promovarea variantei finale a **Strategiei Naționale de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate**. Proiectul este prezentat pentru consultare publică pe site-ul oficial al ANA¹¹⁹.

Incepând cu februarie 2012, odată cu demararea sesiunilor de formare-calificare a persoanelor private de libertate din unitățile penitenciar vizate, a devenit operațională o platformă specializată de *e-learning* pentru beneficiarii proiectului „*Consolidarea capacității funcționale din domeniul serviciilor integrate oferite dependenților și foștilor dependenți de droguri pentru integrare pe piața muncii prin acțiuni de dezvoltare a instrumentelor și metode de lucru inovatoare și realizarea de programe de formare*”, co-finanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013 „*Investește în oameni!*”. Proiectul, implementat de Universitatea din București în parteneriat cu Asociația Promovarea Dreptului la Sănătate, Siveco România și Go Business Solutions are ca obiective oferirea de consiliere medicală și psihosocială pentru persoanele dependente de droguri, dar și realizarea de consiliere pentru integrarea pe piața muncii a foștilor depedenți de droguri.

CONCLUZII

- Deși în anul 2012, numărul cauzelor soluționate cu trimitere în judecată este în scădere, **numărul persoanelor trimise în judecată este în creștere față de anul precedent**. Acest fapt poate evidenția o mai mare implicare și eficientizare a activităților desfășurate de autoritățile de aplicare a legii în ceea ce privește strângerea și administrarea probelor în cadrul procesului penal, dar poate fi și un indicator relativ privind asocierea mai multor persoane în vederea comiterii de infracțiuni la regimul drogurilor sau a infracțiunilor asociate.
- Acest lucru poate fi confirmat și de creșterea numărului de grupuri infracționale destrămate (86 în anul 2012 și 82 în anul 2011), precum și de numărul persoanelor implicate în aceste grupuri (378 în 2012 și 272 în 2011). Se remarcă o **creștere semnificativă a numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor/ produselor stupefiante** (județele Constanța, Timiș, Argeș și municipiul București);
- În ceea ce privește **pedepsele aplicate pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu** se remarcă o tendință a instanțelor de judecată de a aplica pedepse mai ușoare comparativ cu anii anteriori. Astfel, din numărul total de persoane consumatoare condamnate în anul 2012, în 67% din cazuri s-au aplicat pedepse neprivative de libertate, față de 50% în anul 2010 și 57% în anul 2011;
- **Referatele de evaluare** rămân o practică a instanțelor de judecată (98% din cazuri);
- A crescut numărul **amenzilor penale**, acestea fiind aplicate în totalitate pentru infracțiunea prevăzută la art.4 din Legea 143/2000;
- Față de anul 2011, au fost înregistrate **cazuri de minori condamnați la pedeapsa închisorii cu executare** în penitenciar (3 minori în județul Brăila).

¹¹⁹ http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/proiecte/strategie%20reintegrare%20ANP.pdf

Capitolul 10 - Piața drogurilor

10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ

10.1.1. ORIGINEA DROGURILOR

În cursul anului 2012, în ceea ce privește rutele de traficare a heroinei folosite de către rețelele de crimă organizată, situația rămâne stabilă. Heroina continuă să fie traficată pe ruta Afghanistan – Pakistan – Iran – Turcia – Grecia – fostele state iugoslave și statele din Europa de Vest, care reprezintă ruta tradițională balcanică, având ca destinație România, Anglia și Olanda. România face parte din brațul nordic al rutei Balcanice, alături de Bulgaria și Ungaria. **Cocaina** provine din Columbia, Bolivia, Peru și Venezuela și urmează în general ruta Spania – Franța – Austria – Ungaria către România sau America de Sud – Africa de Vest și Centrală – România – către Europa Centrală și de Vest. Acest tip de drog se regăsește cu precădere în marile orașe – București, Timișoara, Constanța – fiind un drog cu preț ridicat de vânzare, un drog de lux, costisitor pentru nivelul economic al majorității consumatorilor din România.

Canabisul provine din Spania, Grecia, Bulgaria, Olanda sau Albania tranzitează Serbia sau Bulgaria, în funcție de ruta urmată, și intră în România prin Ungaria. Creșterea semnificativă a **culturilor de canabis autohtone** reliefează reorientarea activității traficantilor, cu scopul evitării riscurilor determinate de eventualele transporturi internaționale.

Drogurile sintetice au cunoscut o expansiune deosebită pe piața din România în ultimii doi ani luând în considerare și faptul că pe lângă substanțele clasice au apărut și derivați cunoscuți drept „designer drugs”. Aceste substanțe noi cu proprietăți psihoactive au fost numite impropriu etnobotanice sau legale.

Prezența pe piața din România a acestor droguri a fost determinată și de libera circulație a persoanelor și bunurilor, dar și de diferențele de preț pentru drogurile sintetice vândute pe piața din Europa de Vest și cele vândute pe piața din România (în România prețurile acestor substanțe sunt mai mari decât în Europa de Vest). De asemenea, în România, au existat și încercări de înființare a unor laboratoare pentru producerea acestor substanțe.

Drogurile sintetice (amfetamine, metamfetamine, ecstasy) continuă să provină din statele din Vestul Europei, îndeosebi Olanda, iar modalitatea de transport a acestora este fie prin sistemul de coletărie, fie aerian sau terestru, în acest ultim caz fiind utilizate autoturismele personale ale cetățenilor români care se întorc din Occident.

10.2 CAPTURI

10.2.1 Cantități de droguri capturate și număr de capturi

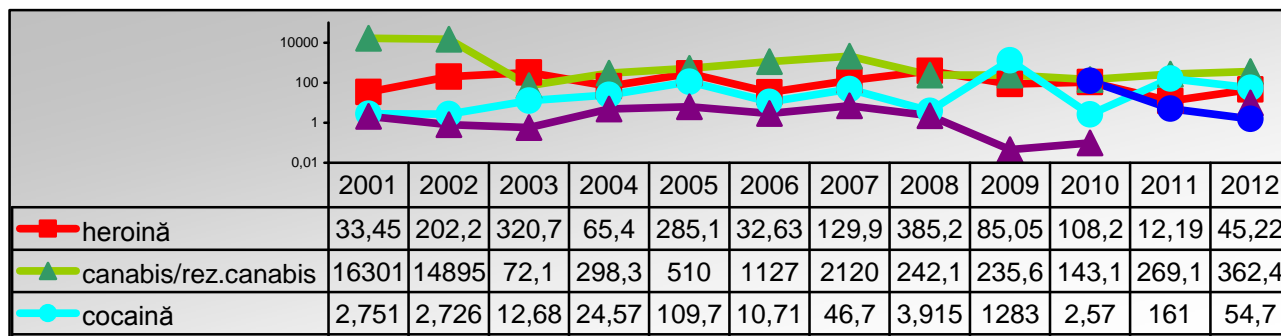
A. DROGURI ILEGALE

În anul 2012, organele de aplicare a legii au descoperit și ridicat în vederea confiscării **794,328 kg, 16.528 comprimate 3,726 litri și 104 doze de droguri**, din care:

- **droguri de mare risc:** 115,117 kg, 14.471 comprimate, 2,643 litri și 104 doze;
- **droguri de risc:** 679,211 kg, 2.057 comprimate 1,083 litri.

Comparativ cu anul 2011, în anul **2012**, se constată o **creștere semnificativă de aproximativ 60%** a cantității totale de droguri confiscate. **Canabisul iarbă** (marijuana) continuă să reprezinte cel mai confiscat tip de drog pe teritoriul național, având o pondere de **42,18% (335,085 kg.)** din cantitatea totală de droguri confiscate, fiind urmat de confiscările de **plantă de canabis** în proporție de **37,78% (300,080 kg)** din totalul confiscărilor.

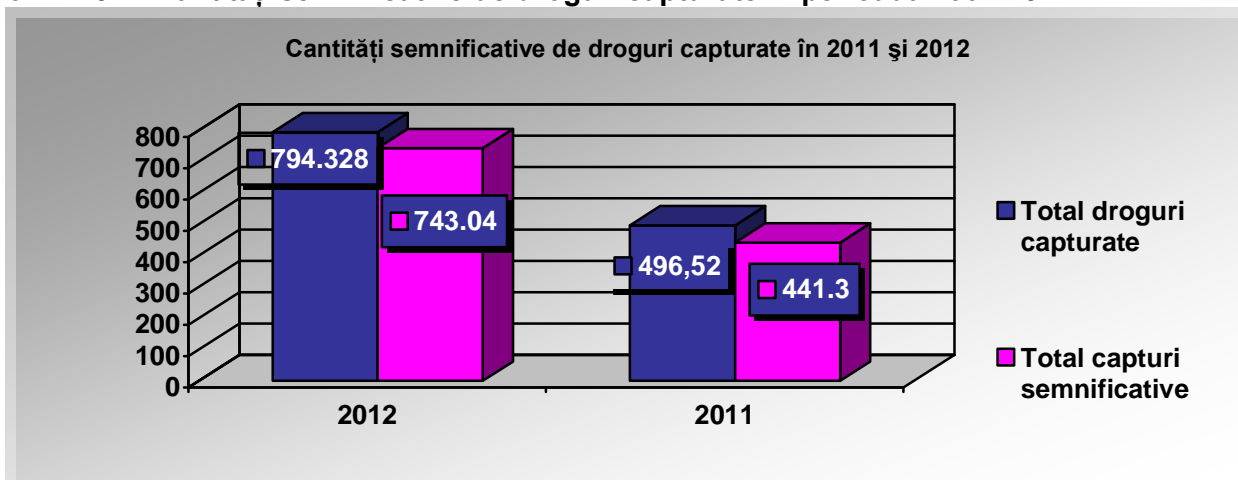
Grafic nr. 10-1: Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2012 (kg)¹²⁰



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor – IGPR

Trebuie menționat faptul că din totalurile mai sus menționate, **743,04 kg și 11301 comprimate reprezintă capturi semnificative**¹²¹. Comparativ, la nivelul anului 2011 capturile au însumat **496,52 kg și 17652 comprimate**.

Grafic nr. 10-2: Cantități semnificative de droguri capturate în perioada 2001-2012



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor – IGPR- DCCO

În ceea ce privește **numărul de capturi pe tip de drog**, conform datelor extrase din evidențele Laboratorului Central de Analiză și Profil al Drogurilor, în anul 2012, cele mai multe capturi au vizat canabisul (**1.492**), rezina de canabis - hașiș (**262**), urmate de heroină (**215**) și MDMA (**112**).

¹²⁰ la categoria SNPP au fost incluse confiscările de: canabinoizi sintetici, 2C, catinone, piperazine, benzodiazepine, barbiturice, pirovalerone, triptamine, dimetocaină și meprobamat, realizate în anul 2012.

¹²¹ În conformitate cu instrucțiunile Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, prin captură semnificativă se înțelege după cum urmează:

- opiu, canabis iarbă, canabis rezină (hașiș), canabis plante, etc. **1 kg și mai mult**
- heroină, morfină, cocaină, canabis ulei, frunză de coca, etc. **100 g și mai mult**
- ecstasy, lorazepam, amfetamine, diazepam, etc. **250 comprimate**
- substanțe psihotrope **100 g și mai mult**
- confiscările din traficul prin poștă **toate cantitățile**

Tabel nr. 10-1: Număr de capturi și cantitatea confiscată pe diferite tipuri de droguri

Droguri	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant
Heroina (kg)	984	129,9	1.055	385,23	1.038	85,046	962	108,19	314	12,191	215	45,217
Cocaină	62	46,695	91	3,91	103	1.282,99	72	2,57	73	161,039	85	54,703
Marijuana	412	6,31	596	208,66	777	198,59	986	80,82	1.365	252,527	1.492	335,086
Hașiș	338	2.114,7 2	506	33,42	594	37,01	321	62,278	328	17,572	262	27,263
Droguri sintetice (comprimate)	168	29.280	225	55.455	58	12.73	80	3.709	156	14.916	131 ¹²²	12.903
LSD (doze)	3	9	n./a.	71	18	308	3	19	12	65	2	104
LSD (ml)									1	6,4		

Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor - IGPR

În ceea ce privește capturile totale, comparativ cu capturile semnificative, realizate în perioada 2011 – 2012, se constată o **creștere considerabilă a cantităților de heroină, canabis și rezină de canabis** confiscate, concomitent cu scăderea numărului de capturi efectuate, ceea ce ar putea reprezenta un indiciu cu privire la existența/ prezența tot mai mare a acestor tipuri de droguri pe piața ilicită.

