



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

**RAPORT NAȚIONAL
PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR**

2015

ROMÂNIA
Noi evoluții și tendințe

REITOX

Agenția Națională Antidrog mulțumește tuturor partenerilor și colaboratorilor pentru contribuția adusă la întocmirea prezentului raport. Datele conținute în acest raport fac referință la situația din anul 2014.

**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, 2173

CUPRINS

1. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU	9
1.1 CADRUL LEGISLATIV	9
1.1.1 Legi, regulamente, instrucțiuni și principii directoare în domeniul drogurilor	9
1.1.2 Implementarea legilor	25
1.1.2.1 Nivelul legislativ	26
1.1.2.2 Nivelul operativ	26
1.1.2.3. Nivelul preventiv	28
1.1.2.4. Aspecte privind problematica la nivel internațional	28
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE	28
1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale	29
1.2.2. Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor antidrog	30
1.2.3. Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog	31
1.3. ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE	31
1.4. CONCLUZII	32
2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA	34
2.1. CANABIS	34
2.1.1. Consumul de canabis în populația generală	34
2.1.2. Tratament pentru consum de canabis	39
2.1.3. Consum problematic de canabis	40
2.1.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de canabis	40
2.1.3.2. Consumul problematic	42
2.2. STIMULANȚI	43
2.2.1. Consumul de stimulanți în populația generală	43
2.2.1.1. Ecstasy	43
2.2.1.2. Cocaină/ crack	47
2.2.1.3. Amfetamine	52
2.2.2. Tratamentul pentru stimulanți	55
2.2.3. Consum problematic de stimulanți	56
2.2.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de stimulanți	56
2.3. HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE	58
2.3.1. Estimarea consumului de opioide	60
2.3.2. Injectarea și alte căi de administrare a opioidelor	61
2.3.3. Bolile infecțioase asociate consumului de opioide	61

2.3.4.Tratamentul pentru heroină și alte opioide	62
2.3.5.Alte consecințe ale consumului de opiacee	63
2.3.5.1.Urgențe medicale datorate consumului de opiacee	63
2.4.SUBSTANȚELE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE	65
2.4.1.Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de SNPP	65
2.4.2.Consecințe ale consumului de SNPP	69
2.4.2.1.Urgențe medicale datorate consumului de SNPP	69
2.5.SURSE DE DATE UTILIZATE.....	72
2.6.METODOLOGIE	73
2.7.CONCLUZII	74
3. PREVENIRE.....	76
3.1.REZUMAT.....	76
3.2.PROFIL NAȚIONAL	77
3.2.1.Politici și organizare	77
3.2.1.1.Obiectivele politicilor publice în domeniul prevenirii consumului de droguri.....	77
3.2.1.2.Structuri responsabile pentru dezvoltarea și implementarea de intervenții pentru prevenirea consumului de droguri.....	78
3.3.INTERVENȚII ÎN DOMENIUL PREVENIRII CONSUMULUI DE DROGURI.....	81
3.3.1.Introducere	81
3.3.2.Intervenții de prevenire universală.....	83
3.3.3.Intervenții de prevenire selectivă	90
3.3.4.Intervenții de prevenire indicată	92
3.3.5.Asigurarea calității intervențiilor de prevenire	92
3.4.TENDINȚE.....	93
3.4.1.Evoluții semnificative ale intervențiilor de prevenire a consumului de droguri în România în ultimii 10 ani.....	93
4. TRATAMENT	100
4.1.PREZENTARE GENERALĂ	100
4.1.1.Profil național	100
4.2.POLITICI ȘI COORDONARE	101
4.2.1.Obiectivele asistenței integrate pentru persoanele consumatoare de droguri.....	101
4.2.2.Coordonarea și implementarea obiectivelor asistenței integrate a persoanelor consumatoare de droguri	102
4.3.SISTEMUL DE ASISTENȚĂ INTEGRATĂ PENTRU PERSOANELE CONSUMATOARE DE DROGURI.....	103

4.3.1.Rețeaua centrelor ambulatorii de asistență integrată.....	103
4.3.1.1.Sistemul ambulatoriu de asistență integrată – furnizorii de servicii	103
4.3.1.2.Sistemul ambulatoriu de asistență integrată – beneficiarii serviciilor.....	104
4.3.2.Rețeaua centrelor rezidențiale (inpatient network) de asistență integrată	105
4.3.2.1.Sistemul rezidențial de asistență integrată – furnizorii de servicii	105
4.3.2.2.Sistemul rezidențial de asistență integrată – beneficiarii serviciilor	105
4.3.3.Date relevante.....	107
4.3.3.1.Date privind numărul de persoane admise la tratament	107
4.3.3.2.Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament.....	107
4.3.4.Modalități de tratament.....	109
4.3.4.1.Servicii ambulatorii și rezidențiale	109
4.3.5.Tratamentul de substituție cu opioide (OST)	109
4.3.5.1.Principali furnizorii ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee (OST).....	109
4.3.5.2.Numărul de clienți în OST.....	110
4.3.6.Asigurarea calității serviciilor de asistență.....	110
4.4.TENDINȚE.....	112
4.5.INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	115
4.6.CONCLUZII	115
5. CELE MAI BUNE PRACTICI ÎN DOMENIU (BEST PRACTICE).....	117
5.1 REZUMAT.....	117
5.2 PROFIL NAȚIONAL	118
5.2.1.Politici și coordonare.....	118
5.2.1.1.Principalele obiective în domeniul asigurării calității prevăzute în Strategia Națională Antidrog.....	118
5.2.1.2.Principalele instituții care promovează asigurarea calității în intervențiile din domeniul reducerii cererii de droguri.....	121
5.2.1.3.Sistemul de acreditare pentru intervențiile furnizate în domeniul reducerii cererii de droguri.....	122
5.2.1.4.Sistemul educațional specific pentru profesioniștii din domeniul reducerii cererii de droguri.....	129
5.2.1.5.Noi abordări în furnizarea celor mai bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri.....	131
6. CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE	142
6.1.DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	142

6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri.....	149
6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri	150
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri.....	153
6.1.4. Tendințe	155
6.1.5. Concluzii	157
6.1.6. Recomandări.....	158
6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	159
6.2.1. Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri.....	159
A. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive)	159
B. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite (inclusiv SNPP)	160
6.2.2. Informații suplimentare referitoare la urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite	161
6.2.2.1. Caracteristici socio-demografice	161
6.2.2.2. Modelul de consum.....	162
6.2.2.3. Tipologia diagnosticelor medicale de urgență	164
6.2.2.3. Repartizarea geografică a cazuisticii	166
6.2.4. Tendințe	170
6.2.5. Concluzii	172
6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	172
A. Notificări	173
B. Prevalență.....	174
6.3.1. Prevalența infectării cu HIV, HVB, HVC a consumatorilor de droguri aflați în tratament.....	181
6.3.2. Prevalența HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri aflați în programele de schimb de seringi.....	182
6.3.2.1. Infecția cu HIV	183
6.3.2.2. Infecția cu HVC	185
6.3.2.3. Infecția cu HVB.....	185
6.3.3. Tendințe	187
6.3.4. Concluzii	190
6.3.5. Recomandări.....	190
6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII	191
6.4.1. Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri	191

6.4.2.	Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.....	192
6.4.3.	Serviciile de reducere a riscurilor.....	193
6.4.3.1.	Informare, educare, consiliere	193
6.4.3.2.	Testarea pentru boli infecțioase.....	197
6.4.3.3.	Tratamentul pentru boli infecțioase	198
6.4.3.4.	Programele de schimb de seringi.....	198
6.4.3.5.	Vaccinare împotriva hepatitei B	198
6.4.3.6.	Servicii pentru prevenirea supradozelor.....	198
6.4.3.7.	Referirea către alte servicii	199
6.4.4.	Răspunsuri privind alte consecințe în planul sănătății.....	199
6.4.5.	Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri	199
6.4.6.	Concluzii	200
7.	PIAȚA DROGURILOR	201
7.1	ASPECTE DE NOUȚATE	201
7.2	ANALIZA INDICATORILOR.....	205
7.2.1	Cantități confiscate.....	205
7.2.2.	Număr de capturi pe tip de drog	208
7.2.3	Capturi semnificative.....	209
7.2.3.1	Canabisul și rezina de cannabis	210
7.2.3.2	Cocaina.....	215
7.2.3.3	Drogurile sintetice	218
7.2.3.4	Heroina	220
7.2.3.5	Substanțe noi cu proprietăți psihoactive.....	223
7.2.3.6	Medicamente	224
7.2.3.7	Precursori de droguri.....	225
7.2.4	Prețul drogurilor la nivelul străzii	225
7.2.5	Puritatea drogurilor.....	228
8.	INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR	230
8.1.	ANALIZA INDICATORILOR.....	231
8.1.1.	Context general	231
8.1.2.	Dosare penale soluționate	232
8.1.3.	Persoane cercetate și trimise în judecată.....	234
8.1.4.	Persoane condamnate	236

8.1.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri	237
8.2. BUNURI CONFISCATE	239
8.3. INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL TERITORIAL	239
8.3.1. Descrierea situației la nivel teritorial	244
9. CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR	247
9.1. REZUMAT	247
9.2. PROFIL NAȚIONAL	247
9.2.1. Organizare - structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc	247
9.2.2. Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților	251
9.2.2.1 Studii privind consumul de substanțe psihoactive de către persoanele aflate în detenție	251
9.2.2.2 Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție	251
9.2.2.3 Comportamente riscante și consecințe asupra sănătății	254
9.3. RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE	254
9.3.1. Cadru legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)	255
9.3.2. Structura sistemului de asistență pentru consumatorii de droguri privați de libertate	259
9.3.3. Răspunsuri la problemele de sănătate generate de consumul de droguri pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate	260
9.3.4. Tratament de substituție	267
9.4. ALTE INFORMAȚII DE INTERES	268
9.4.1. Piața drogurilor în penitenciar	268
10. CERCETARE	269
10.1. REZUMAT	269
10.2. Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu	269
10.3. Principalii finanțatori	269
10.4. Principalele publicații în domeniu	270
10.5. Principalele site-uri	270
10.6. Cele mai recente cercetări realizate (2012)	270
10.7. Informații suplimentare	271
LISTA GRAFICELOR	272
LISTA TABELELOR	277
LISTA HĂRȚILOR	278

1. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

1.1 CADRUL LEGISLATIV

1.1.1 Legi, regulamente, instrucțiuni și principii directoare în domeniul drogurilor

În anul 2014, activitatea circumscrisă armonizării și dezvoltării cadrului legislativ s-a concretizat în inițierea, elaborarea și promovarea unor proiecte de acte normative în domeniul antidrog, precum și în fundamentarea și susținerea unor poziții și opinii de specialitate față de propuneri legislative aferente domeniului drogurilor sau altor domenii conexe.

Dintre acestea, le evidențiem pe cele mai reprezentative:

- **proiect¹ de Lege pentru modificarea și completarea Tabelelor – anexă la Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri precum și pentru completarea Tabelelor-anexă la Legea nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.** Acest act normativ urmărește protejarea stării de sănătate a populației, în special a adolescenților și tinerilor, prin reducerea riscurilor de îmbolnăviri sau decese datorate consumului de astfel de substanțe, reducerea fenomenului infracțional și a circulației de bani nefiscalizați pe piața din România. Tabelele-anexă la Legea nr. 143/ 2000 se completează cu 30 de substanțe noi cu efect psihoactiv. Totodată, se completează Tabelul I „Plante, substanțe și preparate cu substanțe psihotrope și stupefiante interzise, lipsite de interes recunoscut în medicină” din Legea nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, pentru a permite achiziționarea de etaloane din substanțele puse sub control de către laboratoarele instituțiilor cu atribuții de expertiză, în vederea identificării acestor substanțe în probele supuse analizei. Se introduce în Tabelul II al Legii 339/ 2005 o substanță activă nouă, Tapentadol, având proprietăți agoniste asupra receptorilor opioizi și proprietăți suplimentare de inhibare a recaptării noradrenalinei aparținând grupei farmacoterapeutice: analgezice; opioide. Substanța este înregistrată ca medicament de către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, la recomandarea căreia se introduce în Tabelul II al Legii 339/ 2005 pentru stricta monitorizare a distribuției și utilizarea în deplină siguranță a medicamentelor conținând această substanță.

¹ adoptat prin Legea nr. 51/2014 (emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 322 din 05 mai 2014)

- Proiect² de **H.G. privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2013-2016**. Proiectul de act normativ urmărește îndeplinirea obiectivelor stabilite în Strategia națională antidrog 2013-2020 și în Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2016. Astfel, în conformitate cu documentele programatice, la sfârșitul perioadei de referință, va fi consolidat sistemul național integrat de prevenire și asistență, care 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. Programele și intervențiile preventive au ca scop dezvoltarea influenței factorilor de protecție și reducerea influenței factorilor de risc, prin implicarea populației generale, în special a grupurilor vulnerabile, în programe de prevenire a consumului de droguri - universale, selective și indicate, fundamentate pe evidențe științifice și în conformitate cu standardele de calitate. Programele de prevenire au ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației generale, școlare și a grupurilor vulnerabile privind efectele consumului de alcool, tutun, droguri și noi substanțe cu efecte psihoactive, precum și dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul acestor categorii de populație, prin orientarea lor către activități cultural-artistice și sportive, ca alternative la consumul de droguri. Totodată, proiectul de act normativ urmărește promovarea cercetării științifice ca nucleu fundamental în definirea și dezvoltarea măsurilor de răspuns la fenomenul drogurilor.
- Proiect³ de **H.G. privind aprobarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2013 – 2016**. În conformitate cu documentele programatice, respectiv Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013–2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, la sfârșitul perioadei de referință se preconizează atât consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, cât și dezvoltarea unui cadru comunitar coerent în domeniul reducerii cererii de droguri, prin dezvoltarea colaborării cu societatea civilă în corelație cu promovarea standardelor europene și internaționale în domeniul prevenirii consumului de droguri și asistenței acordate

² adoptat prin H.G. nr. 684/2015 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 03 septembrie 2015)

³ adoptat prin H.G. nr. 659/2015 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 03 septembrie 2015)

consumatorilor. Prin conținutul său și prin posibilitatea de implicare a societății civile, Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2013 - 2016 propune o serie de obiective și direcții de acțiune și transformare (cu orizont de timp 2016), menite să avanseze obiectivele generale ale viziunii strategice instituționale, în contextul necesității unui răspuns adecvat și adaptat dinamicii fenomenului, în planul educației, sănătății, incluziunii sociale și ordinii publice. Programul de interes național de prevenire și asistență integrată medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2013 – 2016 urmărește pilotarea și promovarea modelelor de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri, conform standardelor europene și internaționale în domeniu și va contribui la realizarea obiectivelor din documentele strategice – Strategia Națională Antidrog 2013- 2020 și Planul de Acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, respectiv totalitatea măsurilor de prevenire implementate în scopul evitării începerii consumului de droguri, întârzierii debutului acestuia, evitării trecerii la un consum cu risc mai mare și promovării unui stil de viață sănătos, așa cum sunt acestea definite în art. 4. alin. (1) din H.G. 860/ 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicarea a dispozițiilor Legii 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, precum și totalitatea programelor și serviciilor ce fac parte din circuitul integrat de asistență a consumatorilor și consumatorilor dependență de droguri, sistem și circuit definite în art.1 lit. h2) și h3) din Legea nr.143/ 2000. Programele și intervențiile preventive vizează dezvoltarea influenței factorilor de protecție și reducerea influenței factorilor de risc, prin implicarea populației generale, în special a grupurilor vulnerabile, în programe de prevenire a consumului de droguri - universale, selective și indicate, fundamentate pe evidențe științifice și în conformitate cu standardele de calitate. Programele de prevenire acționează pe două paliere, respectiv informarea, educarea și conștientizarea populației generale și a populației școlare privind efectele consumului de droguri, inclusiv alcool, tutun și noi substanțe cu efecte psihoactive, precum și dezvoltarea de intervenții aplicate având ca grup țintă populația generală, dar și populația de consumatori de droguri prin dezvoltarea unui serviciu de tip *help-line*. Intervențiile tip informare/ educare/ conștientizare urmăresc inclusiv dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul acestor categorii de populație, prin orientarea lor către activități cultural-artistice și sportive, ca alternative la consumul de droguri. Măsurile prevăzute în cadrul Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2013 – 2016 vizează creșterea disponibilității, accesibilității și gradului de acoperire a serviciilor din cadrul

circuitului integrat de asistență a consumatorilor și a consumatorilor dependenți de droguri, prin dezvoltarea și implementarea politicilor adecvate și necesare. Prin completarea rețelei serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri, adaptate nevoilor consumatorilor de droguri care nu au accesat serviciile sistemului de asistență, se urmărește atât identificarea, atragerea, motivarea și trimiterea acestora spre serviciile cu nivel crescut de specializare, cât și abordarea necesităților sociale și medicale de bază, corelat cu resursele existente în circuitul integrat de asistență. Prezentul act normativ propune de asemenea o măsură de tip integrativ, bazată pe specificul problematicei consumului de droguri, respectiv necesitatea funcționării circuitului de asistență integrată pentru consumatorii de droguri din centrele de rețineră, reeducare și detenție, pentru obținerea unor rezultate semnificative, fiind necesar transferul de expertiză între domeniul reducerii cererii de droguri și cel al dezvoltării de intervenții sociale și medicale în medii private de libertate, cele mai vizibile rezultate fiind obținute în parteneriat cu societatea civilă. Prin dezvoltarea de servicii de tip adăpost pentru consumatorii de droguri, de servicii de tip centru social pentru copii străzii, de servicii de tip *outreach* în comunitate, de locuințe protejate, precum și prin promovarea acestor servicii, se urmărește capacitatea sistemului integrat de asistență pentru consumatorii de droguri, astfel încât, prin dezvoltarea implicită de metodologii și norme de funcționare să se asigure coerența cu sistemele medical și social, obținându-se astfel un impact comunitar maxim la nivel de politici în domeniu. Totodată, prezentul act normativ contribuie la implicarea societății civile în realizarea obiectivelor stabilite în cadrul pilonului orizontal de reducere a cererii de droguri, completând astfel, în mod coerent și structurat, măsurile de integrare a proiectelor și programelor de prevenire a consumului de droguri – universale, selective și indicate, cu serviciile de asistență medicală, psihologică și socială destinate consumatorilor de droguri.