Tabel nr. 10-2: Situația comparativă a capturilor realizate în perioada 2001-2012

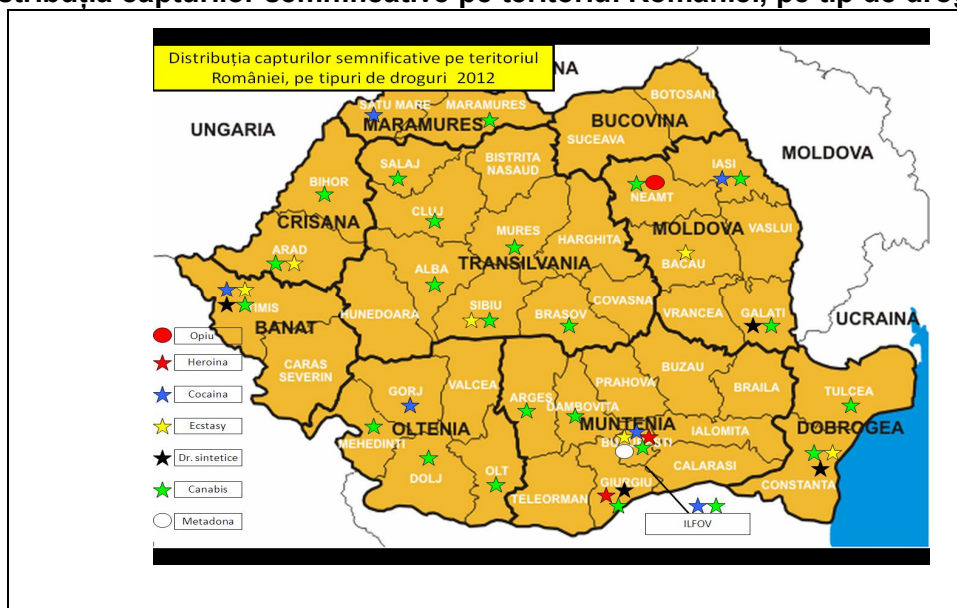
Droguri	2011				2012					
	Capturi totale		Capturi semnificative		Capturi totale			Capturi semnificative		
	Nr.	Cant	Nr.	Cant	Nr.	Cant	Tendință	Nr.	Cant	Tendință
Heroină	314	12,191	17	11,490	215	45,217	↗	3	44,800	↗
Canabis, rezină canabis	1693	270,09	46	241,97	1754	678,09	↗	43	629,59	↗
Cocaină	73	161,03	10	160,630	85	54,703	↘	12	53,880	↘
Droguri sintetice (compr.)	156	14916	7	14040	131	12903	↘	7	9372	↘

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor - IGPR

La nivel național se observă distribuția uniformă a capturilor semnificative de canabis, precum și gruparea principalelor tipuri de droguri confiscate în jurul marilor aglomerări urbane – *în relație directă cu potențialul economico financiar al zonei*: București, Timișoara, Constanța, precum și a zonelor de intrare și ieșire din România: Giurgiu, Galați și Iași – *indicator al statutului de teritoriu de tranzit al drogurilor pentru România*.

¹²² Numărul capturilor de droguri sintetice include și cantitățile ridicate în vederea confiscării sub formă de pulbere, nu doar pe cele sub forma comprimatelor

Harta nr. 10-1: Distribuția capturilor semnificative pe teritoriul României, pe tip de drog

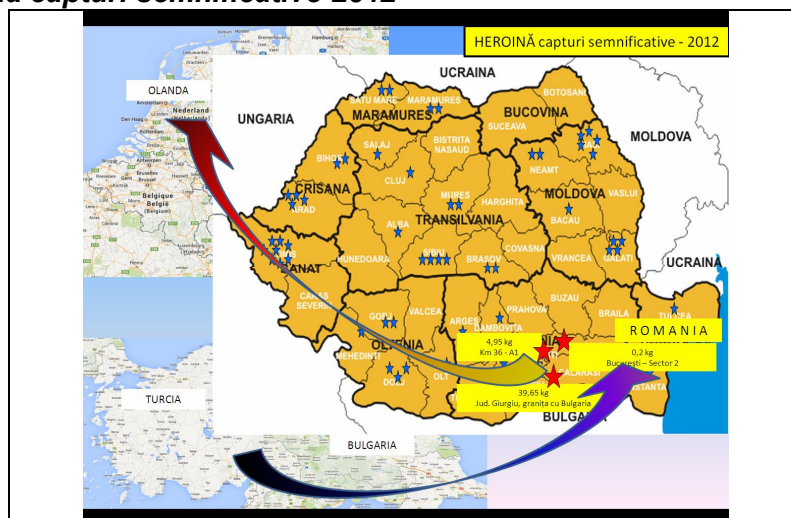


Sursa: ANA

În funcție de **tipul de drog confiscat**, anul 2012 comportă următoarele caracteristici, astfel:

- Heroină:** au fost confiscate **45,217 kg** heroină provenind **din 215 capturi** (206 analizate de Laboratorul Central București, 8 de Laboratorul Regional Timișoara, 1 de Laboratorul Regional Iași) dintre acestea, 3 fiind capturi semnificative și totalizând 44,80 kg. Comparativ cu anul 2011, în anul de referință, s-a înregistrat o creștere de 3,7 ori a cantității de heroină confiscată. Se constată o creștere semnificativă a cantității de heroină confiscată (de peste 3 ori) față de anul 2011 (45,22 kg în 2012 față de 12,19 kg în 2011), dar încă sub nivelul anilor 2007 (129,9 kg), 2008 (385,23 kg), 2009 (85,04 kg) ceea ce confirmă concluziile rapoartelor întocmite de U.N.O.D.C. cu privire la creșterile succesive în 2011 și 2012 ale suprafețelor cultivate cu mac opiaceu în Afganistan. Acest aspect poate prefigura, în viitor, existența unor cantități ridicate de heroină pe piața drogurilor la nivel internațional, inclusiv România. De menționat este faptul că **88%** (39,65 kg) din cantitatea confiscată ca urmare a capturilor semnificative înregistrate și **87%** din totalul capturilor de heroină **au avut ca destinație Olanda**. Restul de **0,417 kg** a făcut obiectul a **212 capturi** la nivel național.

Harta nr. 10-2: Heroină capturi semnificative-2012

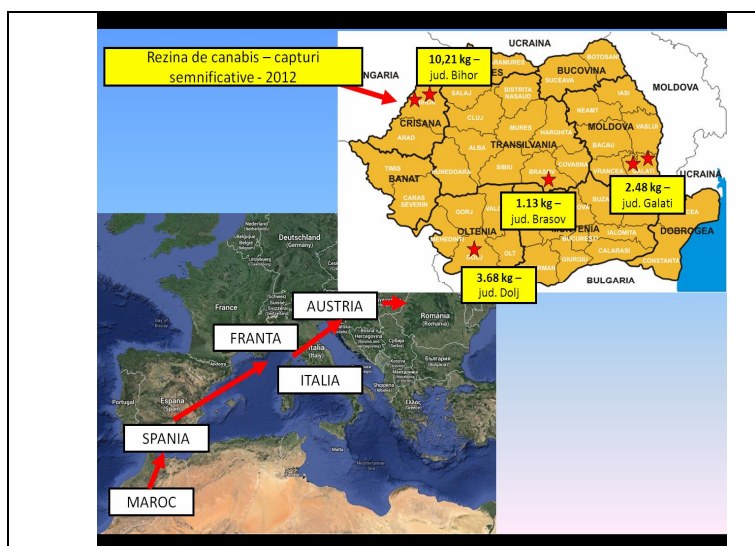


Sursa: ANA

- **Canabis/ rezină de canabis:** au fost confiscate **678,096 kg** din care **651,697 kg canabis** și **27,263 kg rezină de canabis** (hașiș), provenind din **1.754 capturi** (791 analizate de Laboratorul Central București, 452 de Laboratorul Regional Cluj, 181 de Laboratorul Regional Constanța, 181 de Laboratorul Regional Timișoara, 149 de Laboratorul Regional Iași), din care 43 sunt capturi semnificative totalizând 629,59 kg. Mai mult de jumătate (65%) din cantitatea de canabis confiscată (444,39 kg) a avut ca țară de origine România.

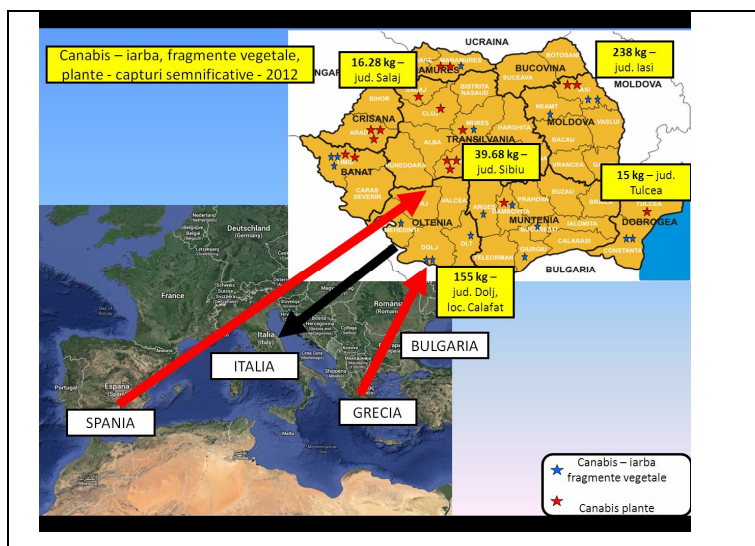
Totodată, se remarcă o creștere considerabilă a numărului de plante și culturi de canabis identificate. Astfel, în anul de referință au fost descoperite pe teritoriul României **48 de culturi ilicite de canabis** și au fost capturate **3.125 plante de canabis**, atât numărul plantelor, cât și cel al culturilor fiind de peste 3 ori mai mare în comparație cu anul 2011 când au fost identificate 15 culturi ilicite, însumând 897 de plante de canabis. Dintre cele 48 de culturi ilicite de canabis, 12 au fost descoperite în locații deschise, iar restul de 36 în spații închise. Din cantitatea totală de canabis confiscată, 406 kg (91,36 %) reprezintă masă verde recoltată (plante de canabis), fapt ce poate fi un indiciu probabil al unei preocupări de extindere a culturilor de canabis (posibil producție autohtonă în dezvoltare).

Harta nr. 10-3: Rezină de canabis - capturi semnificative 2012



Sursa: ANA

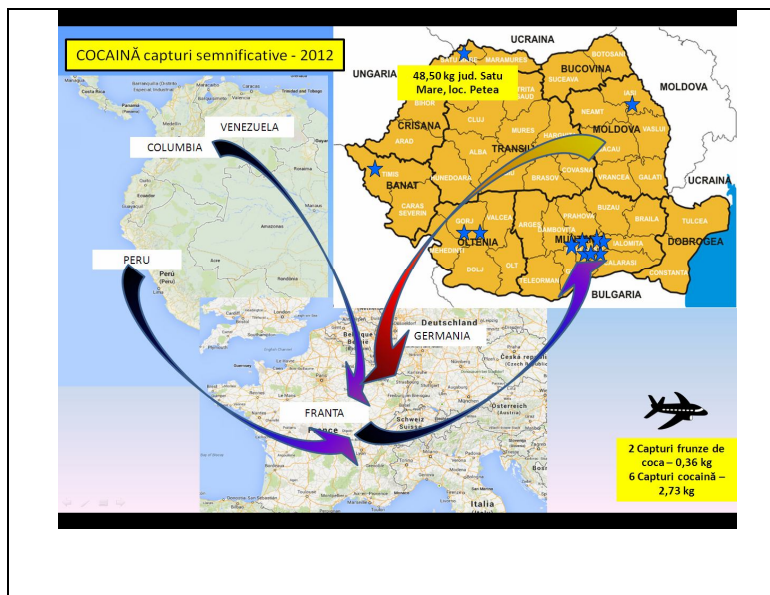
Harta nr 10-4: Canabis – capturi semnificative 2012



Sursa: ANA

- **Cocaină:** au fost confiscate **54,703 kg** cocaină provenind din **85 capturi** (45 analizate de Laboratorul Central București, 5 de Laboratorul Regional Cluj, 18 de Laboratorul Regional Constanța, 10 de Laboratorul Regional Timișoara, 7 de Laboratorul Regional Iași), față de 73 realizate în anul 2011 (cu 16,44% mai mare). În anul de referință, cantitatea de cocaină ridicată de către autoritățile abilitate în vederea confiscării este de circa **3 ori mai mică** în comparație cu anul 2011. Din totalul de 85 de capturi, 12 au fost capturi semnificative de cocaină și frunze de coca, însumând 53,88 kg. De menționat este faptul că 97% din cantitatea totală de cocaină confiscată (53,56 kg) a avut ca țară de destinație România, aspect ce poate reprezenta un indiciu al existenței unei cereri în creștere pe piața autohtonă a drogurilor ilicite.

Harta nr. 10-5: Cocaină- capturi semnificative 2012



Sursa: ANA

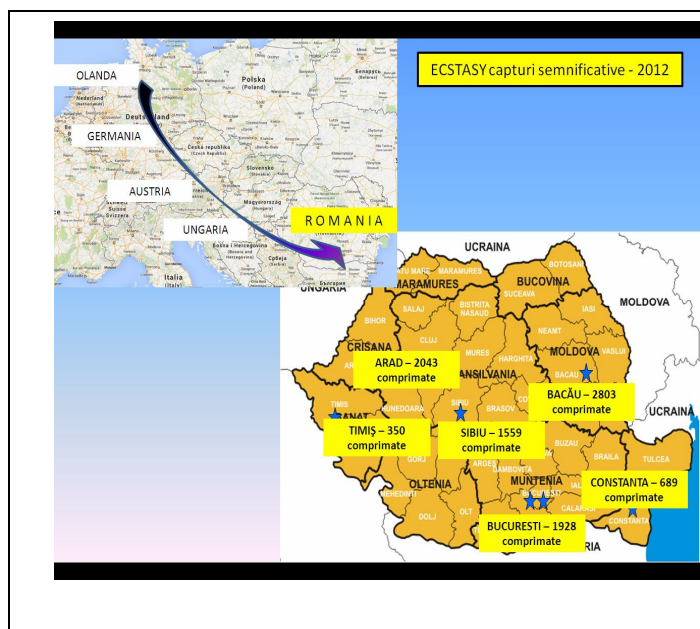
- **Droguri sintetice**¹²³: se înregistrează o scădere de **13,5%** a cantității de droguri sintetice confiscată de către autorități, de la **14.916 comprimate** în anul 2011 la **12.903 comprimate** în anul 2012. De asemenea, în anul 2012 au fost capturate **104 doze de LSD**, față de 65 doze capturate în 2011. În **anul de referință** a fost confiscată și o cantitate de 3,267 kg de metamfetamină, spre deosebire de anul 2011 când a fost confiscată o cantitate de 24,348 kg metamfetamină (**de aproximativ 7,5 ori mai puțin** comparativ cu anul 2011).

Cantitățile de droguri sintetice confiscate în anul 2012 provin din **133 de capturi** (49 analizate de Laboratorul Central București, 11 de Laboratorul Regional Cluj, 33 de Laboratorul Regional Constanța, 14 de Laboratorul Regional Iași și 26 de Laboratorul Regional Timișoara), din care 16 sunt capturi semnificative însumând 11301 comprimate, 4,42 kg și 0,27 litri.

În luna decembrie a anului 2012, au fost distruse în România, conform prevederilor legale, următoarele cantități de droguri: 168,307 kg cocaină, 153,322 kg cannabis, 27,436 kg rezină de cannabis, 82,16 kg heroină, 15,3 kg substanțe noi cu proprietăți psihoactive, 10,5 kg medicamente, 5,244 kg MDMA, 1,3 kg opiu și alte combinații 0,3 kg.

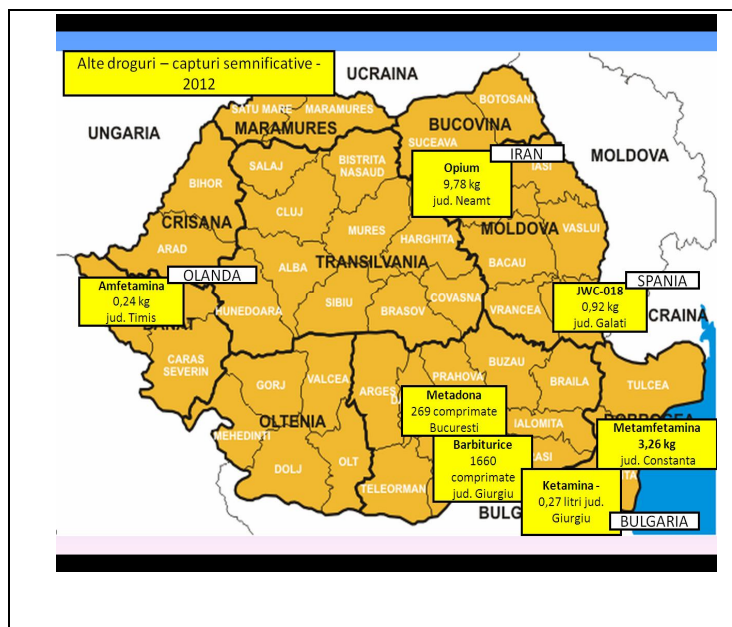
¹²³ la numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, metamfetamină, derivați ai amfetaminei, MDMA și LSD.

Harta nr. 10-6: Ecstasy- capturi semnificative 2012



Sursa: ANA

Harta nr.10-7: Alte droguri- capturi semnificative 2012



Sursa: ANA

B. SUBSTANȚE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE

În cursul anului 2012, s-a înregistrat o **scădere semnificativă** a cantităților de SNPP confiscate (**1,5 Kg**), față de cele din anul 2010 (**125,14 kg**) și anul 2011 (**4,96 kg**). Aceste rezultate se datorează atât continuării **Programului de măsuri pentru combaterea comercializării și consumului substanțelor/produselor noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății nr.5/1194 din 18.02.2011**, dar și punerii în aplicare a prevederilor **Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare**.

Tabel nr. 10-3: Confiscările de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (kg) în perioada 2010 – 2012

SNPP				Cantitate capturată			Număr capturi		
	kilograme			comprimate			2010	2011	2012
	2010	2011	2012	2010	2011	2012			
Canabinoizi sintetici	57,024	2,865	1,079	0	0	0	379	115	21
Catinone	50,091	1,863	0,19	324	4	577	480	235	44
Piperazine	6,506	0,023	0,0001	15.094	1.050	89	74	19	19
Pirovalerone	1,800	0.0048	0,03	6	0	2	54	6	10
Triptamine	8,932	0,015	0,078	0	0	0	2	1	73
Mitragin	0,139	0,192	0	0	0	0	4	1	0
Salvinorin	0,648	0,0033	0	0	0	0	15	1	0
Dimetocaină	0	0	0,131	0	0	0	0	0	7

Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, IGPR

10.2.2. PRECURSORI ȘI SUBSTANȚE CHIMICE ESENȚIALE

Conform datelor existente în evidențele Laboratorului Central de Analiză și Profil al Drogurilor, nici în anul 2012 nu au existat capturi de precursori de droguri și substanțe chimice esențiale.

10.2.4. LABORATOARE CLANDESTINE

În cursul anului 2012, au fost identificate pe teritoriul României **două laboratoare clandestine de condiționare** de substanțe noi cu proprietăți psihoactive¹²⁴, dintre care unul pe raza **Municipiului București** și altul la pe raza **Municipiului Buzău**. Cu ocazia activităților desfășurate de către lucrătorii antidrog au fost descoperite cele două locații, în incinta cărora, membrii unor rețele de traficanți români realizau amestecuri de fragmente vegetale cu substanțe noi cu proprietăți psihoactive, ce erau ulterior ambalate și porționate în vederea comercializării (designer drugs). Printre substanțele chimice găsite și confiscate de la fața locului, menționăm următoarele: 4-MEC, UR-144, 4-FA, JWH-203, JWH-122, JWH-081, JWH-210, AM 2201, MAM 2201, NEB, 4-MMA, RCS 4, XLR, acetonă, alcool izopropilic și fragmente vegetale folosite ca substrat. Aceste substanțe intră în categoria catinonelor, canabinoizilor sintetici sau derivaților amfetaminei. Pe lângă aceste substanțe au mai fost ridicate în vederea confiscării tăvi, un blender și 2 cântare, ustensile folosite în vederea condiționării substanțelor.

10.3. PREȚUL DROGURILOR

10.3.1. Prețul drogurilor la nivelul străzii

Comparativ cu anul 2011, pe parcursul anului 2012, o parte din prețurile de comercializare a drogurilor a rămas constantă, iar parte a suferit scăderi. Diferențele prezentate în tabelele de mai jos (ușoara creștere a prețurilor tuturor drogurilor vândute cu amănuntul și a prețului cu ridicata plătit pentru ecstasy) sunt determinate de cursul mediu al monedei euro¹²⁵, stabilit de B.N.R în cursul anului 2012, ce este ușor crescut în comparație cu anul 2011.

În ceea ce privește prețurile de comercializare a drogurilor vândute en gros, acestea sunt similare anului 2011 și variază în funcție de tendința manifestată la nivelul cererii pe piața ilicită, astfel:

¹²⁴ Aceste substanțe intră sub incidența **Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare**

¹²⁵ Conform datelor existente la nivelul Băncii Naționale a României cursul mediu înregistrat pentru moneda Euro în anul 2011 a fost de 4,2379 Ron, iar în anul 2012 a fost de 4.4559 Ron

- hașiș (rezină de canabis) – atât prețul cu ridicata (en gros), cât și prețul cu amănuntul s-au menținut în anii 2010, 2011 și 2012 la aproximativ aceleași valori înregistrate în anul 2009;
- canabis iarbă (marijuana) – prețul acestui drog nu a suferit modificări nici la vânzarea cu ridicata, nici la cea cu amănuntul; valorile sunt similare celor înregistrate în perioada 2009-2011;
- heroină - prețul cu ridicata (en gros) continuă să scadă ușor, suma minimă oferită fiind cu 15% mai mică, iar cea maximă cu 18,52% mai mică față de valoarea înregistrată în anul precedent;
- cocaină - prețul cu ridicata (en gros) a scăzut în anul 2012 față de anul 2011, prin încadrarea într-un interval de variație cu 11,1%, respectiv cu 22,2% mai mic;
- ecstasy (MDMA) – atât prețul cu ridicata (en gros), cât și prețul cu amănuntul au suferit o ușoară creștere, determinată de creșterea prețului mediu plătit pentru 1 Euro, în anul 2012;
- LSD - prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil în intervalul 2004 - 2012.

De asemenea, de menționat este faptul că prețul heroinei vândută en gros a fost influențat și de cantitatea totală tranzacționată sau de calitatea mărfii, iar prețul canabisului vândut cu amănuntul a variat și în funcție de proveniența autohtonă sau străină a acestuia.

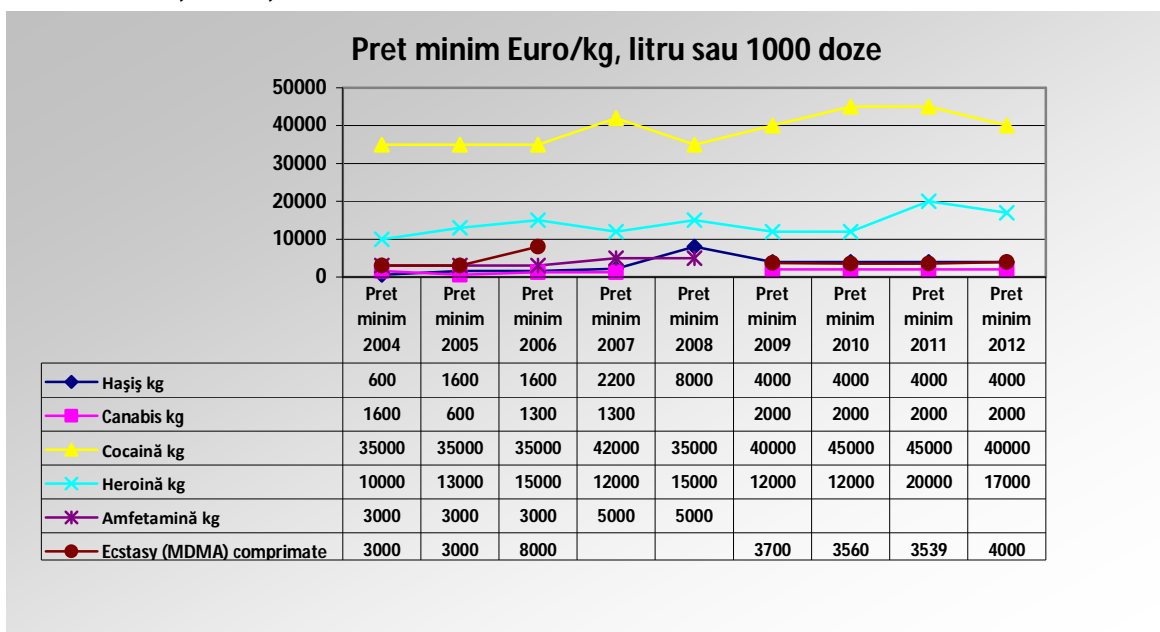
Tabel nr. 10-4: Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004-2012

A. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze)

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hașiș (rezină de canabis)	600-800	1600-2500	1600-2500	2200 – 2400	8000 – 10000	4000 – 7000	4000 – 7000	4000 – 7000	4000 – 7000
Canabis iarbă (marijuana)	1600-2500	600-800	1300 – 1500	1300 – 1500	-	2000 – 5000	2000 – 5000	2000 – 5000	2000 – 5000
Cocaină	35000-50000	35000-50000	35000-50000	42000 – 44000	35000 – 55000	40000 – 60000	45000 – 90000	45000 – 90000	40000 – 70000
Heroină	10000-15000	13000-17000	15000-20000	12000 – 15000	15000 – 16000	12000 – 20000	12000 – 20000	20000 – 27000	17000 – 22000
Amfetamină	3000-4000	3000-4000	3000-5000	5000	5000	-	-	-	-
Ecstasy (MDMA)	3000-4000	3000-4000	8000-10000	-	-	3700 – 7500	3560 – 7130	3539 – 7078	4000 – 7000