- Proiectul de **Lege privind modificarea Legii nr. 350/ 2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general**. Proiectul de act normativ înlesnește punerea corectă în aplicare a Legii nr. 350/ 2005, prin înglobarea în cuprinsul acesteia a unor norme proprii pe modelul legislației achizițiilor publice.

Astfel, Legea nr. 350/ 2005 se completează cu dispoziții referitoare la:

- Criteriile de calificare și selecție ce pot fi aplicate de autoritatea finanțatoare; aceste criterii au în vedere capacitatea economică și financiară și capacitatea tehnică și/ sau profesională a solicitanților.

- Asigurarea transparenței procedurii prin instituirea obligației autorității finanțatoare de a publica pe site-ul instituției, într-un spațiu anume rezervat, ușor accesibil, documentația pentru elaborarea și prezentarea propunerii de proiect, precum și de a asigura accesul liber și nerestricționat la aceste informații. Operațiunea de publicare se consemnează într-un proces-verbal.
- Depunerea unei propuneri comune de proiect ori subcontractarea unor activități de către solicitanți.
- Atribuțiile comisiei de evaluare a propunerilor de proiecte.
- Anularea procedurii de atribuire a contractului de finanțare nerambursabilă.
- Conflictul de interese în procedura de atribuire a contractului de finanțare nerambursabilă.
- Dosarul achiziției publice.

În ceea ce privește capitolul referitor la contravenții și sancțiuni, conform proiectului, aplicarea acestora se face de către reprezentanți împuterniciți ai Curții de Conturi, iar aplicarea sancțiunii amenzii contravenționale se prescrie în termen de 12 luni de la data săvârșirii faptei.

Spre deosebire de forma anterioară a legii, care făcea trimitere la texte cuprinse în legislația achizițiilor publice, proiectul enumeră chiar în cuprinsul său contravențiile în materie.

Pentru a facilita interpretarea și aplicarea corectă a legii, proiectul prevede modificarea art. 12 din Legea nr. 350/ 2005, stabilind clar că, nivelul finanțării acordate unui beneficiar, pentru una sau mai multe finanțări nerambursabile, în decursul unui an fiscal nu poate depăși 1/3 din totalul fondurilor publice alocate programelor aprobate anual în bugetul autorității finanțatoare respective.

- **Proiectul Legii** pentru modificarea și completarea Legii nr. 104/ 2008 privind prevenirea și combaterea traficului ilicit de substanțe dopante cu grad mare de risc. Proiectul de lege vizează modificări și completări, după cum urmează:
 - modificarea titlului actului normativ având în vedere că reglementarea are în vedere atât substanțele interzise cu grad mare de risc, cât și substanțele interzise prevăzute în Standardul internațional „Lista interzisă a Agenției Mondiale Anti-Doping, altele decât substanțele cu grad mare de risc”;
 - creșterea numărului membrilor Consiliului de prevenire și combatere a traficului ilicit de substanțe interzise, prin introducerea a 2 noi membri – un membru din partea Agenției Naționale Antidrog și un membru din partea Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor;

- instituirea în sarcina Inspectoratului Poliției de Frontieră a obligației de a furniza Agenției Naționale Anti-Doping date în legătură cu prevenirea și combaterea producerii și traficului ilicit de substanțe interzise;
 - diminuarea limitei maxime a amenzii prevăzute la art. 15 din Legea nr. 104/ 2008, de la 15.000 lei la 10.000 lei și introducerea expresă a posibilității de a achita jumătate din minimul prevăzut de lege pentru contravenția reglementată;
 - sancționarea contravențională a refuzului de a pune la dispoziția agentului constator documentele solicitate de acesta, în exercitarea atribuțiilor de control, completându-se în acest sens art. 16 alin. (1) din lege;
 - modificarea conținutului constitutiv al contravențiilor prevăzute de art. 13, art. 14 și art. 17 din lege, în sensul sancționării acțiunilor și inacțiunilor de sprijinire a traficului ilicit de substanțe interzise, fără drept, astfel încât dispozițiile legale să acopere modalitățile de săvârșire a contravențiilor reglementate de lege, precum și corelarea sancțiunii contravenționale a amenzii cu categoria de substanțe interzise avută în vedere la individualizarea limitelor minime și maxime ale sancțiunii contravenționale de către legiuitor;
 - atribuirea unor competențe de constatare a contravențiilor și de aplicare a sancțiunilor pentru structurile Poliției Române și cele ale Inspectoratului General al Poliției de Frontieră, prin modificarea în acest sens a art. 18 din lege;
 - suportarea cheltuielilor cu analiza/ expertizarea produselor care conțin substanțe interzise de către contravenient, dacă produsele confiscate conțin substanțe interzise;
 - modificarea anexei la lege, în sensul structurării acesteia pe cele 2 categorii de substanțe interzise – substanțe interzise cu grad mare de risc și substanțe interzise specifice.
- **Proiectul de H.G.** privind înființarea Consiliului Național pentru coordonarea politicilor și acțiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România. Proiectul de hotărâre urmărește crearea cadrului normativ pentru constituirea cadrului normativ pentru constituirea unui consiliu intersectorial fără personalitate juridică, care să coordoneze, pe termen mediu și lung, elaborarea, aprobarea și implementarea politicilor și acțiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România. Crearea consiliului are ca scop eficientizarea exercitării atribuțiilor, prin identificarea de măsuri coordonate de control pentru reducerea consumului dăunător de alcool, care să aibă un impact mai vizibil la nivel social;

- **Proiect⁴ de H.G.** pentru modificarea și completarea H.G. nr. 461/ 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog. Fără a avea implicații vizând modificările structurale, proiectul actului normativ urmărește eliminarea din art. 6 alin. (1) al H.G. nr. 461/ 2011 a referirii la *centrele regionale* (...) ca părți componente ale structurilor regionale, având în vedere faptul că acestea funcționează în mod optim având în compunere unul sau mai multe centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, precum și alte unități de acordare a serviciilor pentru consumatorii de droguri prevăzute în acte normative aplicabile în domeniu, de tipul celor prevăzute la art. 29 alin. (1) din H.G. nr. 860/ 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, cum ar fi: centre de zi, centre tip comunitate terapeutică, locuință protejată, locuință socială și altele asemenea, centre de asistență integrată a adicțiilor, centre de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, etc. Proiectul vizează, totodată, îmbunătățirea calității actului profesional al tuturor categoriilor de specialiști cu atribuții în domeniul drogurilor și domenii conexe prin formare de bază și continuă, beneficiari ai activității de formare profesională continuă, derulată sau coordonată de Agenția Națională Antidrog, fiind atât personalul instituției noastre, cât și personalul cu atribuții în domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri care își desfășoară activitatea în cadrul altor structuri din Ministerul Afacerilor Interne, precum și al instituțiilor sau entităților partenere cu atribuții în implementarea Strategiei Naționale Antidrog. În același context, actul normativ urmărește stabilirea unui raport între elementele corelative și în legătură directă, precum și asigurarea unei competențe unitare, în funcție de nevoile și necesitățile instituției.
- **Proiect⁵ de Ordin comun** al viceprim-ministrului pentru securitate națională, ministrul afacerilor interne, ministrului sănătății, ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice pentru modificarea și completarea Ordinului comun nr. 1389/ 513/ 282/ 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 (inițiat și elaborat de instituția noastră, adoptat prin ordinul comun nr. 85/ 755/ 1287/ 07.2014). Prin proiectul actului normativ se urmărește:

⁴ adoptat prin H.G. nr. 564/2015 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 543 din 21 iulie 2015)

⁵ adoptat prin H.G. nr. 755/2014 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 541 din 22 iulie 2014)

- optimizarea activităților de autorizare a centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog prin constituirea unei comisii mixte, formată din specialiști din cadrul Agenției Naționale Antidrog, Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, motivat de prevederile art. 29 alin. (1) lit. a) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/ 2005, unde sunt prevăzute ca tip de centre care acordă, în regim închis, deschis sau mixt, unul sau mai multe servicii de asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu și asigură managementul de caz;
- crearea condițiilor reale și posibilităților de perspectivă de exercitare a actului medical, în vederea îndeplinirii obiectivelor stabilite la nivel instituțional;
- îndeplinirea la un nivel superior a activităților de coordonare, evaluare și monitorizare, la nivel național, a politicilor în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri, precum și asistența integrată a consumatorilor de droguri;
- asigurarea accesului universal al consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri la programele integrate de asistență medicală, psihologică și socială prin dezvoltarea programelor și politicilor adecvate și necesare adresate populației generale, consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri aflați în sistemul de asistență și în afara acestuia, în scopul reintegrării și reinsertiei sociale;
- creșterea accesibilității prin dezvoltarea cantitativă și calitativă a serviciilor și a măsurilor medicale, psihologice și sociale integrate, individualizate prin evaluare, planificare, monitorizare și adaptare continuă pentru fiecare consumator;
- gestionarea corespunzătoare a problematicii referitoare la relaționarea cauzală a consumului de substanțe noi psihoactive, neplasate încă sub control național, cu un comportament infracțional, precum și la eventuala tranziție a modelelor de consum prin trecerea de la consumul de droguri ilicite la consumul de substanțe cu efecte necunoscute, potențial fatale;
- creșterea capacității de reacție și adaptare instituțională și în planul serviciilor publice adresate consumatorilor de droguri, dar, mai ales, o capacitate adecvată de anticipare și de acțiune proactivă, adaptată nevoilor emergente;
- adaptarea structurii la întreaga gamă de servicii oferite consumatorilor, ca prioritate impusă chiar de caracteristicile beneficiarilor, în sensul asigurării unui set complet de servicii prevăzute de lege;

- oferirea posibilităților reale de asigurare a unor servicii gratuite de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri în regim ambulatoriu, inclusiv tratament substitutiv cu agoniști/ antagoniști de opiacee ca alternativă terapeutică orientată spre îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor;
- reducerea incidenței bolilor sau riscurilor asociate consumului, reducerea consumului droguri și creșterea nivelului de adaptare și integrare socială, familială și profesională a beneficiarilor;
- lărgirea ariei de selecție a personalului ce va ocupa posturi care necesită expertiză și grad de calificare în funcție de nevoile instituției.

Printre modificările survenite în legislația conexasă, cu incidență în domeniul drogurilor, este de semnalat adoptarea **Ordinului nr. 1192/ 23.1.2014⁶ privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1512/ 2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind recoltarea, depozitarea și transportul probelor biologice în vederea probațiunii judiciare prin stabilirea alcoolemiei sau a prezenței în organism a substanțelor sau produselor stupefiante ori a medicamentelor cu efecte similare acestora în cazul persoanelor implicate în evenimente sau împrejurări în legătură cu traficul rutier și a Ordinului nr. 1621/ 2014⁷ privind modificarea Normelor metodologice privind recoltarea, depozitarea și transportul mostrelor biologice în vederea probațiunii judiciare prin stabilirea alcoolemiei sau a prezenței în organism a substanțelor psihoactive în cazul persoanelor implicate în evenimente sau împrejurări în legătură cu traficul rutier, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.512/ 2013.** Noutățile aduse de aceste acte normative se referă la utilizarea sintagmelor „substanțe psihoactive” pentru „produse stupefiante ori medicamente cu efecte similare acestora” sau pentru „droguri”, respectiv a celei de „mostre biologice” pentru „probe biologice”, precum și la metodologia de recoltare a mostrelor biologice în vederea determinării prezenței în organism a substanțelor psihoactive. Astfel, în situațiile prevăzute de legislație, probele biologice (sânge și urină), necesare determinării prezenței în organism a substanțelor psihoactive, se recoltează distinct de probele biologice necesare stabilirii alcoolemiei, în truse standard, special concepute (al căror prototip a obținut avizul Consiliului Superior de Medicină Legală), după cum urmează:

Art. 13

(1) Pentru determinarea prezenței în organism a substanțelor psihoactive se recoltează:

- a) o mostră de sânge în cantitate de 15 ml;
- b) o mostră de urină în cantitate de cel puțin 20 ml.

⁶ Emis de Ministerul Sănătății, act publicat în Monitorul Oficial Nr.769 din 23 octombrie 2014

⁷ Emis de Ministerul Sănătății, act publicat în Monitorul Oficial Nr.10 din 7 ianuarie 2015

(2) Mostra de sânge recoltată va fi imediat distribuită în mod egal în cantități de câte 5 ml în 3 tuburi speciale de recoltare vidate, un tub special vidat care nu conține substanțe anticoagulante și două tuburi speciale vidate ce conțin o substanță anticoagulantă.

(3) Mostra de urină care, de regulă, se recoltează după mostra de sânge, chiar și după un oarecare interval de timp necesar acumulării urinei, va fi recoltată în flaconul special din trusa standard.

(4) Supravegherea persoanei implicate în evenimente sau împrejurări în legătură cu traficul rutier până la recoltarea mostrei de urină sau, după caz, a celei de sânge revine polițistului rutier.

(5) Recoltarea mostrei de urină se realizează de către persoana în cauză într-un spațiu adecvat în care să i se poată asigura intimitatea, fără a se permite prezența altor persoane sau animale în incinta respectivă.

(6) Înainte de a recolta mostra de urină, persoana în cauză va fi verificată de către polițistul rutier în vederea depistării și îndepărtării unor substanțe care pot fi introduse în urina recoltată.

(7) În cazuri excepționale recoltarea mostrei de urină se poate face și prin sondaj vezical, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare privind integritatea corporală și sănătatea persoanei.

(8) Mostrele biologice recoltate în conformitate cu prevederile alin. (1), (2) și (3) se introduc în containerele trusei standard adecvate, care ulterior va fi securizată."

De asemenea, au fost elaborate 2 inițiative legislative⁸, care au avut ca obiect combaterea consumului de droguri în trafic, precum și în cazul persoanelor care lucrează în domenii ce prezintă riscuri crescute pentru siguranța, securitatea și sănătatea terților, respectiv modificarea Legii nr. 349/ 2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun.

Tabel 1-1: Inițiative legislative ale Guvernului României, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2014

Nr. crt.	Nr.de ordine	Denumirea proiectului	Adoptat prin
1.	PI-x nr. 49/ 2014	Propunere legislativă privind combaterea consumului de droguri în trafic, precum și în cazul persoanelor care lucrează în domenii ce prezintă riscuri crescute pentru siguranța, securitatea și sănătatea terților	respinsă definitiv 06.05.2015
2.	L627/ 18.11.2014	Propunere legislativă pentru modificarea Legii nr.349/ 2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun	adoptată de Senat 18.03.2015

Sursa: ANA

⁸ Senatul României și Camera Deputaților – Buletin legislativ, 2014

În cursul anului 2014, au fost formulate **12 interpelări și întrebări** ale parlamentarilor români, care au avut ca obiect problematica drogurilor, după cum urmează:

Tabel 1-2: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2014⁹

Nr. crt.	Nr.de ordine/ data interpelări/ întrebare	Conținutul interpelării/ întrebare	Răspunsul la interpelare/ întrebare
1.	Interpelarea nr.1574B/ 30-09-2014 Soarta Centrului postcură antidrog din comuna Mica, Cluj	Interpelarea a fost adresată Ministerului Afacerilor Interne. Obiectul interpelării l-a constituit situația Comunității terapeutice Mica, jud. Cluj.	S-a comunicat că, problematica înființării, la nivel național, a unei rețele de comunități terapeutice se află, în continuare, în atenția Agenției Naționale Antidrog, iar aspectele referitoare la transmiterea imobilului în discuție din administrarea Agenției în administrarea Consiliului local al comunei Mica sunt în analiză la nivelul structurii Ministerului Afacerilor Interne.
2.	Întrebarea nr.3378A/ 26-02-2014 Excursie cu droguri și alcool	Întrebarea a fost adresată Ministerului Educației Naționale. Documentul face referire la modul de organizare a excursiei intitulate „Să ne cunoaștem trecutul și frumusețile patriei”. S-a solicitat să fie comunicate informații privind existența/ inexistența, la nivelul județului Călărași, a unei anchete a Inspectoratului Școlar ce are ca obiect această excursie și care sunt măsurile ce vor fi implementate la nivelul Ministerului Educației Naționale.	S-a comunicat faptul că, urmare a analizării documentației transmise de Inspectoratul Școlar Județean Călărași, a rezultat că a fost constituită o comisie de cercetare care a efectuat o anchetă în unitatea de învățământ și a propus aplicarea sancțiunilor legale, în funcție de gravitatea faptelor comise. Referitor la organizarea și desfășurarea excursiilor, expedițiilor, taberelor și a altor activități de timp liber, reglementarea condițiilor de organizare a acestora s-a aprobat prin OMEN nr. 3060/ 2014.
3.	Întrebarea nr.4801A/ 24-06-2014 Trafic de droguri	Întrebarea a fost adresată Ministrului Afacerilor Interne. Documentul se referă la creșterea alarmantă a traficului și consumului de droguri, mai ales în rândul tinerilor. S-a solicitat comunicarea acțiunilor întreprinse de la începutul anului de către structurile din cadrul ministerului, pe raza județului Galați și rezultatele obținute, precum și alte noi măsuri, strategii pentru combaterea traficului și prevenirea consumului de stupefiante.	S-a comunicat faptul că, prin H.G. nr. 784/ 2013, a fost aprobată Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020. De asemenea, s-a precizat faptul că, la nivelul județului Galați, a fost elaborată Strategia județeană antidrog pentru perioada 2014-2020, ale cărei rezultate preconizate sunt reducerea cererii și ofertei de droguri, coordonarea, informarea și evaluarea. Ca și priorități, în ceea ce privește reducerea cererii și ofertei de droguri, la nivelul județului Galați, au fost identificate: -continuarea promovării serviciilor oferite de Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Galați în comunitatea locală; - consolidarea rețelei locale de intervenție preventivă;