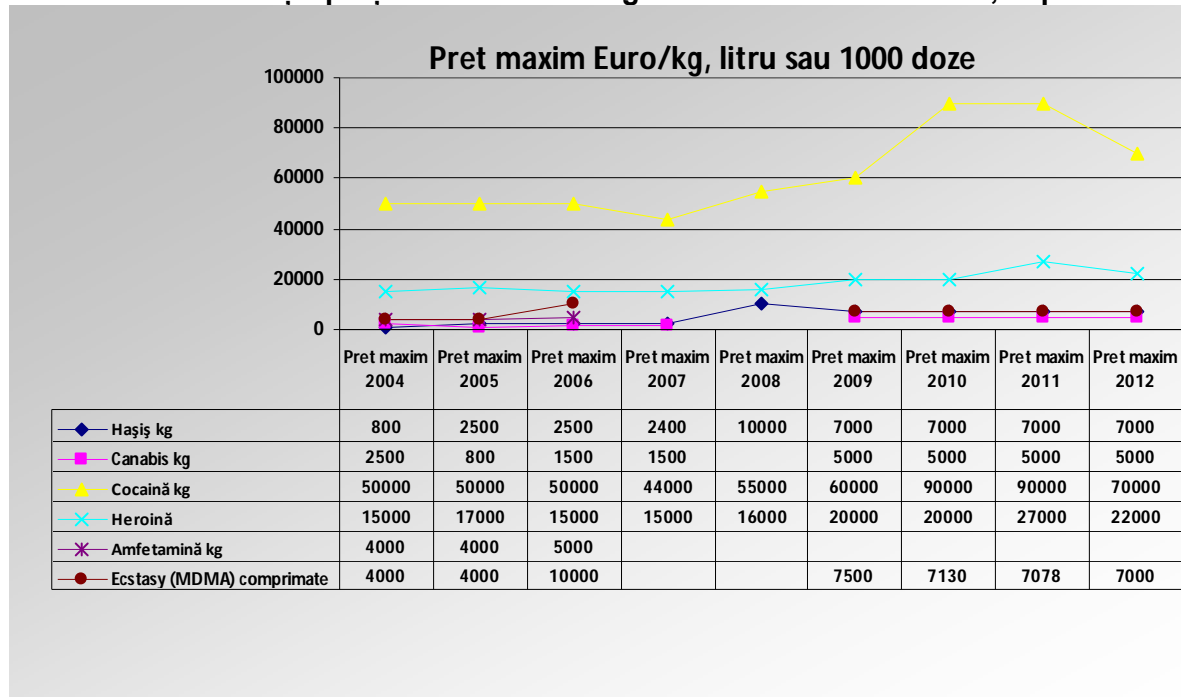
Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

Grafic nr. 10- 3: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2012



Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

Grafic nr. 10- 4: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2012



Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

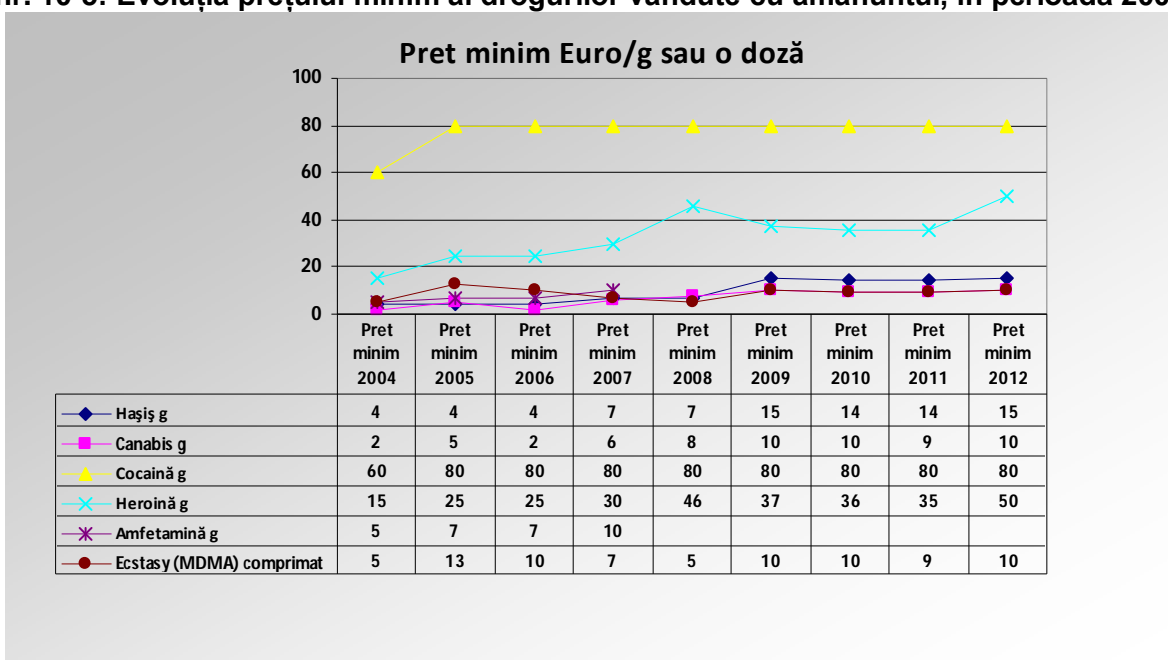
Prețurile cu ridicata, atât valorile minime, cât și maxime, se mențin la niveluri relativ constante, cu variații minime, pentru majoritatea tipurilor de droguri. **Cocaina**, păstrează cel mai ridicat preț de pe piața drogurilor, valoarea de 70.000 Euro fiind în scădere față de anii 2010 și 2011 (90000 Euro), dar menținând trendul ascendent pentru perioada 2004 – 2012. În aceeași situație se găsește și prețul **heroinei**, 22000 Euro, în scădere față de anul 2011, dar în continuare pe un trend ascendent față de perioada analizată.

B. Prețul cu amănuntul (în Euro/g sau pe o doză)

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hașiș (rezină de cannabis)	4-6	4-6	4-6	7-9	7-9	15 - 20	14,25 - 19	14,1 – 18,8	15 - 20
Canabis iarbă (marijuana)	2-4	5-7	2-4	6-7	8-14	10 – 20	9,5 - 19	9,4 – 18,8	10 – 20
Cocaină	60-120	80-120	80-150	80-120	80-120	80 - 120	80 - 120	80 - 120	80 - 120
Heroină	15-25	25-40	25-60	30-35	46-55	37 - 49	35,63 -47,51	35,3 – 47,1	50
Amfetamină	5-10	7-13	7-13	10	-	-	-	-	-
Ecstasy (MDMA)	5-10	13-15	10-15	7-12	5-8	10 - 20	9,5 - 19	9,4 – 18,8	10 - 20
LSD (timbru)	20-30	20-30	30-35	33	33	20 - 37	19 –35,63	18,8 -35,3	20 - 40

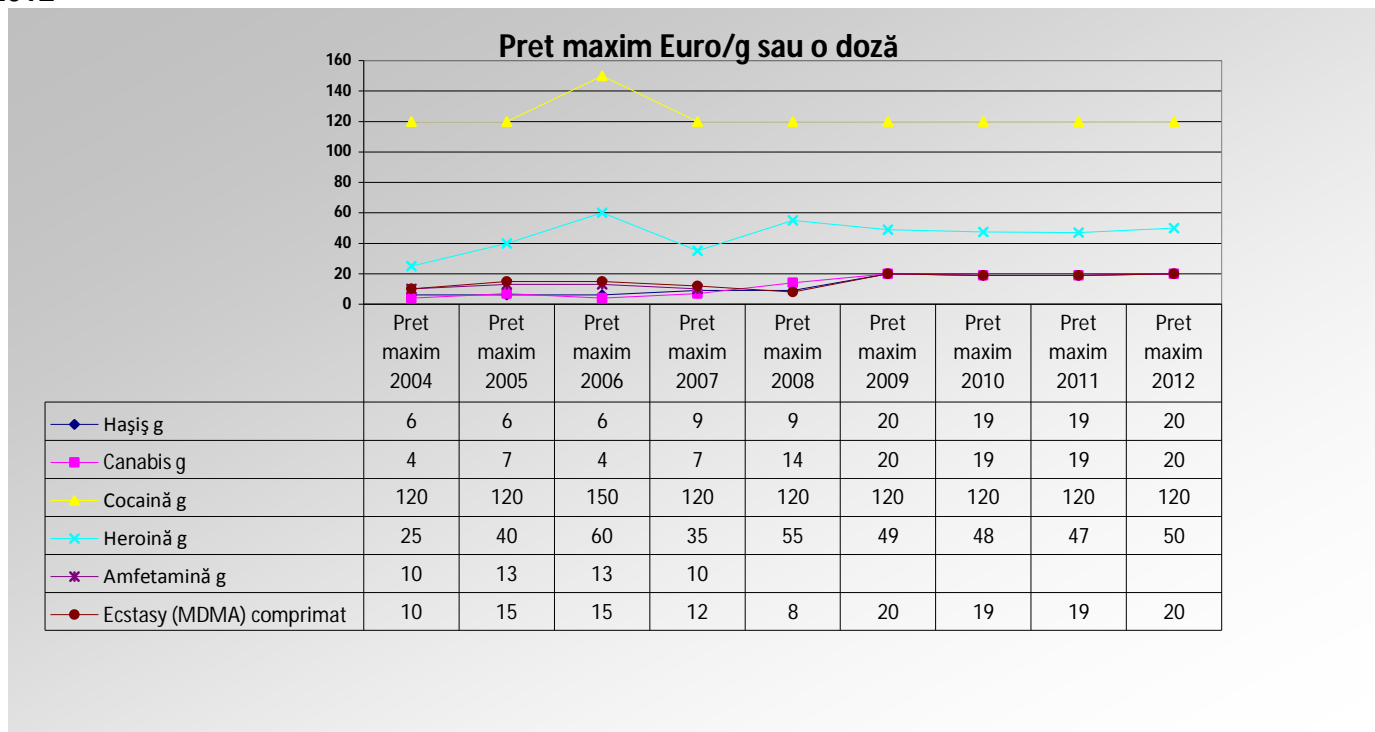
Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

Grafic nr. 10-5: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004 - 2012



Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

Grafic nr. 10-6 : Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004 - 2012



Sursa: Serviciul Antidrog, IGPR

În privința prețurilor cu amănuntul, după perioada anilor 2004 – 2008, caracterizată de fluctuații crescute ale valorilor, în special a celor minime, începând cu anul 2009 se observă o stabilizare relativă a acestora pentru toate categoriile de droguri, singura excepție fiind prețul minim al heroinei, care a crescut la 50 Euro/gram față de valorile înregistrate în anii 2009 – 2011 (37 Euro/gram, 36 Euro/gram și respectiv 35 Euro/gram) și a depășit maximumul de 46 Euro/gram atins în anul 2008. Cannabisul, cel mai consumat tip de drog, menține valori constante ale prețului pe gram, acesta situându-se în intervalul 10 – 20 Euro (minim și maxim) începând cu anul 2009 și până în prezent. Cocaina rămâne cel mai scump tip de drog consumat, prețul minim – maxim fiind cuprins în intervalul 80 – 120, începând cu anul 2007, valori care se mențin și în prezent.

10.3.2. Puritatea drogurilor

Concentrația **heroinei** vândute la nivelul străzii a variat între 0,22% și 46%. În cazul cantităților mari capturate de structurile operative, analizele de laborator au evidențiat o concentrație în heroină cuprinsă între 34% și 50,36%. Puritatea medie a probelor de heroină (vândută cu amănuntul) analizate în cursul anului 2012 a fost de 19,62%. Agenții de diluție și adjuvanții / adulteranții cel mai frecvent întâlniți în probele de heroină sunt: cofeină, paracetamol, dextrometorfan și griseofulvin.

În cursul anului 2012, concentrația celor 7 probe de **MDMA** (vândute la nivelul străzii) analizate, a fost cuprinsă între 7,99% și 64,6%. În compoziția probelor de MDMA a fost pusă în evidență prezența cofeinei, folosită drept adjuvant / adulterant.

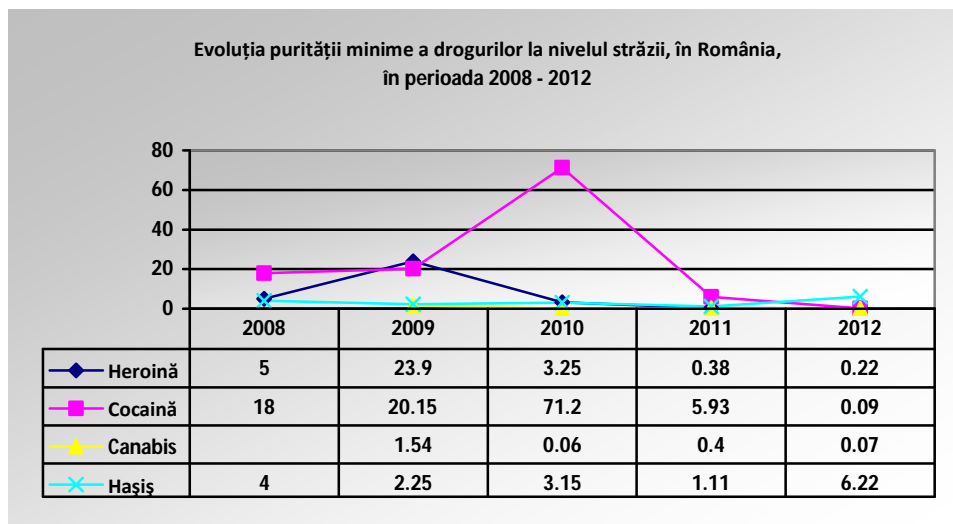
Concentrația în **cocaină** a capturilor mari, analizate de către specialiștii laboratoarelor de analiză, a variat între 0,022% și 97,34%, iar pentru cocaina vândută la nivelul străzii concentrația a variat între 0,09% și 82,65%. În cursul anului 2012, puritatea medie a probelor de cocaină analizate (vândută cu amănuntul) a fost de 36,07%. Substanțele identificate în probele de cocaină analizate în cursul anului 2012, sunt următoarele: fenacetină, lidocaină, tetracaină, levamisol, cofeină, procaină și tetramisol.

Concentrația în THC a **ierbii de cannabis (marijuana)** comercializată la nivelul străzii a fost cuprinsă între 0,074% și 14,78%, iar pentru cea comercializată cu ridicata a fost cuprinsă între 0,43% și 14,63%.

Concentrația medie pentru probele de iarbă de canabis / marijuana (vândută la nivelul străzii) analizate la nivel național în anul 2012 a fost de 6,34%.