⁹ <http://www.cdep.ro/pls/parlam/interpelari.home>; <http://www.senat.ro/EnumGrupuri.aspx>

			<ul style="list-style-type: none"> - identificarea unor noi parteneri locali; - consolidarea rețelei de voluntari, formarea acestora și diversificarea activităților de voluntariat la nivel județean; - dezvoltarea activităților de prevenire adresate părinților; - extinderea și perfecționarea proiectelor de prevenire de la nivel județean; - continuarea desfășurării de activități de prevenire în spațiile de petrecere a timpului liber; - colaborarea cu partenerii locali în scopul atragerii și valorificării optime a fondurilor externe nerambursabile de la nivelul Uniunii Europene și al altor organisme internaționale în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri.
4.	<p>Întrebarea nr.4805A/24-06-2014 Consumul ilicit de droguri</p>	<p>Întrebarea a fost adresată Ministrului Educației Naționale. Documentul vizează perspectiva unui nivel scăzut, comparativ cu cel actual, al consumului ilicit de droguri în rândul elevilor.</p> <p>S-a solicitat comunicarea acțiunilor de prevenire a consumului de droguri, programele și proiectele implementate de la începutul anului în vederea neînțelegerii sau debutului consumului de droguri și evitarea consumului experimental și ocazional în consum regulat în rândul populației școlare.</p>	<p>A fost comunicat faptul că, MEN implementează programe și proiecte de prevenire a consumului de droguri în rândul populației școlare la nivel național, regional sau local, fie la nivel de unitate școlară, acestea derulându-se în conformitate cu acțiunile prevăzute în Strategia Națională Antidrog. Prin campaniile pe care le desfășoară, MEN are ca obiectiv general menținerea la un nivel scăzut comparativ cu cel actual al prevalenței consumului ilicit de droguri și reducerea într-un mod corelat a consumului de alcool și tutun în rândul populației generale.</p> <p>Ca și activități principale, au fost enumerate următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> -implementarea unor programe de formare inițială și consiliere în adicții și de formare de abilități destinate cadrelor didactice, consilierilor școlari și persoanelor resursă - proiectul „Eu și copilul meu”; -implementarea unor proiecte locale și județene de prevenire universală și selectivă a consumului de droguri; - „Programul național de educație pentru sănătate în școala românească”, care se implementează cu succes în unitățile de învățământ din România, de peste 10 ani; -Proiectul cu finanțare internațională „Necenzurat” – urmărește creșterea influenței factorilor de protecție și scăderea influenței factorilor de risc în adicții, bazându-se pe modelul comprehensiv al influenței sociale. <p>În același context, s-a menționat și elaborarea Planului național comun de acțiune pentru creșterea nivelului de siguranță a elevilor și cadrelor didactice, pentru abordarea unitară la nivelul tuturor unităților administrative a problematicii violenței în mediul școlar.</p>
5.	<p>Întrebarea nr.5624A/25-11-2014 Introducerea în programa școlară a unor lecții informative de prevenire</p>	<p>Întrebarea a fost adresată Ministrului Educației Naționale Documentul face referire la continua creștere a numărului tinerilor care se confruntă cu probleme generate de consumul de droguri și alcool.</p> <p>S-a solicitat comunicarea</p>	<p>Ministerul Educației Naționale a comunicat faptul că implementează programe și proiecte de prevenire a consumului de droguri în rândul populației școlare la nivel național, regional sau local, fie la nivel de unitate școlară, acestea derulându-se în conformitate cu acțiunile prevăzute în Strategia Națională Antidrog. Totodată, a informat că, prin campaniile pe care le desfășoară, MEN are ca obiectiv general</p>

	a consumului de alcool și droguri	propunerilor MEN pentru introducerea în programa școlară a unor lecții informative de prevenire a consumului de alcool și droguri.	menținerea la un nivel scăzut comparativ cu cel actual al prevalenței consumului ilicit de droguri și reducerea într-un mod corelat a consumului de alcool și tutun în rândul populației generale. A fost menționată și adoptarea, în anul 2002, a ordinului comun al ministrului administrației publice, al ministrului de interne și al ministrului educației și cercetării nr. 4703/ 39/ 5016/ 2002 privind intensificarea activităților de ordine publică și creșterea siguranței civice în zona unităților de învățământ, rezultatele activităților derulate în baza acestuia fiind raportate periodic.
6.	Întrebarea nr.3222A/ 12-02-2014 Situția consumului de droguri în școli	Întrebarea a fost adresată Ministrului Educației Naționale. Documentul face referire la violența din școlile românești, la cazurile dramatice de agresiuni petrecute în unitățile de învățământ sau în proximitatea lor, precum și la confruntarea mediului școlar autohton cu problema drogurilor introduse în școli, astfel de cazuri fiind depistate în toată țara, inclusiv în județul Maramureș. S-a solicitat comunicarea numărului de elevi depistați în incinta unităților de învățământ, în cursul anului 2013, având asupra lor droguri sau alte substanțe cu efect halucinogen, atât la nivel național, cât și în județul Maramureș, care este strategia Ministerului Educației Naționale privind împiedicarea unor astfel de evenimente nefericite și cum colaborează ministerul cu structurile Ministerului Afacerilor Interne în sensul prevenirii unor astfel de fapte grave.	S-a comunicat faptul că Ministerul Educației Naționale implementează programe și proiecte de prevenire a consumului de droguri în rândul populației școlare la nivel național, regional sau local, fie la nivel de unitate școlară, acestea derulându-se în conformitate cu acțiunile prevăzute în Strategia Națională Antidrog. În contextul conținutului întrebării, s-a menționat și elaborarea Planului național comun de acțiune pentru creșterea nivelului de siguranță a elevilor și cadrelor didactice, pentru abordarea unitară la nivelul tuturor unităților administrative a problematicii violenței în mediul școlar, în conformitate cu Protocolul de cooperare privind prevenirea și combaterea delincvenței juvenile în incinta și în zona adiacentă unităților de învățământ preuniversitar, încheiat în 2013 între Ministerul Educației Naționale și Ministerul Afacerilor Interne – Inspectoratul General al Poliției Române.
7.	Întrebarea nr.4538A/ 11-06-2014 Rezultatele programelor dedicate combaterii consumului de tutun și produse din tutun	Întrebarea a fost adresată directorului Agenției Naționale Antidrog. Documentul face trimitere la <i>Ziua Mondială fără Tutun</i> S-a solicitat comunicarea programelor ce se derulează pentru combaterea fumatului și cu ce rezultate, a programelor derulate pentru cei care vor să renunțe la fumat, precum și alte măsuri și acțiuni	S-a comunicat faptul că, potrivit atribuțiilor sale, Agenția Națională Antidrog asigură coordonarea, monitorizarea și evaluarea activității desfășurate de instituțiile guvernamentale implicate în realizarea obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog. Prin H.G. nr. 784/ 2013 au fost aprobate Strategia națională antidrog în perioada 2013-2020 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog pentru perioada 2013-2016. Dintre activitățile cu rezultate notabile organizate în cursul anului 2013, au fost menționate: - Campania națională pentru marcarea „Zilei

	avute în vedere pentru scăderea numărului consumatorilor de tutun din România.	<p><i>mondiale fără tutun</i>", cu tema „<i>Interziceți publicitatea, finanțarea și promovarea tutunului</i>” ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campania națională pentru marcarea „<i>Zilei naționale pentru tutun</i>”, în cadrul căreia s-au desfășurat activități de informare cu sprijinul Institutului de Pneumoftiziologie "Marius Nasta"; - Concursul „<i>Mesajul meu Antidrog</i>”, ediția a X-1, cu tem „<i>Colorează-ți viața altfel...fără droguri!</i>” ; - Proiectul „<i>Necenzurat</i>”, prin care s-a urmărit formarea de abilități de viață sănătoasă în rândul populației școlare de 12-14 ani în cadrul a 12 activități interactive. <p>Totodată, s-a precizat faptul că Agenția Națională Antidrog oferă servicii de asistență persoanelor dependente de tutun, prin intermediul centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog care asigură managementul de caz prin identificarea necesităților beneficiarului, planificarea, coordonarea și monitorizarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență și acordă servicii de consiliere medicală, psihologică și socială individuală și/ sau de grup.</p>
8.	<p><u>Întrebarea nr.3938A/09-04-2014</u> Consumul de alcool</p>	<p>Întrebarea a fost adresată Ministrului Sănătății. Documentul vizează consumul excesiv de alcool, care stă la baza multor accidente rutiere, abuzuri, bătăi, agresiuni.</p> <p>S-au solicitat date/ informații privind strategia pentru prevenirea și combaterea consumului excesiv de alcool, numărul de persoane tratate din această cauză atât la nivel național cât și în județul Galați, precum și sumele alocate pentru tratamentul acestora în ultimii 3 ani.</p> <p>S-a adus la cunoștință faptul că, din anul 2003, odată cu înființarea Agenției Naționale Antidrog, această structură a avut ca responsabilitate „stabilirea conceptului și coordonarea unitară, pe baza unei strategii naționale, a politicilor în domeniul traficului și consumului ilicit de droguri, inclusiv consumul de alcool și tutun”. În perioada 2003-2012 au fost implementate 2 strategii naționale (2003-2004, aprobată prin H.G. nr. 154/2003 și 2005-2012, aprobată prin H.G. nr. 73/2005).</p> <p>Ministerul Sănătății finanțează anual prin Subprogramul național de promovare a unui stil de viață sănătos, campanii de informare-educare-conștientizare privind combaterea consumului de alcool în rândul minorilor.</p> <p>În anul 2009, au fost organizate și derulate pentru prevenirea consumului dăunător de alcool 2568 de activități cu 165570 beneficiari, la care au fost folosite 855667 materiale promoționale și alocat un buget estimativ de 91807 lei.</p> <p>În anul 2011, Ministerul Sănătății a desfășurat o campanie de informare „<i>Luna națională a informării privind efectele consumului de alcool</i>” , care a urmărit informarea, conștientizarea și responsabilizarea adolescenților în vârstă de 15-17 ani asupra efectelor consumului iresponsabil de băuturi alcoolice și a importanței implicării active în combaterea dependenței de alcool.</p> <p>Totodată, prin introducerea pachetului de servicii medicale de bază, Ministerul Sănătății intenționează să asigure, între serviciile furnizate de medicul de familie, și un serviciu de identificare a riscului de consum de alcool și un serviciu de scurtă consiliere pentru renunțarea la consumul de alcool.</p> <p>În ceea ce privește costurile generate de consumul dăunător de alcool, s-a arătat că, un studiu recent</p>

			a evidențiat faptul că, numai în 2012, au existat aproximativ 70000 spitalizări la nivel național pentru bolile la care consumul de alcool are o contribuție dominantă. Aceste spitalizări au totalizat 570000 zile de internare și au fost plătite de Casa Națională de Sănătate cu suma de 107,5 milioane de lei, respectiv aproximativ 25 de mii euro.
9.	<u>Întrebarea nr.4705A/18-06-2014</u> Programele naționale de care beneficiază alcoolicii	Întrebarea a fost adresată Ministrului Sănătății. Documentul se referă la programele naționale și măsurile de care beneficiază alcoolicii din România și modul de implementare al acestora pe plan local. S-a solicitat o situație statistică a acestora la nivel național – internați și neinternați.	S-a comunicat faptul că, în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin O.M.S. nr. 422/2013, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul sănătății nu derulează programe naționale destinate alcooliciiilor. De asemenea, s-a precizat că, în cadrul Programului național de evaluare, promovare a sănătății și educație pentru sănătate, Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos, se desfășoară activități de informare, educație și comunicare pentru un stil de viață sănătos. Printre intervențiile finanțate în cadrul programului menționat din bugetul Ministerului Sănătății, referitoare la combaterea consumului de alcool desfășurate în anul 2013, au fost amintite: - Campania pentru celebrarea <i>Zilei Internaționale de Luptă împotriva Abuzului și Traficului ilicit de Droguri</i> – au fost utilizate 200 de pliante „Alcoolul – un altfel de drog” și 200 de pliante „Efectele alcoolului la tineri” (în județul Bacău) și au fost diseminate 430 de pliante „Consecințele consumului de alcool la adolescenți și tineri” (în județul Dâmbovița); - Luna națională a informării despre efectele consumului de alcool, care s-a desfășurat în județul Timiș, fiind organizate 7 sesiuni informative cu 200 angajați ai SC RETIM SA, precum și în tabere de elevi la Chevereșu Mare și Poieni Strâmbu, fiind prezentat un film documentar cu această temă și 39 de comunicate de presă. Au fost menționate și noi cazuri de îmbolnăvire declarate de medicul de familie, privind tulburări mentale și de comportament legat de consumul de alcool – 3882 de cazuri în anul 2011, 3167 de cazuri în anul 2012, 3215 de cazuri în anul 2013.
10.	<u>Întrebarea nr.4973A/10-09-2014</u> Consumul de stupefiante în rândul tinerilor	Întrebarea a fost adresată Ministrului Afacerilor Interne. Documentul se referă la consumul de stupefiante în rândul tinerilor. S-a solicitat comunicarea măsurilor concrete ce vizează acest fenomen și obiectivele specifice din cadrul Strategiei naționale antidrog 2013-2020.	S-a comunicat faptul că, prin H.G. nr. 784/ 2013, a fost aprobată Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020. Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice. Din punct de vedere structural, Strategia națională antidrog 2013-2020 abordează echilibrat și integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu.
11.	Întrebare	Întrebarea a fost adresată	S-a comunicat faptul că, prin H.G. nr. 784/ 2013, a

nr. 2118 / a din 02.06.2014 Raport de activitate pe anul 2013 în domeniul politicii antidrog	<p>directorului Agenției Naționale Antidrog. Documentul face referire la faptul că România este țară de tranzit și destinație pentru diferite tipuri de stupefiante și droguri ușoare.</p> <p>S-a solicitat precizarea obiectivelor realizate, până la acel moment, în domeniul luptei împotriva acestui flagel care afectează destinele adolescenților și tinerilor din toată țara, precum și măsurile antidrog aplicate în perioada februarie-decembrie 2013 la nivel național și la nivelul județului Arad.</p>	<p>fost aprobată Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.</p> <p>Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice.</p> <p>Din punct de vedere structural, Strategia națională antidrog 2013-2020 abordează echilibrat și integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu.</p> <p>La nivelul județului Arad, în anul 2013, prevenirea consumului de droguri s-a realizat prin măsuri de conștientizare și implicare a întregii populații, în special a copiilor și tinerilor, în proiecte de prevenire a consumului de droguri, universale, selective și indicate, în scopul întăririi factorilor de protecție și al reducerii influențelor factorilor de risc în școală, familie și comunitate.</p> <p>Proiectele implementate la nivelul Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Arad au avut ca obiectiv consolidarea educației civice, culturale și spirituale, ce se constituie ca alternativă de viață sănătoasă, fără droguri.</p> <p>Au fost dezvoltate programe de informare și educare antidrog a categoriilor profesionale ce implică responsabilitate și risc public, precum și programe de educație pentru promovarea unui stil de viață sănătos și pentru prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor aflate în stare privativă de libertate în cadrul Penitenciarului Arad.</p> <p>Principale măsuri de combatere desfășurate de structurile antidrog din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în perioada de referință, au fost următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 646 acțiuni operative (14 desfășurate de Serviciul de Combatere a Criminalității Organizate Arad); - 279 acțiuni operative de amploare (6 desfășurate de Serviciul de Combatere a Criminalității Organizate Arad); - aproximativ 506 kg de droguri confiscate, din care 116,55 kg droguri de mare risc, 389,56 kg droguri de risc, precum și 32.985 comprimate; - 13,95 kg canabis, 1.095 kg hașiș, 1.107 kg mefedronă, 1,89 grame amfetamină, 87 grame cocaină și 3 comprimate, confiscate de Serviciul de Combatere a Criminalității Organizate Arad; -76 de grupări destructurate (2 prin acțiunile Serviciului de Combatere a Criminalității Organizate Arad), cu 558 persoane.
12. Întrebare nr. 2075 / a din 27.05.2014 Raportul Agenției Naționale Antidrog	<p>Întrebarea a fost adresată directorului Agenției Naționale Antidrog. Documentul face referire la cel mai recent studiu al Agenției care arată că peste trei sferturi din adolescenții români de peste 17 ani</p>	<p>S-a comunicat faptul că, prin H.G. nr. 784/ 2013, a fost aprobată Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.</p> <p>Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice.</p>

	<p>beau alcool, fumează și se droghează. S-a solicitat comunicarea strategiei Agenției cu privire la rezolvarea problemelor cuprinse în raport.</p>	<p>Din punct de vedere structural, Strategia națională antidrog 2013-2020 abordează echilibrat și integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu.</p>
--	---	--

Sursa: ANA

1.1.2 Implementarea legilor

În anul 2014, a continuat aplicarea **Programul 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 reprezenta, în mod explicit, implementarea unor reglementări juridice în domeniul drogurilor, verificările realizate de comisiile mixte de control¹⁰ 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.

Astfel, ca urmare a controalelor efectuate prin programul de măsuri menționat anterior, de la sfârșitul lunii martie 2013, în România, nu mai funcționează, legal, nici un magazin specializat în comercializarea directă de substanțe noi cu proprietăți psihoactive. În martie 2011, la momentul adoptării acestui document, au fost identificate 158 astfel de unități.

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.

¹⁰ 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 care au vizat dezvoltarea activităților specifice în scopul descurajării consumului unor astfel de substanțe, având ca public țintă elevii și tinerii în general.

Cele mai importante rezultate înregistrate în anul 2014, ca urmare a implementării măsurilor menționate mai sus, au fost:

1.1.2.1 Nivelul legislativ

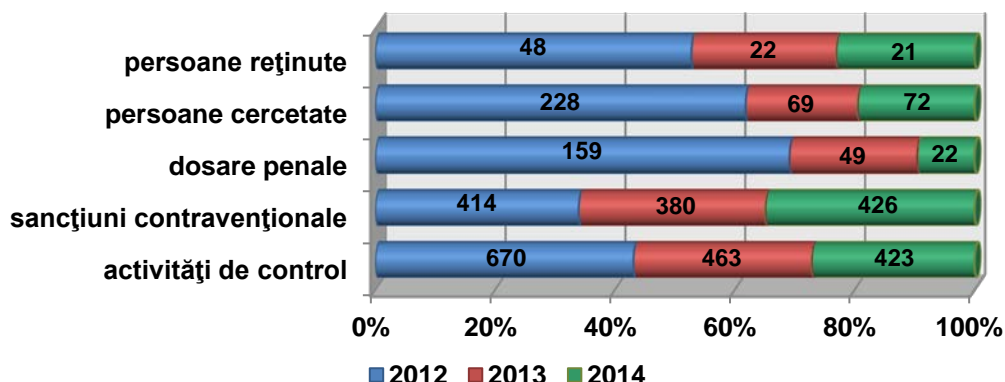
Ministerul Afacerilor Interne, prin Agenția Națională Antidrog și celelalte instituții cu competențe în domeniu au continuat demersurile de monitorizare și de adaptare permanentă a răspunsurilor față de evoluția fenomenului substanțelor noi cu proprietăți psihoactive denumite generic „etnobotanice”. Astfel, propunerea de modificare a Legii nr. 143/ 2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri prin care se solicită introducerea în tabelele-anexă cu substanțe aflate sub control juridic național a *30 de noi substanțe* cu proprietăți psihoactive, a fost aprobată prin **Legea nr. 51/ 17.04.2014**, publicată în MONITORUL OFICIAL NR. 322 din 05 mai 2014.

1.1.2.2 Nivelul operativ

În **anul 2014**, nu se mai înregistrează niciun **magazin specializat în comercializarea directă de substanțe noi cu efecte psihoactive (SNPP)** - care să funcționeze LEGAL pe întreg teritoriul național.

Totuși, conform rapoartelor înaintate de instituțiile prefectului, s-au identificat și verificat persoane și unități comerciale implicate în traficul ilegal de astfel de substanțe, pentru care au fost dispuse măsurile coercitive prevăzute de legislația în vigoare (de natură contravențională sau penală). Astfel, au fost verificate 345 unități comerciale suspecte de a pune în vânzare substanțe noi cu proprietăți psihoactive (de tip sex shop, *internet-cafe*, baruri, cluburi, florării, magazine de semințe etc.) și s-au efectuat 423 controale, unele dintre magazine fiind reverificate în cadrul acestora.

Grafic 1-1: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2014



Sursa: ANA

În cursul anului 2014, măsurile de ordin legal aplicate de către organele de control în baza Ordinului comun nr.5/ 1194 din 18.02.2011, s-au concretizat în:

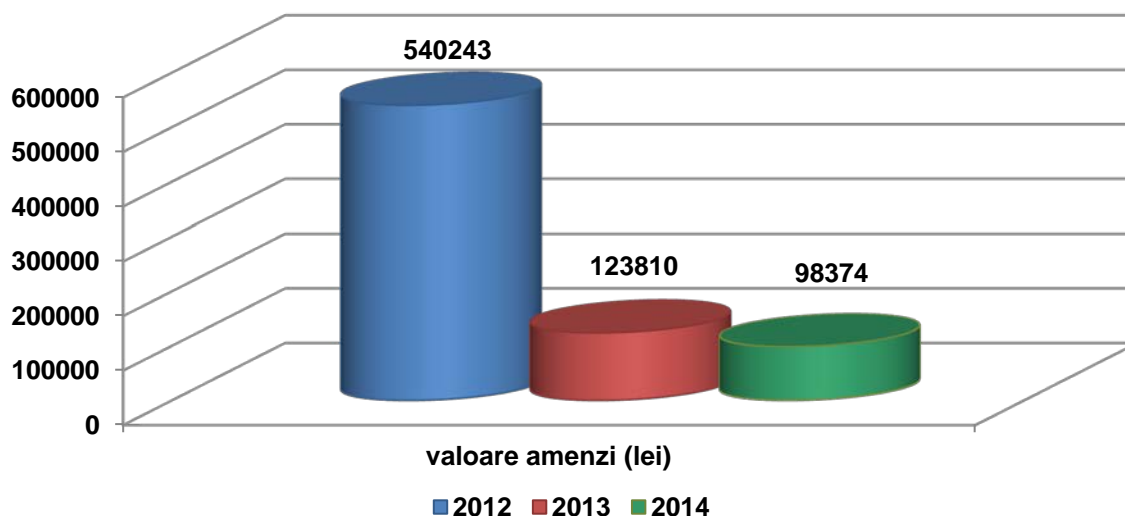
- 423 activități de control desfășurate
- 426 sancțiuni contravenționale (fiind constatate încălcări ale dispozițiilor legale în vigoare privind: unele norme de conviețuire socială, nerespectarea ordinii și liniștii publice¹¹, drepturile consumatorului¹² și protejarea populației împotriva activităților comerciale ilicite¹³).
- Amenzi în valoare de 98374 lei
- 5079 plicuri conținând SNPP confiscate
- 22 dosare penale întocmite
- 72 persoane cercetate în stare de libertate
- 21 persoane reținute.

¹¹ Legea 61/1991 pentru sancționarea faptelor de încălcare a unor norme de conviețuire socială, a ordinii și liniștii publice, republicată 2011, M.O., Partea I nr. 76 din 28 ianuarie 2011.

¹² Ordonanța nr. 21/1992 privind protecția consumatorilor - actualizată la 28.12. 2007, M. Of. nr. 795/27 nov. 2008

¹³ Legea nr. 12/1990 privind protejarea populației împotriva unor activități comerciale ilicite, republicată 2009, M. Of. Partea I nr. 291 din 5 mai 2009

Grafic 1-2: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2014



Sursa: ANA

1.1.2.3. Nivelul preventiv

Pentru prevenirea comercializării și consumului substanțelor/ produselor noi cu efecte psihoactive, în anul 2014, au continuat acțiunile de monitorizare și control prevăzute în planul de măsuri.

1.1.2.4. Aspecte privind problematica la nivel internațional

Prin intermediul rețelei „Early Warning System” (Sistemul European de Avertizare Timpurie asupra Noilor Amestecuri și Substanțe apărute pe piață - EWS), coordonat de către Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii (OEDT), la care România este membru începând cu anul 2007, Agenția Națională Antidrog a monitorizat semnalările înaintate de statele membre. În anul 2014, au fost transmise la nivel european **130 notificări și 18 alerte pentru noi substanțe psihoactive**. România (în urma colaborării Agenției Naționale Antidrog cu Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor din cadrul IGPR) a transmis în cadrul EWS, formulare de raportare pentru 6 substanțe noi identificate pe teritoriul național și, de asemenea, a pregătit chestionarul tehnic pentru un Raport Comun European în vederea evaluării substanței 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)-piperazine (**MT-45**).

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

În anul 2014, cadrul strategic a fost marcat, în principal, de implementarea Strategiei naționale antidrog 2013 - 2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013 – 2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013 - 2020 adoptate prin H.G. nr. 784/ 2013, de adoptarea la nivelul întregii țări a strategiilor locale antidrog și de monitorizarea implementării activităților din Planul de acțiune al strategiei.

1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale

Strategia națională antidrog pentru perioada 2013 - 2020 este documentul programatic care înglobează obiectivele generale și specifice pe direcțiile de acțiune asumate de toate instituțiile implicate în reducerea amplitudinii fenomenului drogurilor la nivel național.

Problema centrală identificată de strategie este fenomenul drogurilor în România, reprezentat de producția, traficul, distribuția, consumul, dependența și riscurile asociate consumului de droguri.

Structural, Strategia națională antidrog abordează integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea obiectivelor generale.

Schimbările survenite pe piața drogurilor reprezintă o provocare permanentă în domeniu. Un factor determinant al acestora îl reprezintă progresele din domeniul tehnologiei informației care au transformat aproape toate aspectele societății moderne și astfel, asistăm acum la un impact și la o nouă tendință de dezvoltare a fenomenului drogurilor.

La nivel central și teritorial, anul 2014 a fost foarte important din punctul de vedere al colaborării dintre Agenția Națională Antidrog și autoritățile locale și, în special, cu Instituțiile Prefectului. Acest aspect s-a concretizat în adoptarea a **48 Strategii județene antidrog 2014 – 2020** și a **Planurilor de acțiune pentru implementarea Strategiilor județene antidrog 2014 – 2016**.

Un aspect relevant este acela că realizarea obiectivelor pe termen lung necesită o abordare echilibrată, comprehensivă, integrată și bazată pe spiritul cooperării între partenerii care activează pe segmentele de reducere a cererii și ofertei de droguri. Sunt parteneri ai Agenției Naționale Antidrog în implementarea Strategiei și Planului de acțiune 2013 – 2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 următoarele instituții:

- Ministerul Public - Direcția de Investigare a Infracrișunilor de Criminalitate Organizată și Terorism;
- Ministerul Justiției:
 - Direcția Națională de Probațiune,
 - Administrația Națională a Penitenciarelor,
 - Consiliul Superior al Magistraturii,
 - Institutul Național al Magistraturii, instanțele de judecată;
- Ministerul Afacerilor Interne
 - Direcția de Combatere a Criminalității Organizate,
 - Jandarmeria Română,
 - Departamentul de Informații și Protecție Internă;
- Ministerul Finanțelor Publice

- Direcția Generală a Vămirilor,
- Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor;
- Ministerul Sănătății
- Ministerul Educației și Cercetării Științifice
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor
 - Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
 - Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
- Ministerul Tineretului și Sportului - prin Direcțiile Județene pentru Tineret și Sport
- Agenția Națională Anti-doping
- Autoritatea Națională Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor
- Ministerul Fondurilor Europene
- Ministerul Afacerilor Externe.

1.2.2. Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor antidrog

În ceea ce privește procesul de evaluare a cadrului strategic, pentru anul 2014, Agenția Națională Antidrog a realizat monitorizarea implementării activităților din planul de acțiune al Strategiei naționale antidrog 2013-2020. În raportul de monitorizare, au fost evidențiate rezultatele obținute de instituțiile guvernamentale și organizațiile neguvernamentale, în efortul de definire și implementare a politicilor naționale în domeniul drogurilor pe segmentele de reducere a cererii și ofertei de droguri.

Astfel, în domeniul combaterii consumului și traficului de droguri, România a participat activ la identificarea și adoptarea măsurilor de reacție, în conformitate cu tendințele și riscurile semnalate, prin asigurarea unei coordonări eficiente a activităților derulate în plan național și prin sincronizarea acestora cu cele similare derulate de partenerii internaționali.

Ca în majoritatea statelor membre, cu expertiză 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 care ține de cauze macrosociale (anomia socială, situația economică, șomajul etc.) și individuale (mecanismele de atragere și motivare a familiilor aflate în situații de risc includ și instrumente financiare care nu au putut fi asigurate).

Se mențin însă și aspectele limitative din planurile de acțiune anterioare și, implicit, ale exercitării rolului Agenției Naționale Antidrog de coordonator național al politicilor publice în domeniul drogurilor (rol reglementat în actul constitutiv). Aceste aspecte se referă la raportarea lacunară și/ sau neraportarea datelor de către anumite entități publice, private sau mixte.

Au fost punctate problemele legate de resursele financiare și logistice necorespunzătoare, în condițiile în care se mențin în continuare dificultăți în ceea ce privește procesul de evaluare

a eficienței și eficacității activităților implementate, din punctul de vedere al alocării resurselor umane, financiare și logistice, din cauza lipsei informațiilor relevante.

1.2.3. Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog

Dezvoltarea unor politici coerente de răspuns la fenomenul drogurilor și urmărirea a tendințelor acestui fenomen are la bază o viziune globală și colaborarea reală a tuturor factorilor sociali implicați. În acest context, principiul de bază al eficienței strategiei naționale în domeniul drogurilor este coordonarea.

Coordonarea facilitează o mai bună gestionare a intervențiilor, prin armonizarea deciziilor cu utilizarea rațională și eficientă a tuturor resurselor existente, în scopul atingerii țintelor propuse.

În plus, mecanismele de coordonare sunt necesare pentru a intensifica cooperarea între sectoarele de reducere a cererii și ofertei de droguri, pentru a se ajunge la acțiuni concertate și pentru a evita contradicțiile, suprapunerile sau consecințele nedorite ale unor intervenții specifice.

Responsabilitatea coordonării generale aparține Agenției Naționale Antidrog, instituție specializată din cadrul Ministerului Afacerilor Interne, abilitată prin lege să coordoneze la nivel național răspunsul la fenomenul drogurilor, în conformitate cu prevederile H.G. nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru atingerea obiectivelor stabilite, Agenția Națională Antidrog colaborează cu instituții guvernamentale și nonguvernamentale.

În general, obiectul cooperării constă în schimb de informații, date, documente, participarea la activități comune, în funcție de competențele fiecărei instituții, asistența de specialitate și pregătire. Datele și informațiile sunt transmise periodic sau la solicitarea părților, care se întâlnesc în ședințe comune de lucru.

Pe cele două segmente de reducere a cererii și ofertei de droguri, rolurile de coordonatori sunt atribuite de legislația în vigoare astfel: în domeniul reducerii cererii de droguri, coordonarea este asigurată de Agenția Națională Antidrog, în timp ce, în domeniul reducerii ofertei de droguri, coordonarea este asigurată de Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism.

1.3. ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

Au fost transmise chestionare pentru colectarea de date către 41 instituții partenere ale Agenției Naționale Antidrog, la care au răspuns 36 de instituții.

Au fost constatate dificultăți în ceea ce privește procesul de evaluare a eficienței și eficacității activităților implementate din punctul de vedere al alocării resurselor umane, financiare și logistice, din cauza lipsei informațiilor relevante.

În majoritatea răspunsurilor primite s-a menționat faptul că nu există resurse financiare și logistice pentru îndeplinirea acestor activități și că sumele utilizate provin din bugetul instituțiilor, nefiind alocate fonduri distincte pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri.

Instituțiile chestionate au menționat că nu au participat, în decursul anului 2014, independent sau împreună cu alți parteneri la proiecte finanțate extern, pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri.

Cinci instituții au oferit date financiare, și anume:

Agenția Națională Antidrog:

Cheltuieli de personal: Buget 1105 lei; Cheltuieli 1105 lei;

Bunuri și servicii: Buget 263502 lei; Cheltuieli 263502 lei;

Finanțări externe (sume cheltuite): 876342 lei.

Administrația Națională a Penitenciarelor

Bunuri și servicii: Buget: 35000 lei; Cheltuieli 69607 lei;

Programe de interes național: Buget de 60000 lei;

Finanțări externe (sume cheltuite): 96000 lei.

Direcția Generală a Vămilelor:

Cheltuieli de personal: Buget 14285372 lei; Cheltuieli 14285372 lei;

Bunuri și servicii: Buget 6107971 lei; Cheltuieli 6107971 lei;

Programe de informare – educare - comunicare: Buget 304 lei; Cheltuieli 304 lei.

Inspectoratul General al Poliției Române

Cheltuieli de personal: Buget 22150406 lei; Cheltuieli 22150406 lei;

Bunuri și servicii: Buget 950356 lei; Cheltuieli 950356 lei.

Ministerul Tineretului și Sportului a cheltuit în anul 2014, 115000 lei pentru activități specifice domeniului de activitate.

1.4.CONCLUZII

- Surprinde în continuare interesul crescut al forurilor legislative față de problematica consumului și traficului de droguri, reflectat în numărul mare de interpelări și întrebări parlamentare referitoare la acest domeniu.