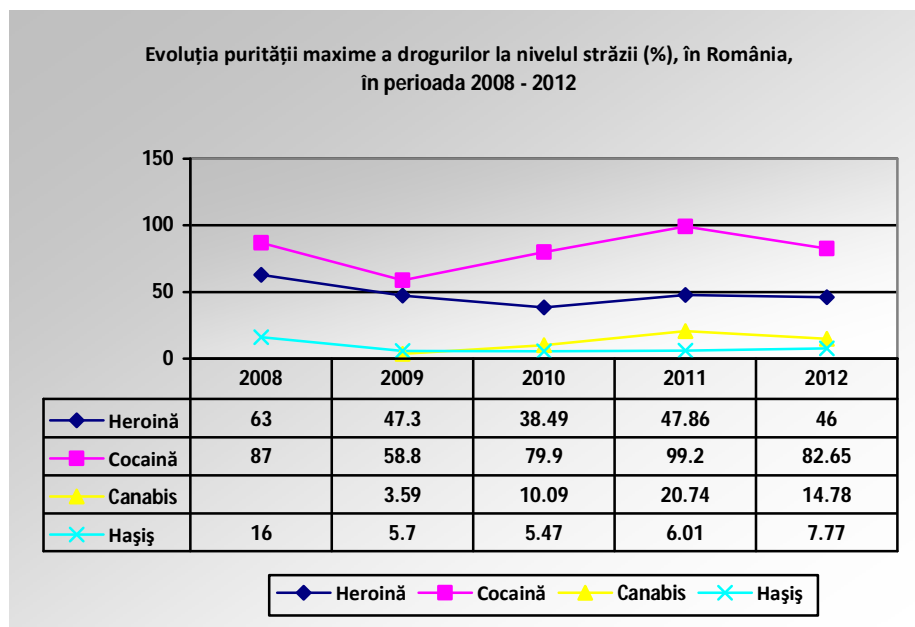
În ceea ce privește **rezina de canabis** vândută la nivelul străzii, analizele de laborator au pus în evidență o concentrație în THC cuprinsă între 6,22% și 7,77%. Concentrația medie pentru probele de **rezina de canabis** (vândută la nivelul străzii) analizate la nivel național în anul 2012 a fost de 7,12%.

Grafic nr. 10-7: Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008 – 2012



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, IGPR

Grafic nr. 10-8: Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008 - 2012



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, IGPR

10.4 RAPORTUL ANUAL CĂTRE SISTEMUL EUROPEAN DE AVERTIZARE TIMPURIE

În anul 2012 au fost identificate un număr de 22 noi substanțe cu potențial psihoactiv aflate sub control național, cea mai mare cantitate fiind din categoria JWH-018.

Tabel nr. 10-5: Substanțe noi cu potențial psihoactiv aflate sub control național, identificate în anul 2012

NR.	Substanța	Descriere fizică	Număr cazuri	Greutate
1	Amfepramona	Tablete	1	4
2	para-metoxiamfetamina (PMA)	Tablete	1	3
3	para-metoximetamfetamina (PMMA)	Tablete	1	1
4	JWH-018	Plante - mix	18	1009,16
5	JWH-250	Plante - mix	1	59,19
6	JWH-073	Plante - mix	1	3,6
7	CP 47, 497-C8	Plante - mix	1	7,82
8	Mefedrona (MMC)	Pudră	31	172,28
9	Mefedrona (MMC)	Tablete	4	577
10	Metilona (beta-ceto-MDMA)	Pudră	1	3,84
11	Fluorometcatinona/ Fiefedrona	Pudră	2	8,9
12	Etcathinona	Pudră	6	5,04
13	BZP + TFMPP	Tablete	1	52
14	CPP	Tablete	11	22
15	CPP	Pudră	1	0,1
16	Amfetamina + CPP	Tablete	4	9
17	MBZP	Tablete	1	6
18	5 MeO-Dalt	Pudră	72	78,2
19	DMT	Pudră	1	0,13
20	2C-X	Pudră	1	5,07
21	Pirovalerona (MDPV)	Pudră	8	30,52
22	Pirovalerona (MDPV)	Tablete	1	2

Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, IGPR

De asemenea, în cursul anului 2012, au fost identificate 27 substanțe noi cu potențial psihoactiv, care nu se aflau sub control național, grupate în 3 categorii: canabinoizi sintetici, catinone și amfetamine, după cum urmează:

Tabel nr. 10-6: Substanțe noi cu potențial psihoactiv care nu se aflau sub control național, identificate în anul 2012

Canabinoizi sintetici	Catinone	Amfetamine
JWH-019	α -PVP	3-FA
JWH-022	4-MEC	4-FA
JWH-081	4-EMC	4-MMA
JWH-122	NEB	4-FMA
JWH-203	Pentedrona	
JWH-210	Pentilona	
AM-2201	bk-MDEA	
MAM-2201	MDPBP	
MAM-1220	3,4-DMMC	
CB-13		
UR-144		
XLR-11		
STS-135		
AKB-48		

Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, IGPR

Grupuri de lucru privind îmbunătățirea activității rețelei

În 2012 au fost organizate grupuri de lucru pe tematica SNPP.

Similar anilor anteriori, concluziile grupurilor de lucru organizate în 2012, au pus în evidență:

- dificultatea evidențierii în probe biologice a prezenței acestor compuși noi și probleme privind dotarea tehnică a laboratoarelor de profil, respectiv instruirea personalului de specialitate datorită noutății fenomenului și a ritmului alert cu care aceste substanțe noi au apărut și s-au dezvoltat;
- problema dotării laboratoarelor toxicologice din unitățile de primiri urgențe;
- lipsa unei abordări structurate privind tratamentul tulburărilor generate de SNPP.

În ultimul studiu de tip online *snapshot*, desfășurat de ANA în prima parte a anului 2013 s-au identificat 7 magazine online cu *url* unic (cod indentificare online) care, deși nu aveau un domeniu *web* aparținând României “.ro”, declarau că livrează SNPP la comandă în România sau aveau meniu în limba română. Printre substanțele comercializate se numără:

Tabel nr. 10-7: Substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub diferite denumiri:

Denumire comercială substanțe	Gramaj	Preț în lei
Boom Powder	1gr	140
Boom Powder	0,5 gr	75
Boom Pills	4 p.	150
Boom Pills	2 p	80
Monster Energy Powder	1 gr	140
Monster Energy Pills	4 p	150
Monster Energy Pills	2 p	80

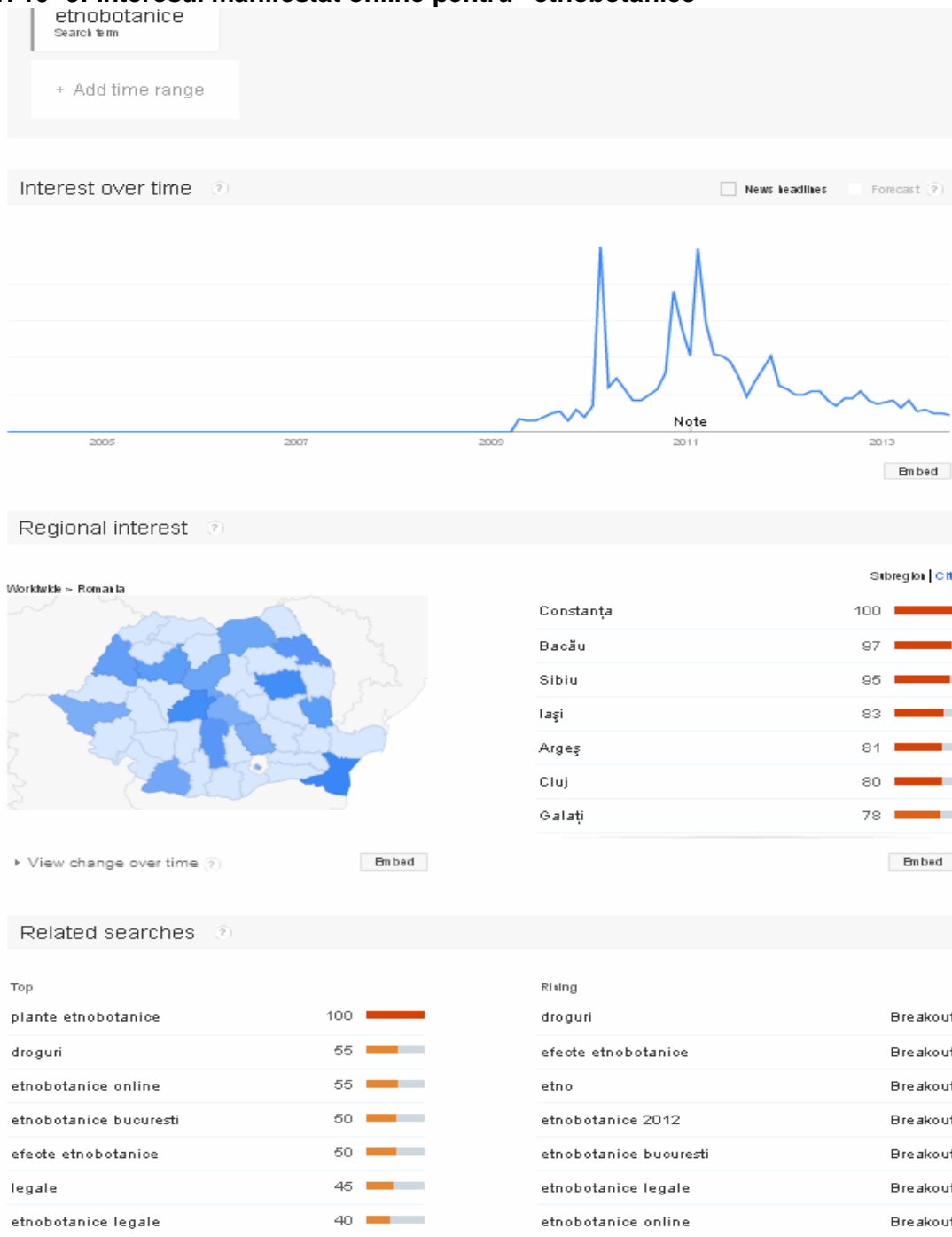
Sursa: ANA

Interesul manifestat online pentru “etnobotanice”

După cum se observă în graficul următor, interesul online manifestat pentru fenomenul SNPP se află în continuă scădere, după adoptarea legislației care prevede existența unei autorizații prealabile comercializării unor astfel de produse (Legea nr. 194/2011¹²⁶).

¹²⁶ Legea 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare

Grafic nr. 10- 9: Interesul manifestat online pentru “etnobotanice”



Sursa : ANA

CONCLUZII :

- România nu este o țară de producție a drogurilor, dar își păstrează calitatea de important punct de tranzit pe ruta Balcanică de traficare a drogurilor; România, alături de statele cu ieșire la Marea Neagră, este o rută alternativă/ secundară de introducere a cocainei în Europa, prin portul Constanța, în special a cocainei ce provine din Bolivia;
- România devine tot mai evident și o țară de destinație pentru majoritatea tipurilor de droguri: heroină, canabis, cocaină, rezină de canabis și droguri sintetice, aspect confirmat și de capturile semnificative înregistrate la nivelul anilor 2011 și 2012 prin raportare la numărul capturilor, cantitățile confiscate, tipurile de drog confiscate, precum și la repartitia acestora pe teritoriul României.
- În anul **2012**, se constată o **creștere semnificativă de aproximativ 60% a cantității totale de droguri confiscate**, cu creșteri față de anul precedent a cantităților de heroină (de 3 ori) și a plantelor și culturilor ilicite de canabis (de 3 ori);
- Cantitatea de droguri provenită din capturile semnificative realizate în cursul anului 2012 reprezintă peste 79% din totalul cantității de droguri capturate, astfel:
 - total cantități droguri capturate: **794,328 kg** și 16.528 comprimate;
 - total cantități droguri provenite din capturi semnificative: **743,04 kg** și 11.301 comprimate.
- Anul 2012 înregistrează **cea mai mare cantitate de opiu confiscată până în prezent** (9,79 kg);
- În contextul în care culturile de mac opiaceu în Afghanistan au cunoscut creșteri semnificative¹²⁷ atât în 2011 (61%), cât și în 2012 (18% față de 2011) România trebuie să fie pregătită pentru un eventual trend ascendent al cantităților de heroină ce vor tranzita teritoriul național în perioada imediat următoare. Astfel, se estimează faptul că heroina produsă din culturile anilor 2011 și 2012 va fi disponibilă pe piața internațională a drogurilor în perioada 2013 – 2015;
- Se înregistrează o **creștere a prezenței/ disponibilității canabisului și rezinei de canabis** pe piața drogurilor în România (2010 – 143,1 kg, 2011 – 269,1 kg, 2012 – 678,1 kg);
- Prezent la nivelul întregii țări, canabisul este cel mai consumat drog, înregistrându-se tot mai multe informații cu privire la o renunțare a importului acestui drog din alte țări și declanșarea unui fenomen de producție locală, fapt ce ar scădea costurile de vânzare și ar facilita „afacerile” traficantilor români;
- Mai mult de jumătate (65%) din cantitatea de canabis confiscată (444,39 kg) a avut ca țară de origine România. Totodată, 406 kg din această cantitate (91,36 %), reprezintă masă verde recoltată (plante de canabis), fapt ce poate fi un indiciu probabil al unei preocupări de extindere a culturilor de cannabis (posibil producție autohtonă în dezvoltare);
- Cantitatea de heroină confiscată înregistrează o creștere semnificativă, aspect confirmat și de concluziile rapoartelor U.N.O.D.C. cu privire la creșterile succesive în 2011 și 2012 ale suprafețelor cultivate cu mac opiaceu în Afganistan. În acest sens, se prefigurează menținerea trendului ascendent și pentru anii 2013 și 2014;
- Prezența cocainei pe piața drogurilor în România este în scădere față de anul 2011, aspect înregistrat și la nivel internațional și confirmat și coroborat cu rapoartele U.N.O.D.C. ce semnaleză scăderi ale suprafețelor cultivate cu coca în Columbia și Bolivia, importanți producători de cocaină. Cu toate acestea, cantitatea confiscată se menține la un nivel destul de ridicat (peste 50kg);

¹²⁷ Afghanistan Opium Survey 2012, Afghanistan Opium Survey 2011 – www.unodc.org.