- Datorită aplicării sistematice a măsurilor de control, fenomenul comercializării și consumului ilicit de substanțe noi cu proprietăți psihoactive impropriu denumite „droguri legale” sau „etnobotanice”, s-a menținut și în anul 2014, urmând aceeași tendință ușor descendentă remarcată pe parcursul anului 2013.
- În anul 2014 au fost realizate demersuri importante în vederea elaborării programelor naționale, prin intermediul cărora să se asigure finanțarea principalelor activități din domeniul reducerii cererii de droguri, prevăzute în Planul național de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.

2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

Conform celor mai recente studii realizate atât în populația școlară, cât și în cea generală, în România, cannabisul este cel mai consumat drog, în special în rândul tinerilor. Pentru prima oară în întreaga perioadă de monitorizare, cannabisul este pe același loc cu heroina în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri. De asemenea, și în ceea ce privește piața drogurilor, se remarcă o creștere în anul 2014 a cantității de cannabis - masă verde recoltată, în timp ce numărul capturilor la nivel stradal crește în fiecare an.

Apărute pe piața drogurilor din România în 2009, substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) au cunoscut o perioadă de consum maxim în anul 2010. În urma măsurilor legislative și de control luate de autorități, coroborate cu o informare mai bună în rândul populației generale asupra riscurilor generate de acest tip de consum, pe baza datelor furnizate din monitorizarea altor indicatori (urgențe medicale datorate consumului de droguri, admiterea la tratament), în anul 2013 se înregistrează o scădere a interesului pentru consumul acestor substanțe. În anul 2014, se observă, însă, ușoare creșteri ale acestui tip de consum, vizibile atât în cererea la tratament pentru consum de droguri, cât și în numărul urgențelor medicale.

Consumul de opiacee, preponderent pe cale injectabilă, continuă să fie observat, în special în rândul consumatorilor din București, în cazul studiilor realizate în grupurile populaționale mari (GPS, ESPAD), nefiind remarcat un astfel de consum. Consumatorii de droguri injectabile utilizează, ca și droguri de policonsum, heroina și substanțele noi cu proprietăți psihoactive.

2.1.CANABIS

2.1.1.Consumul de cannabis în populația generală

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

Rata de continuare a consumului recent de cannabis, respectiv proporția celor care au consumat cel puțin o dată în viață cannabis (LTP) și care au făcut acest lucru și în ultimele 12 luni (LYP), este 43%. Pentru consumul actual de cannabis, se observă o rată de continuare a consumului de cannabis de 50%.

Consumul de cannabis este mai prevalent în rândul bărbaților, indiferent de perioada de timp analizată (5,4% LTP bărbați, față de 3,8% LTP femei; 2,3% LYP bărbați, față de 1,8% LYP femei; 1,3% LMP bărbați, față de 0,8% LMP femei). Cel mai mic raport bărbați/ femei s-a înregistrat în cazul consumului recent (1,28:1), în timp ce, cel mai mare a fost observat

pentru consumul actual (1,63:1), de unde rezultă că, după ce femeile au adoptat în ultimul an un comportament asemănător celui al bărbaților față de consumul de droguri, în ultima lună, acestea se distanțează și revin la un comportament mai rezervat față de consumul de droguri.

Tabel 2-1: Caracteristicile socio-demografice ale populației din eșantion (%)

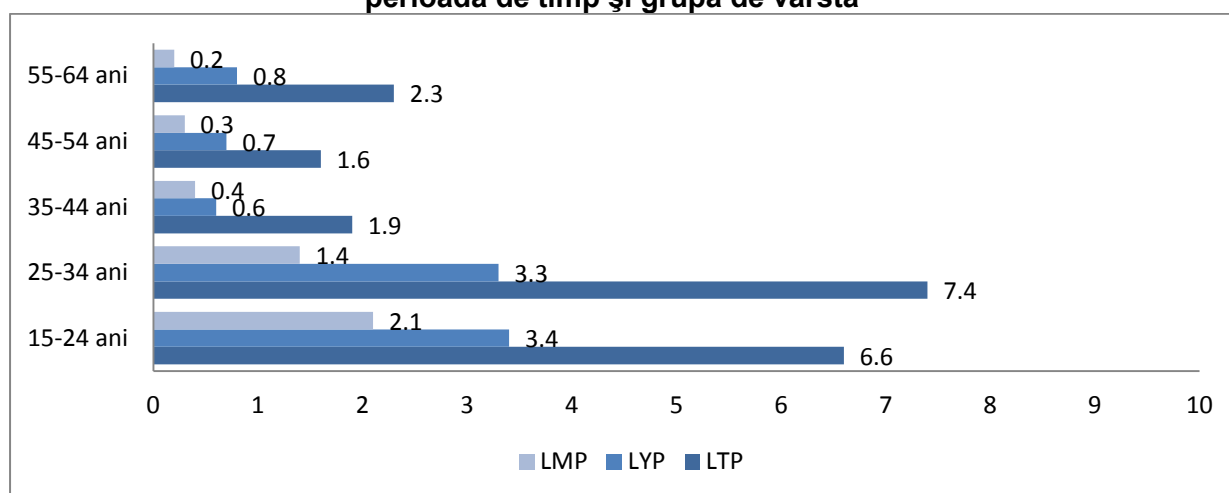
	Categorii de vârstă		Test de semnificație
	15-24	35-64	
LTP	6,6%	1,9%	$\chi^2 (1) = 73.358$; $\phi (\text{phi}) = 0,120$; $p = 00$ Asociere pozitivă de intensitate slabă
LYP	3,4%	0,7%	$\chi^2 (1) = 51.055$; $\phi (\text{phi}) = 0,101$; $p = 00$ Asociere pozitivă de intensitate slabă
LMP	2,1%	0,3%	$\chi^2 (1) = 39.791$; $\phi (\text{phi}) = 0,089$; $p = 00$ Asociere pozitivă de intensitate slabă

Sursa: ANA

Dacă în cazul prevalenței de-a lungul vieții, cea mai mare valoare se înregistrează pentru tinerii cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 ani (7,4%), prevalențele care indică un consum actual și recent prezintă valori mai mari pentru grupa de vârstă 15-24 ani (3,4% LYP; 2,1% LMP). În cazul populației adulte (35-44 ani), consumul experimental se situează în jurul valorii de 2%, consumul recent se situează sub 1%, iar cel actual, sub 0,5%.

Pe de altă parte, se constată diferențe între comportamentul față de consumul de cannabis al tinerilor cu vârsta de 15-24 ani și cel al adulților cu vârsta de 35-64 ani. Astfel, persoanele adulte experimentează consumul de cannabis într-o proporție aproximativ egală cu cea înregistrată în cazul tinerilor în vârstă de 15 până la 24 ani, pentru consumul de cannabis în ultima lună (1,9% față de 2,1%).

Grafic 2-1: Prevalența consumului de cannabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă

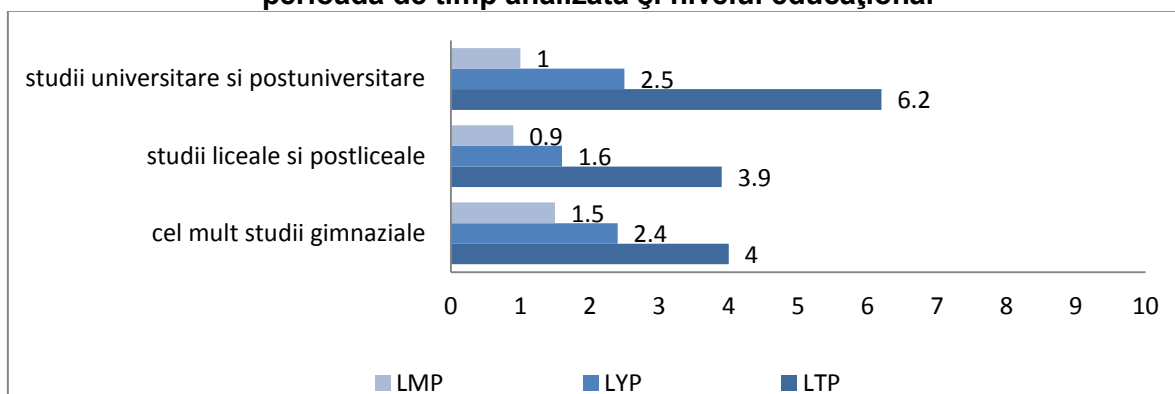


Sursa: ANA

Analiza datelor privind consumul de cannabis, în funcție de nivelul educațional, arată cele mai mari valori ale prevalențelor pentru persoanele care au studii universitare și postuniversitare (6,2%, respectiv 2,5%), exceptând prevalența în ultima lună, a cărei valoare este mai mare pentru persoanele care au absolvit cel mult studii gimnaziale (1,5%), ceea ce se corelează

cu rezultatele prezentate anterior, conform cărora cea mai mare prevalență în ultima lună se înregistrează în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 24 ani¹⁴. 3,9% din populația care a experimentat consumul de cannabis a absolvit studiile liceale și postliceale, procentul scăzând până la valoarea de 0,9% în cazul consumului în ultima lună. Cel mai „consecvent” consum se înregistrează în cazul persoanelor care au absolvit cel mult studiile gimnaziale, prevalența scăzând de la 4,0%, luând ca referință consumul de-a lungul vieții, până la 1,5%, în cazul consumului în ultima lună.

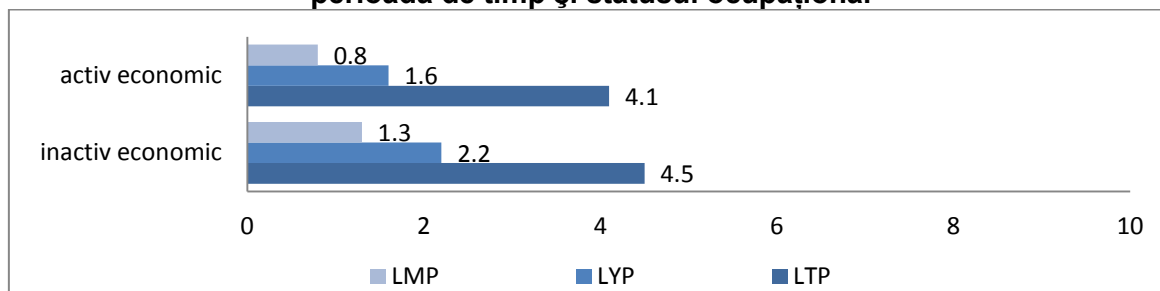
Grafic 2-2: Prevalența consumului de cannabis în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional



Sursa: ANA

În funcție de statusul ocupațional, cele mai mari prevalențe, indiferent de perioada de timp considerată ca referință, se înregistrează în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „inactive economic” (diferențele procentuale variază de la 0,4, la 0,6, față de cealaltă categorie analizată). Se constată aceeași corelație cu cea prezentată în cazul nivelului educațional, în categoria „inactiv economic”, fiind incluși și cei care frecventau diverse instituții de învățământ în momentul aplicării chestionarului.

Grafic 2-3: Prevalența consumului de cannabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional



Sursa: ANA

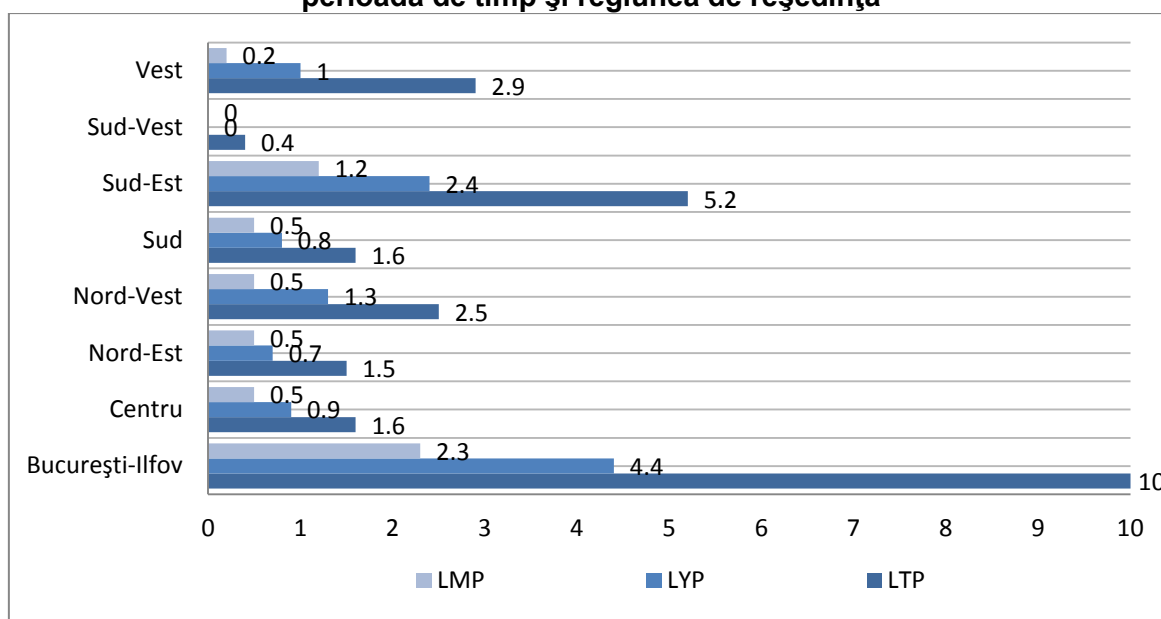
Conform rezultatelor analizei datelor privind prevalența consumului de cannabis în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum predominant în mediul urban, indiferent de perioada de timp considerată ca și perioadă de referință, observându-se cea mai mare

¹⁴ În categoria celor care au absolvit “cel mult studii gimnaziale complete” sunt incluși și elevii care își continuau studiile în perioada de derulare a cercetării

diferență între categoriile analizate pentru determinarea diferitelor caracteristici socio-demografice ale celor care consumă. 6,6% din populația României care locuiește în mediul urban a încercat cel puțin o dată în viață să consume cannabis, 1,5% declarând că au consumat în ultima lună.

Consumul experimental de cannabis este prezent în toate regiunile țării. Singura regiune în care rezultatele indică lipsa consumului de cannabis în ultimul an și ultima lună este regiunea Sud-Vest. Cele mai mari prevalențe se înregistrează în București-Ilfov, unde 10% din populația regiunii a încercat cannabis cel puțin o dată în viață, 4,4% a consumat în ultimul an și 2,3% în ultima lună.

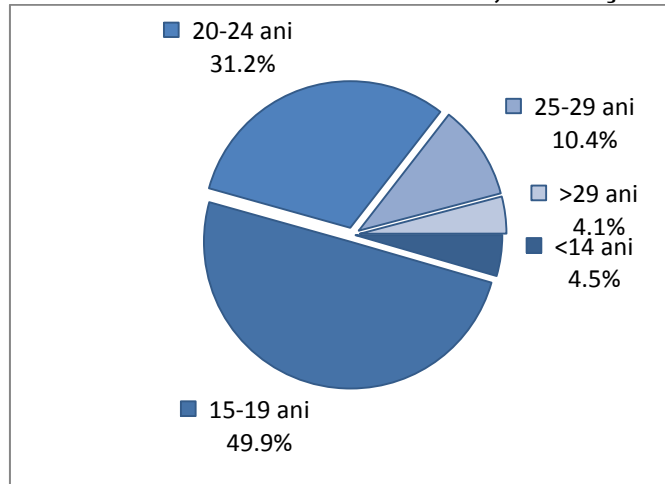
Grafic 2-4: Prevalența consumului de cannabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință



Sursa: ANA

Cea mai mică vârstă de debut declarată de către cei care au experimentat consumul de cannabis a fost 10 ani, cea mai mare, 50 ani. Confirmând faptul că tinerii reprezintă o populație cu risc crescut în consum, 81,1% dintre cei care au consumat cannabis au debutat în consum în intervalul 15-24 ani. Mai mult, majoritatea (49,9%) au debutat în consumul de cannabis între 15 și 19 ani, iar 31,2%, între 20 și 24 ani. Analizând capetele intervalelor de vârstă considerate în analiza datelor, se constată un procent îngrijorător care indică un debut în consumul de cannabis la o vârstă mai mică de 14 ani pentru 4,5% dintre respondenți, cu 0,4 mai mare decât al celor care au debutat în consum la o vârstă mai mare de 29 ani.

Grafic 2-5: Vârsta de debut în consumul de canabis, în funcție de grupa de vârstă



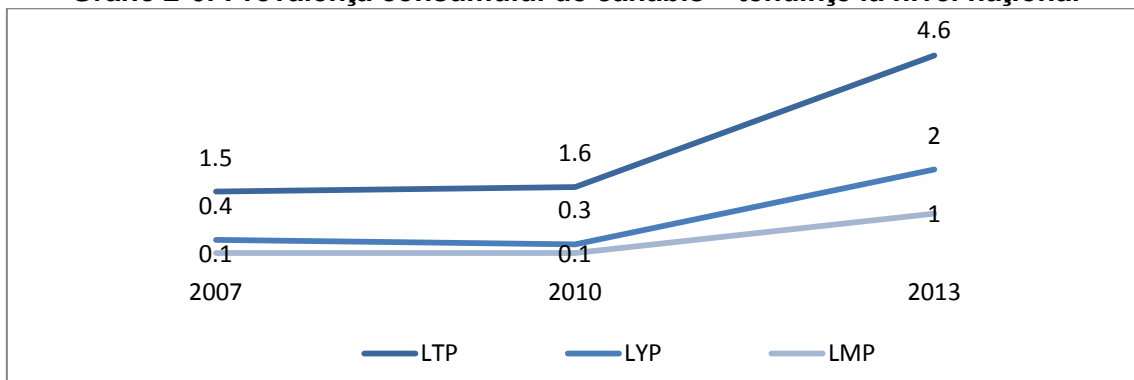
Sursa: ANA

În ceea ce privește tendințele înregistrate în consumul de canabis, se constată creșteri semnificative pentru toate tipurile de prevalență:

- consumul experimental de canabis este de 2,87 ori mai mare față de 2010 (comparativ cu creșterea de 1,06 ori înregistrată în 2010, față de 2007);
- consumul recent este de 6,66 ori mai mare față de 2010 (în timp ce, în 2010 se înregistra o scădere cu 25% a acestuia, față de 2007);

consumul actual este de 10 ori mai mare față de 2010 (în timp ce, în 2010, acesta se menținea constant față de 2007).

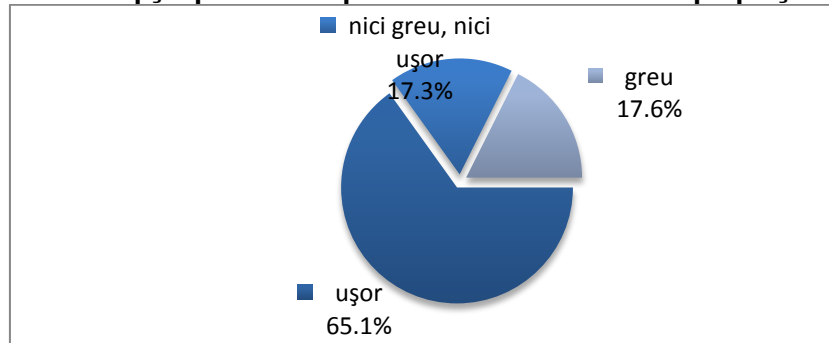
Grafic 2-6: Prevalența consumului de canabis – tendințe la nivel național



Sursa: ANA

În ceea ce privește disponibilitatea canabisului pe piață, 65,1%, dintre cei care au declarat în cadrul studiului GPS 2013 că au consumat canabis, au răspuns la întrebarea privind disponibilitatea acestui tip de drog, menționând că, este facilă procurarea sa, în timp ce, 17,6% consideră că este greu de procurat.

Grafic 2-7: Percepția privind disponibilitatea canabisului pe piața drogurilor



Sursa: ANA

2.1.2. Tratament pentru consum de canabis

Canabisul se află pe al doilea loc (după opiacee) în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (38%) și chiar pe primul loc în rândul persoanelor de sex masculin care au accesat serviciile de tratament în anul 2014 (41%). De asemenea, canabisul ca și drog principal de consum a fost înregistrat în 64% dintre cazurile noi de admitere la tratament. De remarcat faptul că, este pentru prima oară când canabisul și heroina înregistrează același procent (38%) în ceea ce privește drogul principal pentru care se solicită asistență, în aceeași perioadă de timp analizată. Această schimbare în adresabilitatea la serviciile de asistență a fost direct influențată de intrarea în vigoare în februarie 2014 a articolului 19 privind alternativa la închisoare (canabisul a fost înregistrat în 88% dintre toate cazurile referite prin intermediul sistemului de aplicare a legii și în 90% dintre cazurile noi de persoane admise la tratament ca urmare a consumului de droguri referite de către instanță, poliție sau probațiune).

Consumatorii de canabis care au accesat serviciile de tratament fac parte din populația tânără, 71% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de canabis având vârsta cuprinsă în intervalul 20-29 ani. Perioada de latență între vârsta de debut în consum și admiterea la tratament pentru consum de canabis este 4,5 ani, comparativ cu heroina în cazul căreia perioada este de 12,5 ani, deși vârsta medie la debutul în consum este asemănătoare (20,5 - vârsta medie de debut pentru consum de canabis, față de 19,8 - vârsta medie de debut pentru consum de heroină).

În concordanță cu rezultatele cercetării privind excluderea socială, aproximativ jumătate (49%) dintre persoanele admise la tratament în anul 2014 care au declarat că au studii superioare au consumat canabis, procentul fiind mult mai mare (80%) în rândul cazurilor noi de consumatori din tratament, care absolviseră studii superioare. De asemenea, este de remarcat faptul că, 63% dintre cei care au declarat că, în momentul admiterii la tratament erau elevi sau studenți, sunt consumatori de canabis (canabisul fiind drogul cel mai consumat în rândul populației școlare și în conformitate cu rezultatele ultimului studiu ESPAD publicat - 2011).

Serviciile de tratament pentru consum de cannabis sunt disponibile la nivel național atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, s-a înregistrat în anul 2014 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament: 47% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în centre de tip ambulatoriu au declarat cannabisul ca și drog principal de consum, 20% din cazurile înregistrate în regim de tip rezidențial (internare) au fost pentru consum de cannabis, iar 22% dintre serviciile de tratament în regim penitenciar au fost pentru consum de cannabis.

2.1.3. Consum problematic de cannabis

2.1.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de cannabis

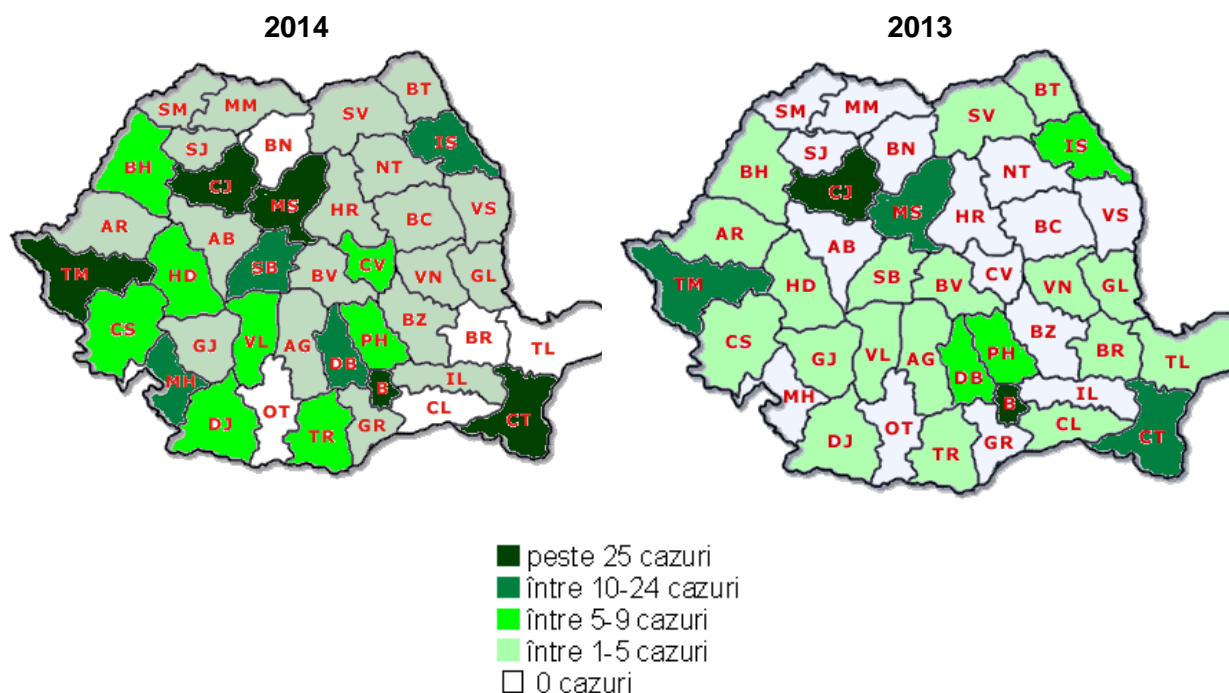
În 2014, au fost raportate 453 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de cannabis (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o menținere a acestei problematice la nivelul anului anterior, când au fost înregistrate 423 astfel de cazuri. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2014, cannabisul a fost menționat în 25,3% dintre cazuri (consum singular sau în combinație), față de 28,1% câte au fost în anul anterior.

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de cannabis (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu “intoxicație” (57,0% față de 42,6% în anul anterior). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu “tulburări mentale și de comportament” (15,5% față de 22,2%), urmate de cazurile încadrate în categoria „utilizare nocivă” (13,9% față de 11,1%) apoi de cele din categoria „dependență” (6,8% față de 11,6%) și de cele încadrate la „sevrăj” (2,6%) și “alte diagnostice” (2,6% față de 4,3%).

În 55,8% (față de 53,4% în anul anterior) dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de cannabis, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 23,8% (față de 36,2%) aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, în 6,4% (față de 7,3%) dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-54 ani.

La nivel teritorial, deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de cannabis, aceasta rămâne totuși concentrată în 5 unități teritoriale (Cluj, Municipiul București, Mureș, Timiș și Constanța), unde se cumulează peste două treimi (68,4%) din toată cazuistica.



Harta 2-1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de canabis (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri)



Sursa: ANA

Din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consumul de canabis, în 45,3% (față de 62,9% în 2013) a fost raportat consumul de droguri multiple, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 30,2% (față de 29% în 2013) din totalul cazurilor de consum de droguri multiple, cu medicamentele – 14,9% (față de 16,9%), cu alcoolul -14,9% (față de 14,1%) și cu opiaceele – 12,8% (față de 16,4%). În majoritatea cazurilor de urgență, în care s-a raportat consum de canabis (singular sau mixt), administrarea s-a făcut pulmonar sau prin fumat (70,6%).

Tabel 2-2: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de canabis

	Masculin	Feminin	Total
			
	79,5%	20,5%	453
Vârsta			
vârsta medie:	24,73	23,86	24,52
vârsta minimă:	12	10	10
cea mai frecventă vârstă:	23	22	23
Modelul consumului			
consum singular:	45,1%	47,8%	54,7%
consum de droguri multiple:	54,9%	52,2%	45,3%
Diagnosticul de urgență			
intoxicație	57,1%	54,3%	57,0%

utilizare nocivă	12,6%	19,6%	13,9%
dependență	7,0%	6,5%	6,8%
sevraj	3,1%	1,1%	2,6%
tulburări psihotice și de comportament	15,1%	17,4%	15,5%
alte diagnostice	3,1%	1,1%	2,6%
recoltare	2,0%	0%	1,5%
Calea de administrare			
oral	3,2%	5,4%	3,6%
pulmonar sau fumat	81,8%	81,1%	81,8%
intranazal sau prizat			
parenteral sau intravenos	0,6%	2,7%	1,0%
inhalare			
mixt dar neinjectabil	12,5%	9,5%	11,8%
mixt inclusiv injectabil	1,9%	1,4%	1,8%

Sursa: ANA

În privința nivelului de instruire pe care îl au persoanele consumatoare de canabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, peste trei sferturi dintre acestea (80,5%) au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 12,1% s-au declarat absolvenți ale unui nivel superior de educație (ISCED 4 – ISCED 6).

Ca și caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de canabis, se observă că aproape o treime (32,7%) dintre aceștia sunt elevi sau studenți, în timp ce, 20,4% lucrează cu contract pe perioadă determinată sau nedeterminată. În schimb, 39,4% dintre aceștia sunt fără ocupație.

Comparativ cu situația observată în anul 2013, se constată o inversare a raportului dintre cazurile de urgență datorate consumului singular de canabis și cele datorate consumului de canabis în combinație cu alte substanțe. Astfel, dacă în 2013 predominau cazurile datorate consumului multiplu de substanțe psihoactive (printre care se afla și canabisul), în 2014, în cele mai multe cazuri de urgență în care a fost implicat consumul de canabis s-a raportat consum singular, ceea ce poate sugera o schimbare a modelului de consum pentru acest tip de drog.

2.1.3.2. Consumul problematic

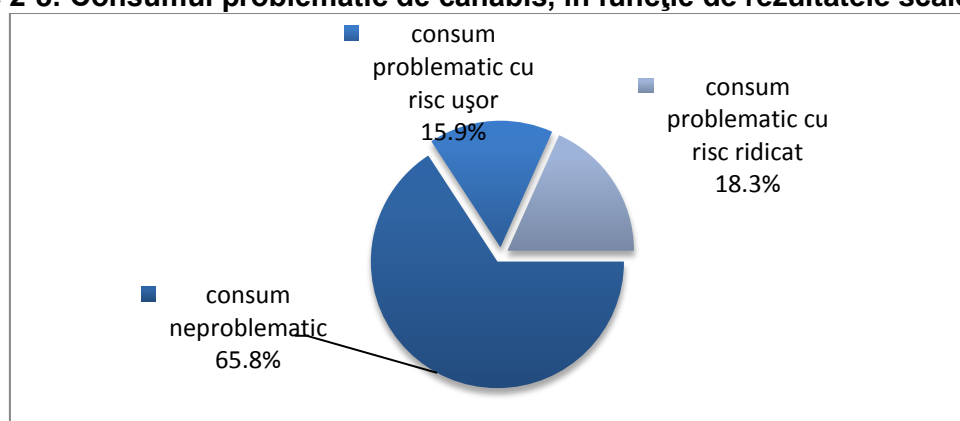
Pentru a evalua consumul problematic de canabis în rândul populației generale cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani, pentru prima oară într-un studiu în populația generală, a fost introdusă în chestionar scala CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Fiind proiectat pornind de la principalele criterii de determinare a diagnosticilor induse de abuzul sau de utilizarea nocivă a canabisului, conform DSM-IV și ICD-10, testul CAST își

propune să ofere o descriere și o estimare a consumului problematic în cadrul studiilor epidemiologice efectuate în populația generală. În prezent, este una dintre cele mai utilizate scale în Europa, în special în rândul tinerilor (prin studiul ESPAD). Este, de asemenea, una dintre scalele de identificare cel mai frecvent folosite de către specialiștii din Franța, intervenind în „consultările tinerilor consumatori”, dispozitiv specific creat în 2004 pentru a răspunde la nevoile de prevenire, de sprijin și de monitorizare a consumatorilor de cannabis, mai ales a celor tineri.

Prin aplicarea acestei scale, s-a constatat că 18,3% dintre cei care au declarat consum de cannabis în ultimul an prezintă un consum problematic de cannabis.

Grafic 2-8: Consumul problematic de cannabis, în funcție de rezultatele scalei CAST



Sursa: ANA

2.2.STIMULANȚI

Pe piața drogurilor din România sunt disponibile (conform indicatorilor de reducere a cererii și ofertei de droguri) stimulanzii, de tipul: cocaină, amfetamine și ecstasy. Dintre acestea, ecstasy este cel mai consumat, prețul la nivelul străzii fiind mult mai mic, comparativ cu cel al cocainei, deși din punct de vedere al disponibilității percepute, stimulanzii sunt considerați dificil de procurat, atât în opinia populației generale, cât și a celei școlare.

2.2.1.Consumul de stimulanzii în populația generală

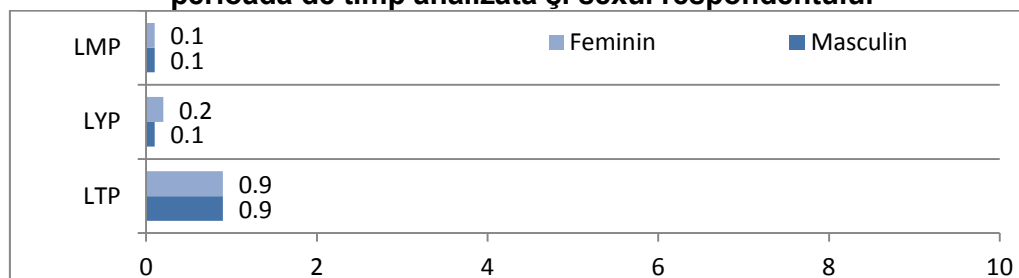
2.2.1.1.Ecstasy

În cazul consumului de ecstasy, 0,9% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,3% dintre respondenți au recunoscut un astfel de consum în ultimul an, iar 0,1%, în ultima lună. Rata de continuare a consumului recent de ecstasy, respectiv proporția celor care au consumat cel puțin o dată în viață ecstasy (LTP) și care au făcut acest lucru și în ultimele 12 luni (LYP), este 20,6%.

Pentru consumul actual de ecstasy, se observă o rată de continuare de 38,5%.

Comparativ cu alte tipuri de droguri, în cazul consumului de ecstasy, bărbații și femeile înregistrează aceeași valoare și pentru prevalența de-a lungul vieții și pentru consumul din ultima lună: 0,9%, respectiv 0,1%. Doar în cazul consumului recent, există o diferențiere a consumului de ecstasy între cele două sexe, în favoarea femeilor: 0,2% pentru femei, 0,1% pentru bărbați.