- În funcție de **țara de origine a drogurilor** au fost constatate următoarele:
 - Cocaina provine din Columbia și Venezuela;
 - Heroina provine din Turcia;
 - Opiul provine din Iran;
 - Canabisul provine din Grecia, Bulgaria și Spania;
 - Rezina de canabis provine din Maroc;
 - Drogurile sintetice provin din Olanda, Spania, România și Bulgaria.
- Tranzitând România, următoarele tipuri de droguri au avut ca **destinație**:
 - Cocaina – cu destinație Italia;
 - Heroina – cu destinație Olanda;
 - Canabis – cu destinație Italia, Olanda și Polonia;
 - Opiu – cu destinație Germania.
- Magazinele de “vise” au fost închise în procent de aproximativ 98% și s-a înregistrat o **scădere semnificativă a confiscărilor de SNPP (1,5 Kg)**, față de 125,14 kg în anul 2010 și 4,96 kg în anul 2011;
- Pe parcursul anului 2012, au fost identificate pe teritoriul României **două laboratoare clandestine de condiționare** de substanțe noi cu proprietăți psihoactive¹²⁸, dintre care unul pe raza **Municipiului București** și altul pe raza **Municipiului Buzău**;
- Prețurile principalelor tipuri de droguri se mențin la niveluri relativ constante față de anii precedenți, singurele modificări ale acestui indicator vizând doar cantitățile de heroină și cocaină vândute cu ridicata (valori în scădere – prețurile înregistrează scăderi cuprinse între 11 - 20%), precum și cel al comprimatelor de ecstasy (*în creștere ușoară determinată de modificările de curs valutar în anul 2012*).

¹²⁸ Aceste substanțe intră sub incidența **Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare**

BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE

BIBLIOGRAFIE

RAPOARTE, STUDII, CERCETĂRI, METODOLOGII

1. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2005) - Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri
2. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2005) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2004
3. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2006) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2005
4. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2007) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2006
5. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2008) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2007
6. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2009) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2008
7. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2010) - Raport Național privind situația drogurilor în România - 2009
8. ANA (Agenția Națională Antidrog) (2011) - Raport Național privind situația drogurilor în România – 2010
9. INML (Institutul Național de Medicină Legală) (2013) - Raportul asupra activității rețelei de Medicină Legală în anul 2012

LEGISLAȚIE

1	Hotărârea Guvernului nr. 461 din 11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.331 din 12.05.2011)
2	Legea nr.194/07.10.2011 pentru combaterea operațiunilor cu substanțe susceptibile de a produce efecte psihoactive, altele decât cele reglementate prin alte legi (emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.796 din 10.10.2011)
3	Ordinul nr 103 din 26 aprilie 2012 privind aprobarea Procedurii de autorizare a operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, și a cuantumului tarifelor de autorizare și evaluare, emis de ministrul sănătății, ministrul administrației și internelor și președintele Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor
4	Ordinul ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății nr. 97 din 17.04.2012 și, respectiv, 252 din 16.03.2012 pentru nominalizarea persoanelor care fac parte din comisia de evaluare prevăzută la art. 7 alin. (1) din Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare.
5	Legea nr. 187/2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 757, din 12 noiembrie 2012
6	Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/C/125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor în care sunt conținute și prevederi privind asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri.
7	Legea nr. 332/2005 privind ratificarea Convenției-cadru WHO pentru controlul tutunului, adoptată la Geneva, Elveția, la 21 mai 2003 publicată în Monitorul Oficial al României nr.1088 din 2 decembrie 2005
8	Ordinul comun al ministrului sănătății nr. 121 din 16.02.2011, ministrului agriculturii și dezvoltării rurale nr. 43 din 16.02.2011, ministrului administrației și internelor nr. 43 din 17.02.2011, ministrului finanțelor publice nr. 1.647 din 16 februarie 2011, președintelui Autorității Naționale Sanitar Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor nr. 8 din 16 februarie și președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor nr. 1/239 din 16 februarie 2011 pentru constituirea echipelor mixte ce vor efectua controale, conform competențelor, în locurile și/sau mediile în care se produc, se comercializează, se utilizează sau se consumă substanțe și/sau produse noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății, altele decât cele reglementate (emitent: Ministerul Sănătății, Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, Ministerul Administrației și Internelor, Ministerul Finanțelor Publice, Autoritatea Națională Sanitar Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor și Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.123 din 17 februarie 2011)
9	Senatul României – Buletinul legislativ, sesiunea septembrie – decembrie 2011
10	Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial al României nr . 510 din 24 iulie 2009)
11	Legea nr. 143 din 26 iulie 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 362 din 3 august 2000)
12	Hotărârea Guvernului nr.1388 din 28.12.2010 pentru aprobarea Programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr.893 din 30.12.2010)
13	Ordin comun al ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1591/1110 din 30 decembrie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 (emitent: Ministrul Sănătății și Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 53 din 21.01.2011)
14	Ordinul nr. 1389/513/282 din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, publicat în Monitorul Oficial al României nr. 830 din 10.12.2008
15	Hotărârea Guvernului nr.1102/2008 pentru aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială acordată consumatorilor de droguri 2009 – 2012 (publicată în Monitorul Oficial al României nr.672 din 30.09.2008), modificată prin HG 87/2010 pentru completarea anexei la HG nr. 1102/2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012 (Monitorul Oficial al României nr. 99/12.02.2010)

16	Hotărârea Guvernului nr.1101/2008 pentru aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri 2009 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României nr.672 din 30.09.2008), modificată și completată cu HG 939/2009 pentru modificarea anexei la HG nr. 1102/2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012 (Monitorul Oficial al României nr. 593/27.08.2009)
17	Hotărârea Guvernului nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României , Partea 1, nr.112 din 3 februarie 2005)
18	Hotărârea Guvernului nr. 1369 din 23 decembrie 2010 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 38 din 17 ianuarie 2011)
19	Decizia Consiliului Național al Audiovizualului privind Codul de reglementare a conținutului audiovizual - Monitorul Oficial al României nr. 250/02.03.2006
20	Hotărârea Guvernului nr. 1489/2002 pentru organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 956 din 27 decembrie 2002)
21	Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 117 din 23 decembrie 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/ 2003 privind Codul fiscal și reglementarea unor măsuri financiar- fiscale
22	Legea nr. 61/1991 pentru sancționarea faptelor de încălcare a unor norme de conviețuire socială, a ordinii și liniștii publice, modificată și republicată, Monitorul Oficial al României nr. 387/18.08.2000
23	Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.195/ 2002 privind circulația pe drumurile publice - Modificată și completată prin O.U.G. nr.63/2006 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.729/20.09.2006
24	OMAI nr. 37/ 17.02.2011 pentru constituirea echipelor mixte ce vor efectua controale conform competențelor legale, în locuințe/medii în care se produc/comercializează/utilizează substanțe/produse noi cu efect psihoactiv dăunătoare sănătății, altele decât cele reglementate, publicată în Monitorul Oficial al României 123/17.02.2011
25	Ordonanței 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare
26	Codul Penal al României, Publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 510 din 24/07/ 2009, care a intrat în vigoare la data de 24 iulie 2012
27	Legea nr 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, publicată în Monitorul Oficial partea I nr. 435/21.06.2002
28	HG nr. 323/ 2005 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005-2008
29	Ordinul nr. 1216/C din 18 mai 2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri – Ministerul Justiției nr. 1.216/C din 18.05.2006, Ministerul Administrației și Internelor nr. 1.310 din 19.05.2006, Ministerul Sănătății nr. 543 din 18.05.2006, Monitorul Oficial al României nr. 471/31.05.2006
30	Decizia nr. 17 din 2 octombrie 2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri – emitent Agenția Națională Antidrog (Monitorul Oficial al României nr. 899/06.11.2006)
31	Ordinul nr. 383/06.06.2005 al Ministrului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale specializate din România, furnizate în sistem public, privat și parteneriat public-privat și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori; și H.G. nr. 1024/2004 pentru verificarea respectării standardelor de calitate prevăzute de Ordinul nr. 383/ 06.06.2005
32	Ordonanța de Guvern nr. 92/29.08.2000 privind organizarea și funcționarea serviciilor de reintegrare socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate – Guvernul României (Monitorul Oficial al României nr. 423/01.09.2000)
33	Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.1039 din 28 decembrie 2006)
34	Legea nr. 186 din 13.06.2007 pentru aprobarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, Emitent Parlamentul, Monitorul Oficial al României nr. 425/26.06.2007
35	Legea nr. 39/2003 privind prevenirea și combaterea criminalității organizate, publicată în Monitorul Oficial al României 50 din 29 ianuarie 2003 (Monitorul Oficial 50/2003)

36	Legea nr. 218/2002 (actualizată prin Legea 60/2009) privind organizarea și funcționarea Poliției Române, în scopul asigurării bunei desfășurări și sporirii eficienței serviciului polițienesc din unitatea administrativ-teritorială în care funcționează
37	Dispoziția Directorului ANA numărul 240/1/08.12.2011 de înființare a Centrului de Zi Pericle
38	Ordinul comun nr. 770/ 192/ 2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile; Emitent: Ministerul Sănătății Publice (Nr. 770/2007) și Ministerul Internelor și Reformei Administrative (Nr. 192/ 2007)
39	Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, reglementează cadrul general de organizare, funcționare și finanțare a sistemului național de asistență socială în România
40	Ordinul nr. 1313/2011 de adoptare a Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei privind reforma în domeniul asistenței sociale, 2011 – 2013
41	O.U.G. nr. 6 din 10.02.2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și pentru completarea Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope
42	Legea nr. 339/2005 care reglementează regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope care prezintă interes în medicină, supuse unui control strict
43	Hotărârea de Guvern nr. 1915 din 22.12.2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; Emitent Guvernul, Monitorul Oficial al României nr. 18/11.01.2007
44	Legea nr. 522 din 24 noiembrie 2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/ 2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 1155 din 7 decembrie 2004
45	Hotărârea de Guvern nr. 860 din 28 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (Monitorul Oficial al României nr. 749 din 17 august 2005)
46	Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei nr. 187/2002 pentru definirea tipurilor de unități medicale ce pot fi abilitate să asigure asistența medicală persoanelor dependente de droguri, precum și a organizațiilor neguvernamentale ce pot fi abilitate să desfășoare activități de prevenire a transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile
47	Decizia directorului general al ANP nr. 452 din 04.07.2008 pentru aprobarea Manualului de proceduri al sistemului penitenciar
48	Hotărârea de Guvern nr. 358 din 26.03.2008, pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, precum și pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, Monitorul Oficial al României nr. 269/04.04.2008
49	Decizia Președintelui ANA nr. 13/2007 pentru înființarea și gestionarea listei de așteptare pentru serviciile de asistență integrată a adicțiilor din cadrul ANA
50	Ordinul nr.1016/2007 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor
51	Hotărârea Consiliului Suprem de Apărare a Țării nr. 62 din 17.04.2006 pentru aprobarea Strategiei de Securitate Națională a României
52	Hotărârea de Guvern nr. 1873 din 21.12.2006 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, Monitorul Oficial al României nr. 8/05.01.2007
53	Hotărârea de Guvern nr. 196 din 17.05.2006 pentru aprobarea Strategiei Ministerului Administrației și Internelor de realizare a ordinii și siguranței publice, creșterea siguranței cetățeanului și prevenirea criminalității stradale, (publicată în Monitorul Oficial al României nr.243 din 23.05.2006)
54	Ordinul Ministrului Sănătății nr. 372/2006 prin care sunt reglementate măsurile de promovare și apărare a sănătății mintale, precum și de prevenire a îmbolnăvirilor psihice
55	Ordinul Ministrului Sănătății nr. 374/10.04.2006 privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, Emitent Ministerul Sănătății, Monitorul Oficial al României nr. 373/02.05.2006
56	Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 34 din 19.04.2006 privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii, cu

	modificările și completările ulterioare (publicată în Monitorul Oficial al României nr.418 din 15.05.2006)
57	Decizia Consiliului 11 al UE (art. 5.1, Decizia 2005-387-JHA)
58	Regulamentul (C.E.) nr. 1277/2005 al Comisiei din 27 iulie 2005 privind aplicarea Regulamentului 273/2004 și a Regulamentului 111/2005 (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 202 din 3 august 2005)
59	Regulamentul nr. 111/2005 al Consiliului din 22 decembrie 2004 privind supravegherea comerțului cu precursori de droguri între Comunitate și statele terțe (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 22 din 26 ianuarie 2005)
60	Hotărârea de Guvern nr. 1342 din 22.09.2004 privind aprobarea Strategiei naționale pentru implementarea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/SIDA în perioada 2007-2007, Emitent Guvernul, Monitorul Oficial al României nr. 865/22.09.2004
61	Hotărârea de Guvern nr. 1434/ 2004 privind atribuțiile și Regulamentul – cadru de organizare și funcționare ale Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului, Emitent Guvernul, Monitorul Oficial al României nr. 869/ 23.09.2004
62	Legea nr. 293/ 2004 privind Statutul funcționarilor publici din Administrația Națională a Penitenciarelor
63	Regulamentul (CE) nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2004 privind precursorii de droguri (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 47 din 18 februarie 2004)
64	Recomandarea din 18 iunie 2003 a Consiliului Europei asupra prevenirii și reducerii consecințelor asupra sănătății asociate dependenței de droguri, precum și în prioritățile Planului de Acțiune al UE pentru perioada 2009-2012.
65	Legea nr.350 din 02.12.2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general (publicată în Monitorul Oficial al României nr.1128 din 14.12.2005)
66	Ordinul Ministrului Sănătății nr. 963/1998 cu privire la aprobarea normelor metodologice generale privind organizarea și acordarea de asistență medicală, tratament și servicii dependenților
67	Hotărârea Guvernului nr. 575 din 16 iunie 2010, care modifică și completează Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor stupefiante și psihotrope, substanțe și preparate și Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea consumului ilicit de droguri și a traficului (emise de către Guvernul din România, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 509 din 22.07.2010)

SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE

- ✓ <http://www.ana.gov.ro>
- ✓ <http://www.ana.gov.ro/asistenta>
- ✓ <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final%20OK.pdf>
- ✓ <http://www.anp.gov.ro/documents/10180/18750/Annual+report+2012.pdf/09f536d9-21d5-4a26-9eae-2a0863df22a7>
- ✓ http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/proiecte/strategie%20reintegrare%20ANP.pdf
- ✓ <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%2010.pdf>
- ✓ <http://www.anit.ro/>
- ✓ <http://codfiscal.realitatea.net/anexa-nr-1-la-titulul-vii-accize-si-alte-taxe-speciale>
- ✓ <http://www.emcdda.europa.eu>
- ✓ <http://europa.eu.int/servlet/>
- ✓ http://www.just.ro/Sections/PrimaPagina_MeniuDreapta/LegeAplicareCP/tabid/1438/language/ro-RO/Default.aspx
- ✓ <http://www.legmed.ro>
- ✓ www.mai.gov.ro/index15.htm
- ✓ <http://www.ms.gov.ro/upload/Raport%20activitate%20Ministerul%20Sanatatii%202012.pdf>
- ✓ <http://www.psihomedcom.ro/contact.html>
- ✓ <http://www.psymotion.ro>
- ✓ <http://www.reitox.emcdda.eu.int>
- ✓ <http://rhrn.ro/public/uploads/file/214/costurile-politicilor-antidrog.pdf>
- ✓ <http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/11399-de-romani-sunt-infectati-cu-hiv-sida>
- ✓ www.unodc.org

LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT

Lista Tabelelor utilizate în text

Tabel nr. 1-1	Modificările aduse unor acte normative din domeniul specific de activitate de Legea Nr. 187 din 24.10.2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal
Tabel nr. 1-2	Inițiative legislative ale parlamentarilor, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor 2012
Tabel nr. 1-3	Defalcarea sumelor cheltuite (lei) în cadrul Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri – 2009-2012
Tabel nr. 1-4	Indicatori realizați în cadrul Subprogramului de prevenire și tratament al toxicodependențelor
Tabel nr. 2-1	Repartiția respondenților în funcție de drogul principal consumat și frecvența consumului (%)
Tabel nr. 2-2	Repartiția respondenților în funcție de primul drog consumat și vârsta de debut în consum, (%)
Tabel nr. 4-1	Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2007- 2012
Tabel nr. 5-1	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de tipul admitterii, tip de asistență și tipul drogului principal, date comparate 2011-2012 (nr.)
Tabel nr. 5-2	Distribuția admitterilor la tratament în 2012 pentru subiecții cu policonsum sau care consumă și alte droguri (drog secundar) decât cel pentru care au solicitat asistență (drog principal), în funcție de tipul de drog (nr., %)
Tabel nr. 5-3	Distribuția admitterilor la tratament în 2012 pentru subiecții cu recidivă și care au solicitat asistență (drog principal) pentru opiacee sau SNPP, în funcție de tipul de drog pentru care au mai avut anterior asistență (nr., %)
Tabel nr. 5-4	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de numărul de episoade de tratament și tipul drogului principal (nr., medie, maxim)
Tabel nr. 5-5	Vârsta beneficiarilor (minimă, medie și cea mai frecventă) în funcție de sex, tip de admitere și drog principal (ani)
Tabel nr. 5-6	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de vârsta de debut, sexul beneficiarului și tipul drogului principal (nr., %)
Tabel nr. 5-7	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare, în funcție de tipul admitterii, tipul drogului principal, sex, calea de administrare, vârsta de debut și durata de consum (nr, %)
Tabel nr. 5-8	Admiterea la tratament pentru consumul de droguri ilicite (opioacee) în 2011 și distribuția consumatorilor care se aflau deja în tratament de substituție, în funcție de tipul centrului de tratament și de data admitterii la tratament (nr. de persoane)
Tabel nr. 5-9	Distribuția serviciilor de asistență pentru consumul de droguri ilicite și SNPP, acordate în 2012 (pentru toți beneficiarii, indiferent de anul admitterii), în funcție de tipul centrului de tratament și tipul de asistență acordat, 2012 (nr., %)
Tabel nr. 5-10	Distribuția persoanelor consumatoare de opiacee care au primit tratament de menținere a abstenenței, în funcție de diferite caracteristici, 2012 (%)
Tabel nr. 5-11	Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența de administrare a drogurilor și sexul beneficiarului, date comparate 2006-2012 (%)
Tabel nr. 5-12	Evoluția admitterilor la tratament pentru consumul de droguri ilicite (opioacee) și al numărului de consumatori care au în istoric tratament de substituție, în funcție de anul de acordare a asistenței și tipul de asistență, situație comparativă 2009-2012 (nr. de pers. admise la tratament în anul de referință)
Tabel nr. 5-13	Evoluția admitterilor la tratament pentru consumul de droguri ilicite, în funcție de serviciul de asistență acordat, situație comparativă 2009 - 2012 (nr. de pers. admise la tratament în anul de referință)
Tabel nr. 5-14	Evoluția distribuției persoanelor consumatoare de opiacee care au primit tratament de menținere a abstenenței cu agonist/antagonist opioaceu, în funcție de diferite caracteristici, 2009 -2012 (raportare la incidență: persoanele care au intrat în asistență în anul de referință, inclusiv beneficiarii care au primit asistență în regim de detenție) - %
Tabel nr. 6-1	Tendențe în calea de transmitere în România 2007-2012

Tabel nr. 6-2	Testări HIV la grupe de risc, date comparate 2010-2012
Tabel nr. 6-3	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %
Tabel nr. 6-4	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, %
Tabel nr. 6-5	Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, (%)
Tabel nr. 6-6	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %
Tabel nr. 6-7	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare
Tabel nr. 6-8	Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, (%)
Tabel nr. 6-9	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, %
Tabel nr. 6-10	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare
Tabel nr. 6-11	Rezultate comparate ale celor trei studii de tip <i>Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI</i>
Tabel nr. 6-12	Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2012
Tabel nr. 6-13	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate 2012 (consum exclusiv, comparativ cu policonsum)
Tabel nr. 6-14	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv)
Tabel nr. 6-15	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum exclusiv de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate (%)
Tabel nr. 6-16	Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2012 (%)
Tabel nr. 6-17	Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul exclusiv de droguri ilicite, raportate în anul 2012, în funcție de substanța consumată (%)
Tabel nr. 6-18	Delimitarea zonelor de risc la nivelul județelor țării, în funcție de numărul de cazuri de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, înregistrate în 2012
Tabel nr. 6-19	Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de tipologia diagnosticului de urgență și substanța consumată, 2012 (%)
Tabel nr. 6-20	Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de calea de consum și substanța consumată, 2012 (%)
Tabel nr. 6-21	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat suicid sau deces, în funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală
Tabel nr. 6-22	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat deces, în funcție de substanța consumată și categorii de vârstă
Tabel nr. 7-1	Numărul și tipul programelor funcționale de schimb de seringi în cadrul proiectului
Tabel nr. 7-2	Beneficiari direcți ai proiectului
Tabel nr. 7-3	Echipe de injectare distribuite în cadrul proiectului
Tabel nr. 7-4	Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe fiecare furnizor de servicii
Tabel nr. 7-5	Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe tipuri de servicii
Tabel nr. 7-6	Distribuția beneficiarilor direcți pe grupe de vârste și sexe
Tabel nr. 7-7	Categoriile de beneficiari
Tabel nr. 7-8	Distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă, în funcție de drogul principal consumat
Tabel nr. 7-9	Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi distribuite (medie/ mediană/ mod)
Tabel nr. 7-10	Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi colectate (medie/ mediană/ mod)
Tabel nr. 7-11	Număr de servicii/ tipuri de servicii acordate beneficiarilor
Tabel nr. 8-1	Distribuția admiterilor la tratament în 2012, în funcție de status ocupațional și categorii de droguri (%)
Tabel nr. 8-2	Distribuția admiterilor la tratament în 2012, în funcție de nivelul educațional și categorii de droguri (%)

Tabel nr. 8-3	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de tipul de locuință și categorii de droguri (%)
Tabel nr. 8-4	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de situația locativă și sexul beneficiarilor (%)
Tabel nr. 8-5	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de situația locativă și categorii de droguri (%)
Tabel nr. 8-6	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și status ocupațional (%)
Tabel nr. 8-7	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de status ocupațional și categorii de droguri (%)
Tabel nr. 8-8	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și nivelul educațional (%)
Tabel nr. 8-9	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de nivelul educațional și categorii de droguri (%)
Tabel nr. 8-10	Motivele excluderii sociale, în funcție de drogul principal de consum (%)
Tabel nr. 8-11	Statusul profesional, în funcție de drogul principal de consum (%)
Tabel nr. 8-12	Modalități de obținere a banilor, în funcție de drogul principal de consum (%)
Tabel nr. 9-1	Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2010 - 2012
Tabel nr. 9-2	Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 - 2012
Tabel nr. 9-3	Distribuția frecvențelor relative pentru variabilele sex și grupa de vârstă în populația de consumatori de droguri autodeclarați, date comparate 2007-2012 (%)
Tabel nr. 10-1	Număr de capturi și cantitatea confiscată pe diferite tipuri de droguri
Tabel nr. 10-2	Situația comparativă a capturilor realizate în perioada 2001-2012
Tabel nr. 10-3	Confiscările de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (kg) în perioada 2010 –
Tabel nr. 10-4	Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004-2012() A. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze) B. Prețul cu amănuntul (în Euro/g sau pe o doză)
Tabel nr. 10-5	Substanțe noi cu potențial psihoactiv aflate sub control național, identificate în anul 2012
Tabel nr. 10-6	Substanțe noi cu potențial psihoactiv care nu se aflau sub control național, identificate în anul 2012
Tabel nr. 10-7	Substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub diferite denumiri

Lista graficelor utilizate în text

Grafic nr. 1-1	Dinamica numărului de magazine de profil identificate, date comparate 2011-2012
Grafic nr. 1-2	Dinamica numărului de magazine de profil controlate, date comparate 2011-2012
Grafic nr. 2-1	Caracteristicile socio-demografice ale populației din eșantion
Grafic nr. 2-2	Distribuția respondenților în funcție de drogul principal consumat, %
Grafic nr. 2-3	Distribuția respondenților, în funcție de drogul principal și drogul secundar, %
Grafic nr. 2-4	Distribuția respondenților în funcție de calea de consum a drogului principal, %
Grafic nr. 2-5	Repartiția respondenților în funcție de vârsta de debut în consum
Grafic nr. 5-1	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în funcție de data admitterii și tipul drogului principal, date comparate 2006-2012 (nr.)
Grafic nr. 5-2	Distribuția admitterilor la tratament în 2012 în funcție de tipul de asistență și tipul admitterii (%)
Grafic nr. 5-3	Distribuția admitterilor la tratament în 2012 în funcție de tipul de drog principal și tipul admitterii (%)
Grafic nr. 5-4	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de vârsta beneficiarului, tipul admitterii, tipul drogului principal și vârstă (%)
Grafic nr. 5-5	Distribuția admitterilor la tratament în anul 2012, în funcție de anul de debut, drogul principal - total și cazuri noi (nr.)
Grafic nr. 5-6	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de calea de administrare a drogului principal, sexul beneficiarului, tipul admitterii și drogul principal (%)
Grafic nr. 5-7	Distribuția admitterilor la tratament în 2012, în funcție de frecvența consumului, tipul admitterii, sex și tipul drogului principal (%)
Grafic nr. 5-8	Evoluția numărului de persoane care au primit tratament, ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2002-2012 (nr.)
Grafic nr. 5-9	Evoluția raportului internare/ambulator, date comparate 2007-2012
Grafic nr. 5-10	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de sexul beneficiarului, date comparate 2002-2012 (%)
Grafic nr. 5-11	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul admitterii, date comparate 2002-2012 (%)
Grafic nr. 5-12	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2002-2012 (%)
Grafic nr. 5-13	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de drogul principal și sexul beneficiarului, date comparate 2004-2012 (%)
Grafic nr. 5-14	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de vârsta beneficiarului și vârsta de debut, date comparate 2004-2012 (%)
Grafic nr. 5-15	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea de administrare și tipul admitterii, date comparate 2006-2012 (%)
Grafic nr. 5-16	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea de administrare și sexul beneficiarului, date comparate 2006-2012 (%)
Grafic nr. 5-17	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de calea de administrare, date comparate 2009-2012 (nr., %)
Grafic nr. 5-18	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de calea de administrare și sexul beneficiarului, date comparate 2009-2012 (nr., %)
Grafic nr. 5-19	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de statusul de injectare, tipul admitterii și sexul beneficiarului, date comparate 2007-2012 (nr., %)
Grafic nr. 5-20	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de heroină și SNPP, în funcție de statusul de injectare, date comparate 2008-2012 (nr, %)
Grafic nr. 5-21	Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența administrării drogurilor, date comparate 2006-2012 (%)
Grafic nr. 6-1	Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2010-2012 (nr.)
Grafic nr. 6-2	Prevalența HVB în rândul CDI, 2012 (%)