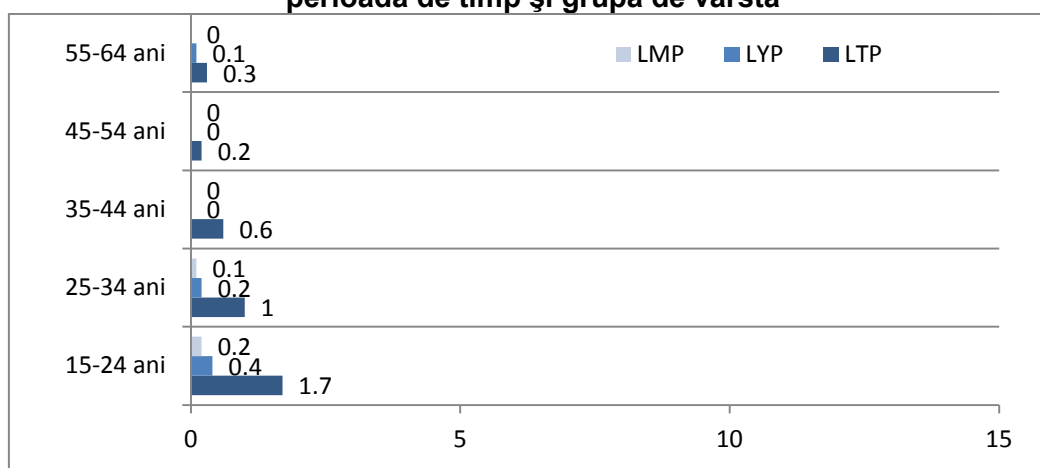
Grafic 2-9: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului



Sursa: ANA

În funcție de categoria de vârstă a respondenților, cel mai mare nivel pentru consumul experimental se înregistrează la persoanele cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani – 1,7%, respectiv la cele din categoria de vârstă 25-34 ani – 1%. De altfel, cu excepția categoriei de vârstă 55-64 ani, care înregistrează o prevalență a consumului recent de ecstasy de 0,1%, doar pentru cele 2 categorii de vârstă, menționate anterior, se înregistrează consum recent de ecstasy – 0,4% și 0,2%, respectiv consum actual de ecstasy – 0,2% și 0,1%.

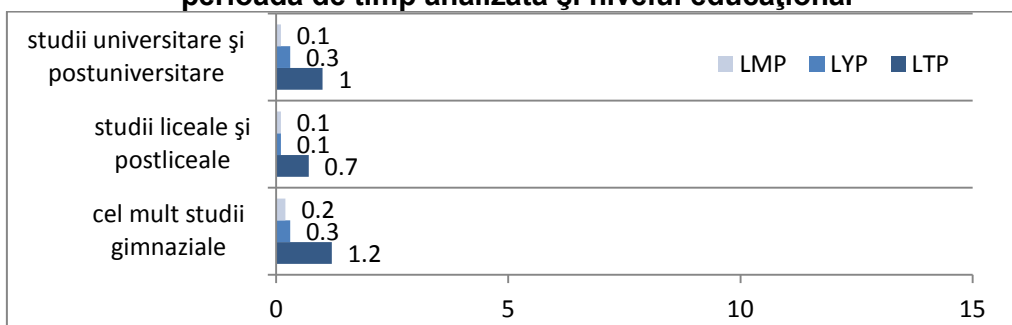
Grafic 2-10: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă



Sursa: ANA

În funcție de nivelul educațional, analiza datelor privind consumul de ecstasy indică cele mai mari valori ale acestui tip de consum pentru persoanele care au absolvit cel mult studii gimnaziale complete (1,2%, 0,3%, respectiv 0,2%). Pe poziția a doua, atât pentru consumul experimental, cât și pentru cel recent, se situează respondenții care au declarat studii universitare sau post universitare – 1%, respectiv 0,3%. În schimb, pentru consumul actual de ecstasy, prevalența variază de la 0,1% - în cazul celor cu un nivel educațional mediu sau ridicat, la 0,2% - în cazul celor cu un nivel de școlaritate scăzut.

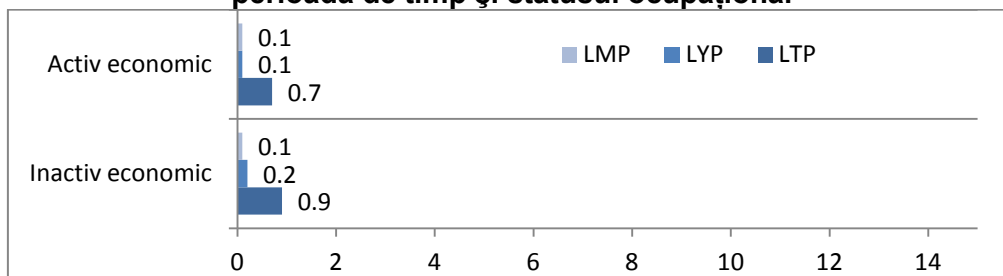
Grafic 2-11: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional



Sursa: ANA

Din perspectiva ocupării economice, cele mai mari prevalențe, atât pentru consumul experimental, cât și pentru cel recent de ecstasy, se înregistrează în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „inactive economic”: 0,9%, față de 0,7%, pentru consum experimental, respectiv 0,2%, față de 0,1%, pentru consum recent.

Grafic 2-12: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional

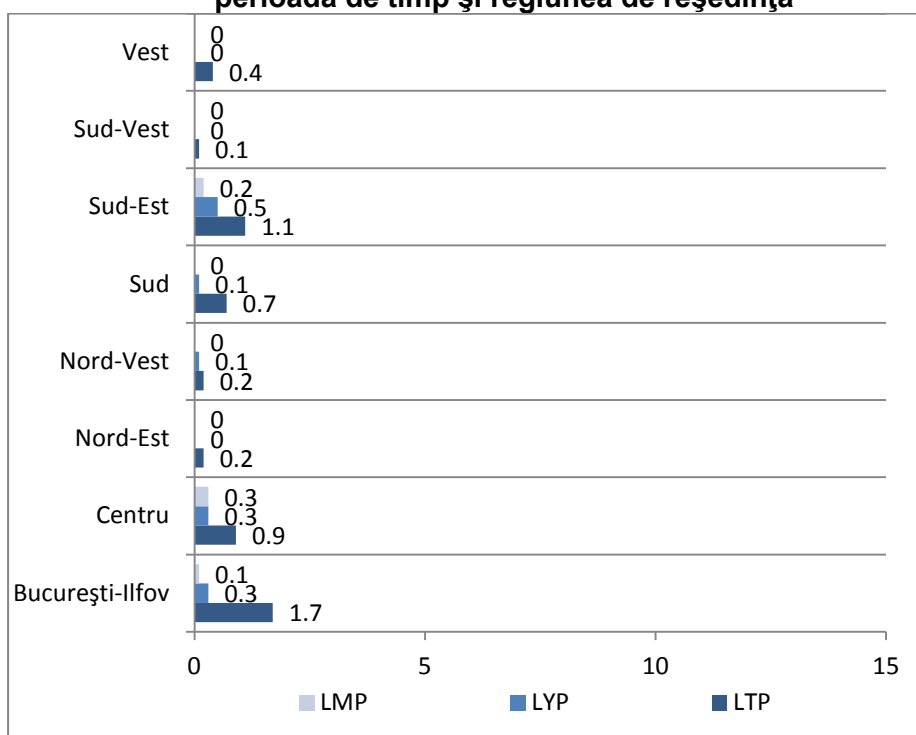


Sursa: ANA

În urma analizei datelor, în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de ecstasy de 6 ori mai ridicat în mediul urban (1,2% față de 0,2%), în timp ce, consumul recent este de 2 ori mai prezent în acest mediu (0,2% față de 0,1%). În plus, consum actual de ecstasy se observă doar în mediul urban, înregistrând o prevalență de 0,1%.

Cu prevalențe variind de la 1,7% (Regiunea București-Ilfov), la 0,1% (Regiunea Sud-Vest), consumul experimental de ecstasy este prezent în toate regiunile țării. În schimb, consumul recent de ecstasy se înregistrează doar în 5 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică. Se remarcă pentru Regiunea Centru același nivel al consumului de ecstasy, atât pentru ultimul an, cât și pentru ultima lună, ceea ce indică prezența unui comportament de consum „consecvent” de ecstasy în această regiune.

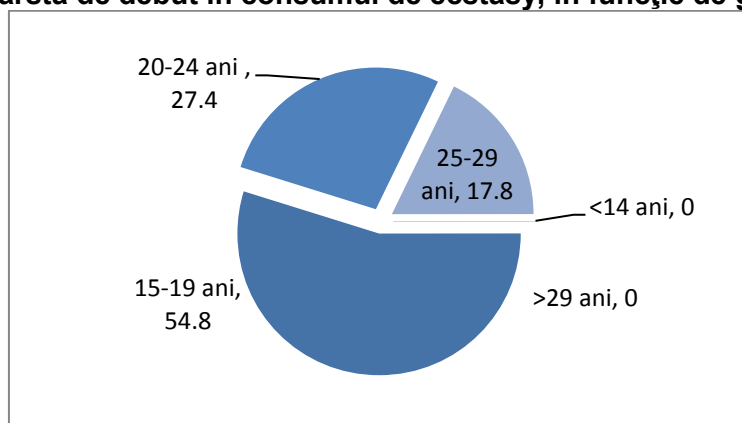
Grafic 2-13: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință



Sursa: ANA

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de cei care au afirmat consum de ecstasy pe parcursul vieții, a fost 15 ani, iar cea mai mare, 29 ani. Deși nu se înregistrează debut precoce (înainte de 14 ani) în consumul de ecstasy, proporția celor care au început acest tip de consum la vârste cuprinse între 15 și 19 ani este foarte mare, depășind jumătate din totalul celor care au declarat consum de ecstasy de-a lungul vieții: 54,8%. Dacă la aceasta se adaugă faptul că, 27,4% dintre respondenții care au experimentat consumul de ecstasy au avut o primă experiență de acest gen la vârste cuprinse între 20-24 ani, se observă că peste 80% dintre cei care au declarat consum experimental de ecstasy au debutat în acest tip de consum la vârste sub 24 ani, evidențiindu-se astfel un risc crescut pentru aceste grupe populaționale.

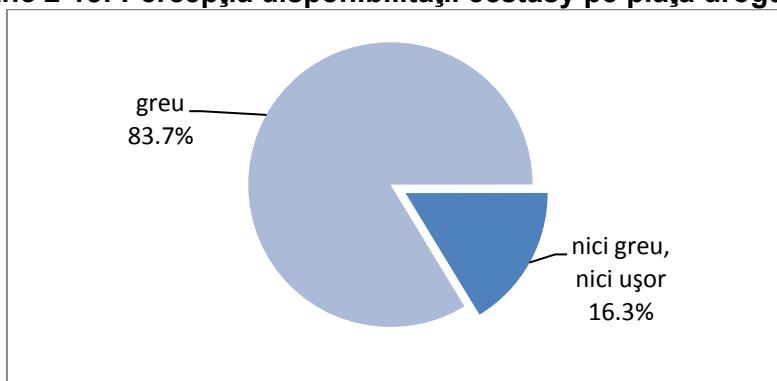
Grafic 2-14: Vârsta de debut în consumul de ecstasy, în funcție de grupa de vârstă



Sursa: ANA

Referitor la posibilitatea procurării ecstasy, percepția celor care au declarat consum de ecstasy în ultimul an asupra disponibilității acestui drog pe piața drogurilor se prezintă astfel: 83,7% dintre ei consideră dificilă procurarea sa, în timp ce, 16,3% nu o consideră nici greu, nici ușor.

Grafic 2-15: Percepția disponibilității ecstasy pe piața drogurilor

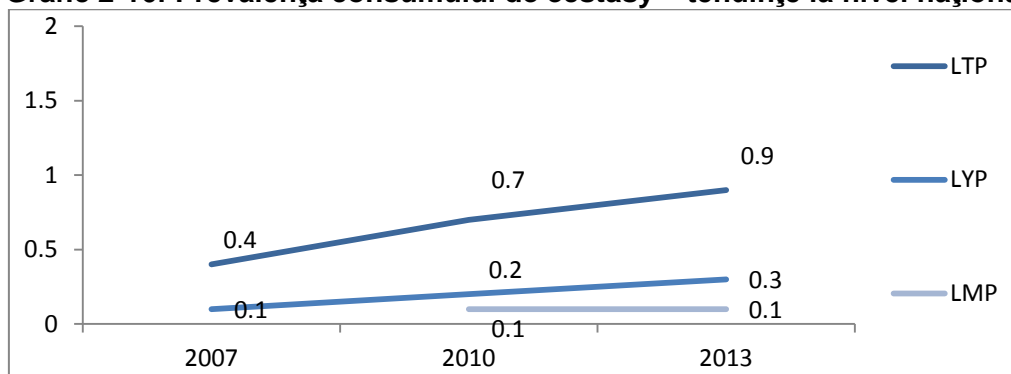


Sursa: ANA

În concluzie, în România, deși cunoaște creșteri pentru toate perioadele de consum analizate, consumul de ecstasy este de mică amploare:

- prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții crește cu 29% în 2013, față de 2010, în timp ce, creșterea anterioară fusese cu 75% (0,9% în 2013, față de 0,7% în 2010);
- prevalența consumului din ultimul an este mai mare cu 50% față de 2010, după ce, în acest an, se observase o dublare a sa față de 2007 (0,3% în 2013, față de 0,2% în 2010);
- prevalența consumului din ultimele 30 de zile se menține constantă față de anul 2010 (0,1%).

Grafic 2-16: Prevalența consumului de ecstasy – tendințe la nivel național



Sursa: ANA

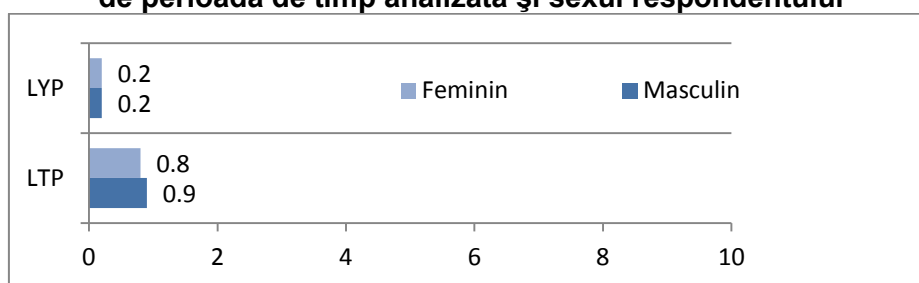
2.2.1.2. Cocaină/ crack

Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,8% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani,

inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, în timp ce, doar 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de cocaină/ crack. Nu s-a înregistrat consum actual. Rata de continuare a consumului recent de cocaină/ crack, respectiv proporția celor care au consumat cel puțin o dată în viață cocaină/ crack (LTP) și care au făcut acest lucru și în ultimele 12 luni (LYP), este 20,3%. Aceste date indică o nivel ridicat al abandonului pentru acest model de consum după o eventuală experimentare a sa.

Atât în ceea ce privește consumul experimental de cocaină/ crack, cât și în privința celui recent, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,9% masculin și 0,8% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack de-a lungul vieții, respectiv 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultimul an.

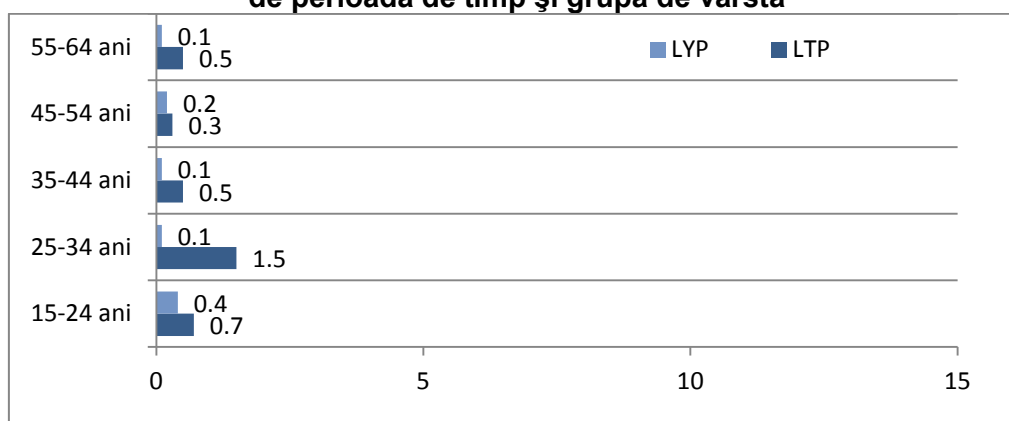
Grafic 2-17: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului



Sursa: ANA

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a consumului experimental de cocaină/ crack se înregistrează în rândul populației din grupa de vârstă 25-34 ani – 1,7%, în timp ce, pentru consumul recent de cocaină/ crack, cea mai mare prevalență se observă în rândul tinerilor cu vârstă cuprinsă între 15-24 ani – 0,7%.

Grafic 2-18: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă

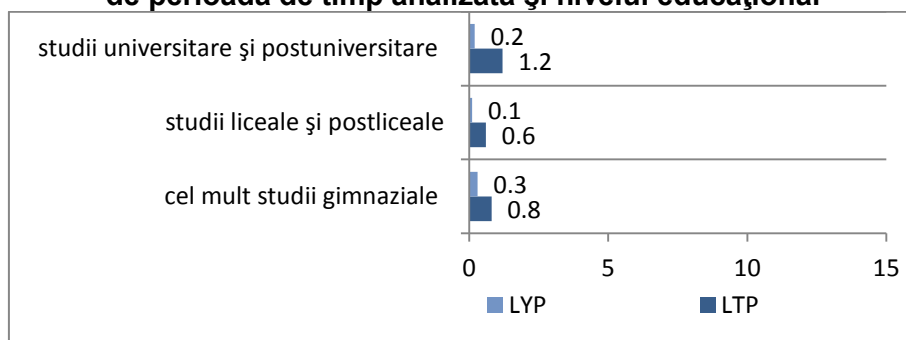


Sursa: ANA

Cea mai ridicată prevalență a consumului experimental pentru acest tip de drog, se observă în rândul respondenților care au studii universitare și postuniversitare (1,2%), aceștia fiind urmași de cei care au absolvit cel mult studii gimnaziale (0,8%). Pentru consumul recent de cocaină/ crack, cea mai mare prevalență (0,3%) se observă pentru categoria respondenților

care aveau la momentul cercetării cel mult studii gimnaziale, în timp ce, la polul opus, se află respondenții cu studii liceale sau postliceale, care înregistrează o prevalență de 0,1%.