Grafic nr. 6-3	Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)
Grafic nr. 6-4	Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-5	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-6	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2012
Grafic nr. 6-7	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-8	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-9	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)
Grafic nr. 6-10	Prevalența HVC în rândul CDI, 2012 (%)
Grafic nr. 6-11	Prevalența HVC în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)
Grafic nr. 6-12	Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-13	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-14	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-15	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-16	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)
Grafic nr. 6-17	Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2012 (%)
Grafic nr. 6-18	Prevalența HIV în rândul CDI, date comparate 2004-2012 (%)
Grafic nr. 6-19	Prevalența HIV în rândul CDI în funcție de sex, 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-20	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-21	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, date comparate 2008-2012 (%)
Grafic nr. 6-22	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2011-2012 (%)
Grafic nr. 6-23	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de tipul centrului de tratament, 2012 (%)
Grafic nr. 6-24	În ultima lună, cât de des s-a întâmplat să folosești seringi sau fiole folosite înainte de altcineva?
Grafic nr. 6-25	Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării
Grafic nr. 6-26	Prevalența infecției HIV în rândul CDI, BSS 2012 (%)
Grafic nr. 6-27	Prevalența HVB în rândul CDI, BSS 2012 (%)
Grafic nr. 6-28	Prevalența HVC în rândul CDI, 2012 (%)
Grafic nr. 6-29	Evoluția sistemului de colectare a datelor privind urgențele medicale 2009-2012 (nr.)
Grafic nr. 6-30	Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2011-2012 (număr cazuri)
Grafic nr. 6-31	Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite
Grafic nr. 6-32	Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de SNPP
Grafic nr. 6-33	Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de cannabis
Grafic nr. 6-34	Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de opiacee
Grafic nr. 6-35	Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de SNPP (exclusiv sau în combinație) , pe luni, date comparate 2010-2012 (număr cazuri)
Grafic nr. 6-36	Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive și a unităților medicale raportoare, în perioada 2011-2012, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ număr unități)
Grafic nr. 6-37	Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de tipologia diagnosticului de urgență și sex, 2012 (%)

Grafic nr. 6-38	Distribuția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de calea de consum și sex, 2012 (%)
Grafic nr. 6-39	Distribuția cazurilor de urgență în care a fost semnalată prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC pe categorii de vârstă 2012 (%)
Grafic nr. 6-40	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex, prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC și categoria de substanțe consumate 2012 (%)
Grafic nr. 6-41	Distribuția consumatorilor de droguri, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, date comparate 2010-2012 (nr. persoane)
Grafic nr. 6-42	Distribuția cazurilor CDI, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, date comparate 2010-2012
Grafic nr. 6-43	Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2012
Grafic nr. 6-44	Evoluția incidenței infecțiilor cu HVB, HVC și HIV, în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012
Grafic nr. 6-45	Distribuția cazurilor de deces asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2012
Grafic nr. 6-46	Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2012 (nr. cazuri)
Grafic nr. 6-47	Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, date comparate 2000 - 2012 (număr de cazuri)
Grafic nr. 6-48	Evoluția vârstei medii în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2012
Grafic nr. 6-49	Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012
Grafic nr. 6-50	Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012 (%)
Grafic nr. 6-51	Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2012
Grafic nr. 7-1	Evoluția numărului de seringi distribuite CDI în România în perioada 2008-2012 (estimare)
Grafic nr. 7-2	Evoluția numărului de CDI deserviți în cadrul programelor de schimb de seringi în perioada 2008-2012 (estimare)
Grafic nr. 7-3	Evoluția numărului mediu de seringi /client/ an în cadrul programelor de schimb de seringi în perioada 2008-2012 (estimare)
Grafic nr. 7-4	Analiza comparativă a numărului de seringi distribuite, în funcție de tipul serviciului și tipul furnizorului
Grafic nr. 8-1	Statusul ocupațional al persoanelor admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri (%)
Grafic nr. 8-2	Distribuția admițerilor la tratament în 2012, în funcție de statusul ocupațional și sexul beneficiarilor (%)
Grafic nr. 8-3	Nivelul educațional al persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de droguri în anul 2012 (%)
Grafic nr. 8-4	Distribuția admițerilor la tratament în 2012, în funcție de nivelul educațional și sexul beneficiarilor (%)
Grafic nr. 8-5	Distribuția admițerilor la tratament în 2012, în funcție de tipul de locuință și sexul beneficiarilor (%)
Grafic nr. 8-6	Situația locativă a persoanelor admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri (%)
Grafic nr. 9-1	Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001 - 2012 (nr.)
Grafic nr. 9-2	Distribuția dosarelor soluționate, în 2012, în funcție de tipul soluției (%)
Grafic nr. 9-3	Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18 ¹ , NUP sau SUP), 2012 (%)

Grafic nr. 9-4	Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001 – 2012
Grafic nr. 9-5	Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001 - 2012 (%)
Grafic nr. 9-6	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2012
Grafic nr. 9-7	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2012
Grafic nr. 9-8	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 - 2012
Grafic nr. 9-9	Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 - 2012
Grafic nr. 9-10	Persoane condamnate la art.4 din Legea 143/2000
Grafic nr. 9-11	Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2012
Grafic nr. 9-12	Evoluția numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației din penitenciare, date comparate 2001-2012
Grafic nr. 9-13	Distribuția consumatorilor autodeclarați în funcție de substanța consumată, date comparate 2007-2012 (%)
Grafic nr. 9-14	Structura efectivelor de deținuți după natura infracțiunilor
Grafic nr. 9-15	Situații de descoperire a substanțelor interzise (date comparate, 2009-2012)
Grafic nr. 9-16	Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de substanțe psihoactive, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-17	Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de anul admitterii, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-18	Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de distribuția teritorială a locațiilor unde s-a acordat asistență, date comparate 2011-2012
Grafic nr. 9-19	Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul admitterii și sexul beneficiarului, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-20	Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-21	Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-22	Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, în funcție de nivelul de studii, date comparate 2008-2012 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-23	Participarea deținuților la programe de educație și asistență psiho-socială
Grafic nr. 10-1	Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2012 (kg)
Grafic nr. 10-2	Cantități semnificative de droguri capturate în perioada 2001-2012
Grafic nr. 10-3	Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2012
Grafic nr. 10-4	Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2012
Grafic nr. 10-5	Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004 - 2012
Grafic nr. 10-6	Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004 - 2012
Grafic nr. 10-7	Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008 – 2012
Grafic nr. 10-8	Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008 - 2012
Grafic nr. 10-9	Interesul manifestat online pentru “etnobotanice”

Lista hărților utilizate în text

Harta nr. 5-1	Distribuția teritorială a centrelor care au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite și SNPP în funcție de centrului, 2012
Harta nr. 5-2	Distribuția teritorială a admițerilor la tratament în 2012, în funcție de tipul drogului principal și județul unde s-a acordat asistență (nr.)
Harta nr. 5-3	Distribuția teritorială a admițerilor la tratament în 2011-2012, în funcție de tipul drogului principal și județul unde s-a acordat asistență (nr.)
Harta nr. 6-1	Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de SNPP
Harta nr. 6-2	Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de cannabis
Harta nr. 6-3	Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de opiacee
Harta nr. 6-4	Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2011-2012
Harta nr. 6-5	Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, la nivelul unităților teritorial-administrative (județe), 2012 (nr. cazuri)
Harta nr. 7-1	Locații deservite în cadrul proiectului
Harta nr. 10-1	Distribuția capturilor semnificative pe teritoriul României, pe tip de drog, 2012
Harta nr. 10-2	Heroină capturi semnificative, 2012
Harta nr. 10-3	Rezină de cannabis - capturi semnificative, 2012
Harta nr. 10-4	Cannabis – capturi semnificative, 2012
Harta nr. 10-5	Cocaină- capturi semnificative, 2012
Harta nr. 10-6	Ecsasy- capturi semnificative, 2012
Harta nr. 10-7	Alte droguri- capturi semnificative, 2012

LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT

ALIAT	Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniei
ANA	Agenția Națională Antidrog
ANIT	Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii
ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
ARAS	Asociația Română Anti SIDA
BSS	Behavioural Surveillance Survey
BTS	Boli cu Transmitere Sexuală
CAIA	Centrul de Asistență Integrată în Adicții
CDI	Consumatori de Droguri Injectabile
CP	Codul Penal
CPD	Consum Problematic de Droguri
CPECA	Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog
DGPMB	Direcția Generală de Poliție a Municipiului București
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
DIICOT	Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism
DRD	Drug-related deaths
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ERP	Enterprise Resources Planning
FICE	Federatia Internațională a Comunităților Educative
GPS	General Population Survey
HG	Hotărâre de Guvern
HIV	Virusul imuno deficienței dobândite
HVB	Hepatită Virală B
HVC	Hepatită Virală C
IGPR	Inspectoratul General al Poliției Române
IML	Institutul de Medicină Legală
INML	Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București
INS	Institutul Național de Statistică
LSD	Acidul lisergic dietilamid (din germană Lysergsäure-diethylamid)
MAI	Ministerul Administrației și Internelor
MEC	Ministerul Educației și Cercetării
MDMA	Methylenedioxymethamphetamine
MDPV	Metilendioxiprovalerona
MIRA	Ministerul Internelor și Reformei Administrative
MMFPS	Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale
MO	Monitorul Oficial
MS	Ministerul Sănătății
NUP	Neînceperea urmăririi penale
OEDT/ EMCDDA	Observatorul European de Droguri și Toxicomanii/ Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
ONG	Organizație neguvernamentală
ORDT	Observatorul Român de Droguri și Toxicomanii
OUG	Ordonanță de Urgență a Guvernului

PDU	Consum Problematic de Droguri
PSS	Program de schimb de seringi
RAA	Fundația Romanian Angel Appeal
RDS	Respondent Driven Sampling
RHRN	Romanian Harm Reduction Network
SIDA	Sindromul Imunodeficienței Dobândite
SNA	Strategia Națională Antidrog
SNPP	Substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub denumirea de „etnobotanice”
SORDT	Serviciul Observatorului Român pentru Droguri și Toxicomanie
SRCD	Serviciul Reducerea Cererii de Droguri
SMROD	Serviciul Reducerea Ofertei de Droguri
SUP	Suspendarea urmăririi penale
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahidrocanabinol
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UNODC	Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
VHB	Virusul Hepatitei B
VHC	Virusul Hepatitei C

Colectivul de redacție:

Supervizare: Sorin OPREA – Director Agenția Națională Antidrog

- Șef ORDT, *Ruxanda ILIESCU*, bioinginer medical, doctor în sociologie
E-mail: ruxanda.iliescu@ana.gov.ro
- Aurora **LEFTER**, sociolog, doctor în sociologie
E-mail: aurora.lefter@ana.gov.ro
- Andrei **BOTESCU**, psiho-sociolog
E-mail: andrei.botescu@ana.gov.ro
- Drd. Milica **GEORGESCU**, sociolog
E-mail: milica.georgescu@ana.gov.ro
- Lavinus **SAVA**, psiho-sociolog
E-mail: lavinus.sava@ana.gov.ro
- Carmelia **MATACHE**, psiholog
E-mail: carmelia.matache@ana.gov.ro
- Cornelia **ROTARU**, psihosociolog
E-mail: cornelia.rotaru@ana.gov.ro
- Cătălina **NICULAE**, psiholog
E-mail: catalina.niculae@ana.gov.ro
- Mihaela **ȚONE**, asistent social
E-mail: mihaela.tone@ana.gov.ro
- Șef SRCD, Diana **ȘERBAN**, psiholog, doctor în sociologie
E-mail: diana.serban@ana.gov.ro
- Ana Maria **BOȘOGIOIU**, specialist în științe juridice
E-mail: ana.bosogioiu@ana.gov.ro
- Șef SMROD, Andreea **CHELARU**, psihosociolog
E-mail: andreea.chelaru@ana.gov.ro
- Ovidiu **PETRE**, specialist în științe juridice
E-mail: ovidiu.petre@ana.gov.ro
- Laura Izabela **PIȘCOCIU**, specialist în științe juridice
E-mail: izabela.piscociu@ana.gov.ro
- Dr. Gabriel **GORUN**, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)
E-mail: gabriel.gorun@legmed.ro