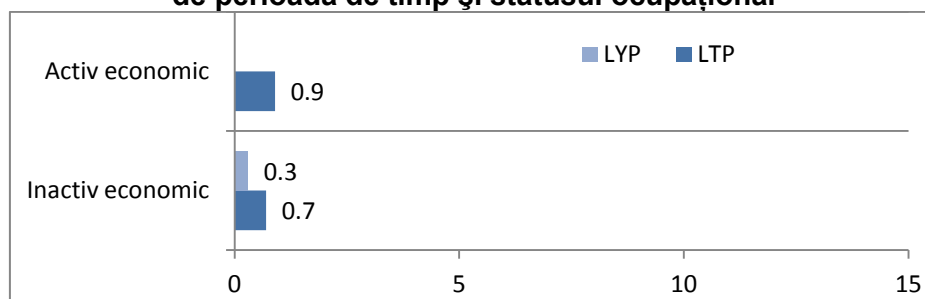
Grafic 2-19: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional



Sursa: ANA

În privința statusului ocupațional, se remarcă o prevalență mai mare a consumului experimental de cocaină/ crack în rândul persoanelor considerate „active economic”: 0,9% față de 0,7%, în timp ce, consum recent cocaină/ crack se constată doar în rândul persoanelor „inactive economic” – 0,3%.

Grafic 2-20: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional

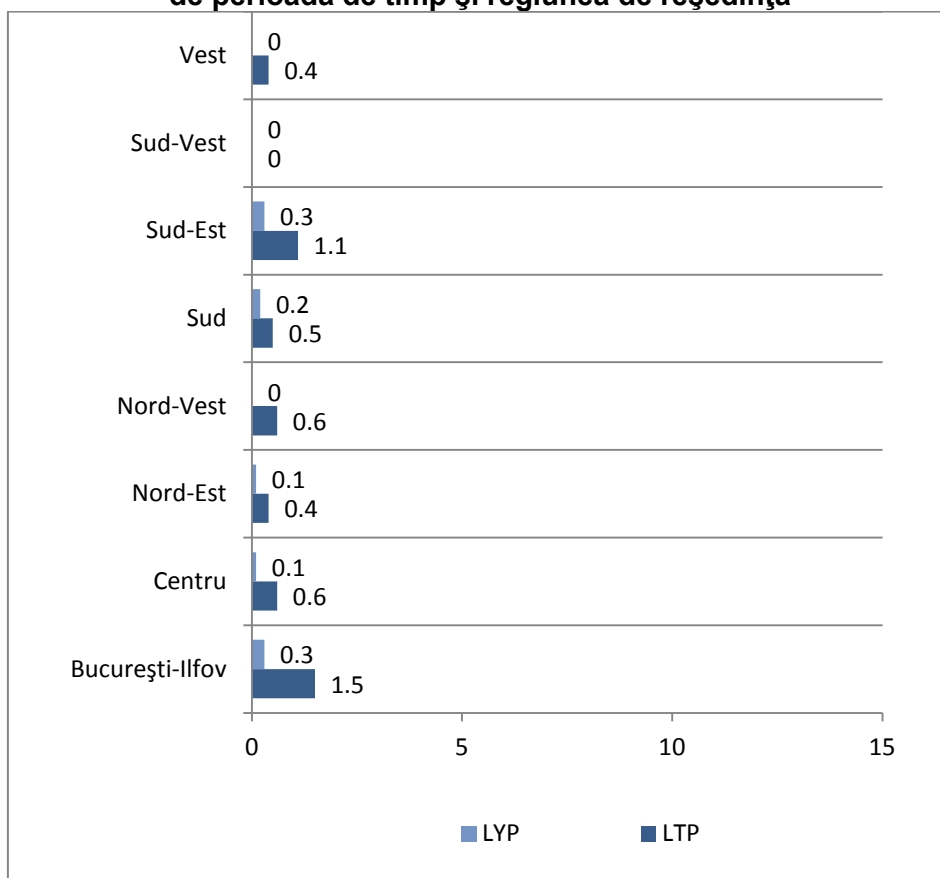


Sursa: ANA

În funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de cocaină/ crack de aproape 4 ori mai mare în mediul urban față de cel rural (1,1%, față de doar 0,3%), în timp ce, pentru consumul recent de cocaină/ crack, prevalența consumului este de 2 ori mai mare în mediul urban: 0,2%, față de 0,1%. Între cele două medii de rezidență analizate (urban/ rural) și consumul experimental de cocaină/ crack, se observă diferențe semnificative din punct de vedere statistic și o asociere pozitivă de intensitate slabă ($\phi(\text{phi}) = 0,038$; $p = 01$).

Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack. În schimb, în cazul consumului recent de cocaină/ crack, există 3 regiuni în care rezultatele indică lipsa acestui timp de consum: Regiunea Vest, Regiunea Nord-Vest și Regiunea Sud-Vest. Cele mai mari prevalențe se înregistrează în Regiunea București-Ilfov (1,5% au declarat consum de cocaină/ crack cel puțin o dată în viață, iar 0,3% în ultimul an). Se observă diferențe semnificative din punct de vedere statistic și o asociere pozitivă de intensitate slabă (Cramer's $V = 0,055$; $p = 03$) între regiunile de dezvoltare economică și consumul experimental de cocaină/ crack.

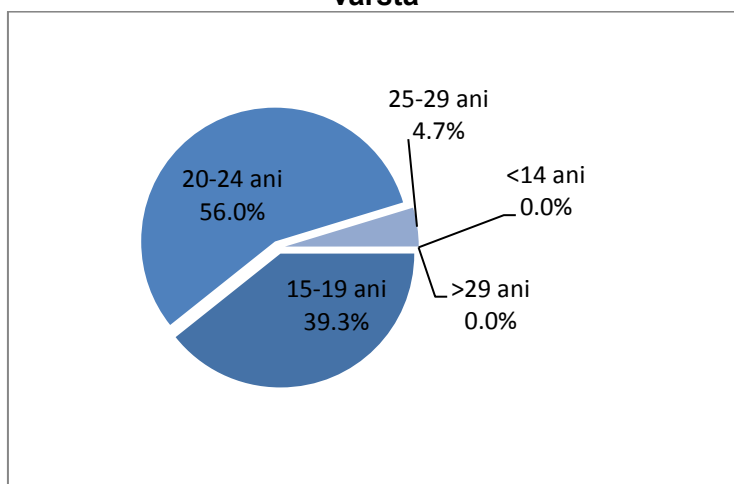
Grafic 2-21: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință



Sursa: ANA

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de cocaină/ crack, a fost 16 ani, iar cea mai mare, 25 ani. Aproape 40% dintre respondenți au debutat în consumul de cocaină/ crack la vârste cuprinse între 15 și 19 ani, 56% au început acest tip de consum între 20 și 24 ani, în timp ce, doar 4,7% dintre ei au experimentat consumul de cocaină/ crack între 25 și 29 ani. Nu se înregistrează niciun debut în acest tip de consum înainte de împlinirea vârstei de 15 ani sau după 29 ani. În schimb, două treimi dintre cei care au declarat consum recent de cocaină/ crack au debutat în consum la vârste cuprinse între 15 ani și 19 ani.

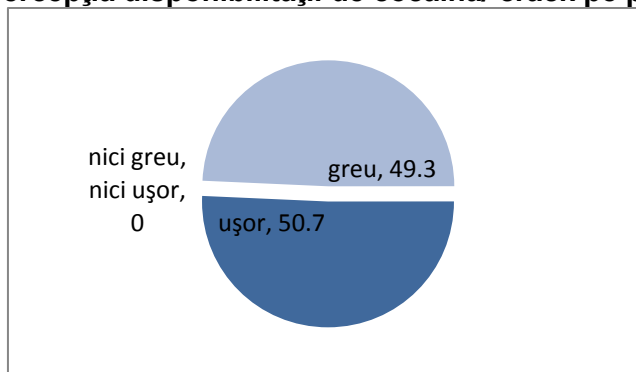
Grafic 2-22: Vârsta de debut în consumul de cocaină/ crack, în funcție de grupa de vârstă



Sursa: ANA

În privința dificultăților întâmpinate în ultimul an, în scopul procurării cocainei/ crack-ului, percepția față de acest aspect, separă respondenții în grupuri aproximativ egale: 49,3% apreciază ca fiind dificilă obținerea acestui tip de drog, în timp ce, 50,7% dintre ei o consideră facilă.

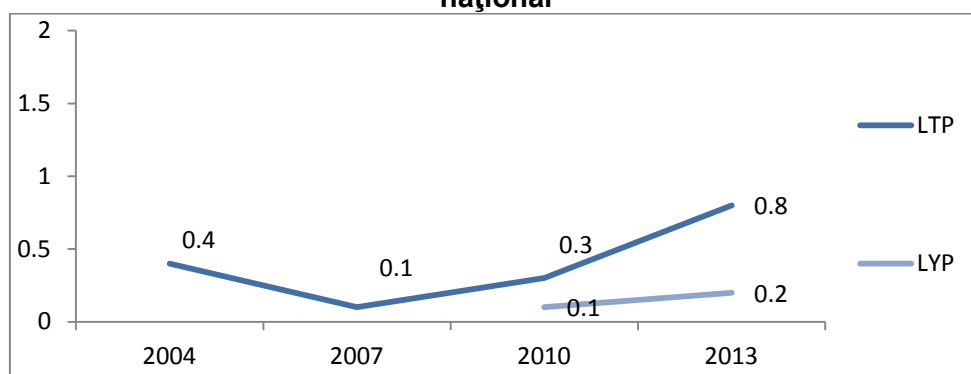
Grafic 2-23: Percepția disponibilității de cocaină/ crack pe piața drogurilor



Sursa: ANA

În ceea ce privește consumul experimental de cocaină/ crack, acesta continuă tendința ascendentă începută în 2007, înregistrând o creștere de 2,66 ori, față de studiul anterior, după ce, în 2010, se remarcase triplarea valorii acestuia. Pe de altă parte, consumul recent de cocaină/ crack își dublează la rândul său valoarea, față de cea înregistrată în 2010. În schimb, nu se înregistrează în continuare consum actual de cocaină/ crack.

Grafic 2-24: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de cocaină – tendințe la nivel național



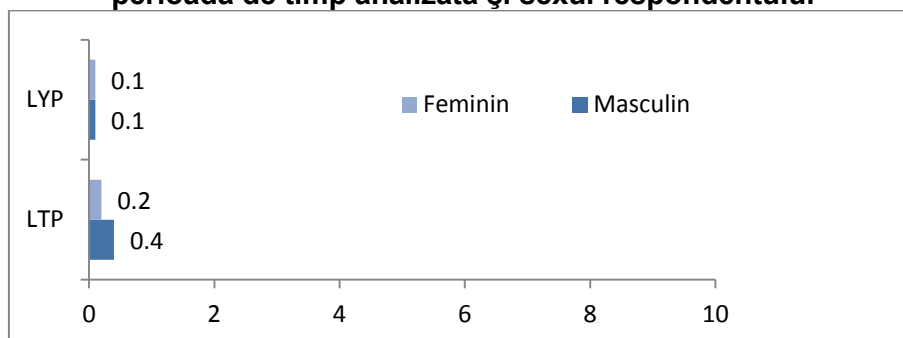
Sursa: ANA

2.2.1.3. Amfetamine

În 2013, amfetaminele înregistrează în România o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, în timp ce, pentru consumul recent, se constată o prevalență de 0,1%. Pentru acest tip de drog, nu se constată la nivel național consum în ultimele 30 de zile.

Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența consumului în rândul populației masculine este de 2 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,4%, față de 0,2%), pentru consumul recent de amfetamine, se constată aceeași rată a prevalenței pentru ambele sexe – 0,1%.

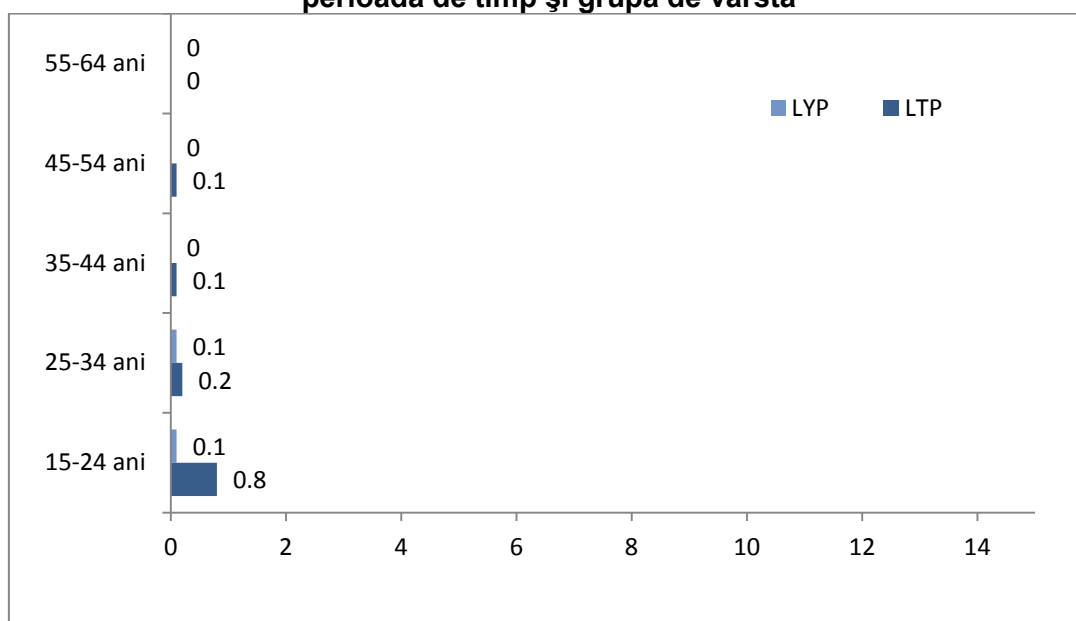
Grafic 2-25: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului



Sursa: ANA

Tinerii cu vârste cuprinse între 15-24 ani înregistrează o prevalență a consumului experimental de amfetamine de 4 ori mai mare decât cei din categoria de vârstă 25-34 ani și de 8 ori mai mare decât prevalența acestui tip de consum observată pentru celelalte categorii de vârstă. Nu se înregistrează consum de amfetamine pentru respondenții cu vârsta peste 54 ani.

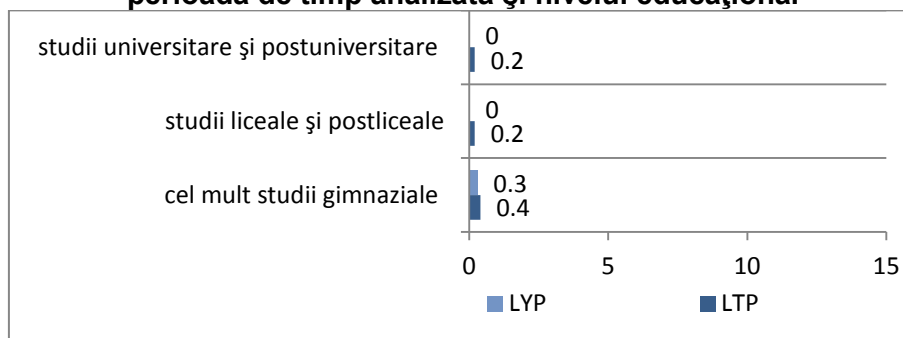
Grafic 2-26: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă



Sursa: ANA

Deși nu există diferențe semnificative între categoriile educaționale considerate și ratele de prevalență a consumului experimental de amfetamine înregistrate, cea mai mare rată a acestui tip de consum se constată pentru respondenții care au finalizat cel mult studii gimnaziale (0,4%). Pentru respondenții încadrați pe celelalte categorii educaționale, se observă o rată a prevalenței de 0,2%.

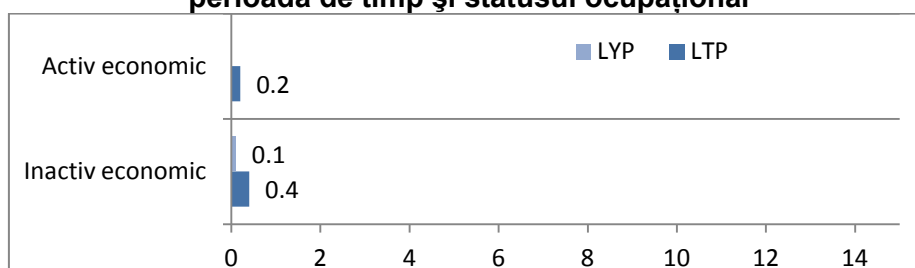
Grafic 2-27: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional



Sursa: ANA

Din punct de vedere al angajării economice, cea mai mare prevalență a consumului experimental de amfetamine se remarcă pentru categoria respondenților „inactiv economic” (0,4%, față de 0,2%). Acest rezultat se corelează cu celelalte caracteristici socio-demografice identificate pentru grupul dominant în consumul experimental de amfetamine, respectiv categoria de vârstă (15-24 ani) și nivelul de școlarizare (cel mult studii gimnaziale), indicând populația elevilor/ studenților ca un posibil grup vulnerabil, față de acest tip de consum.

Grafic 2-28: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional

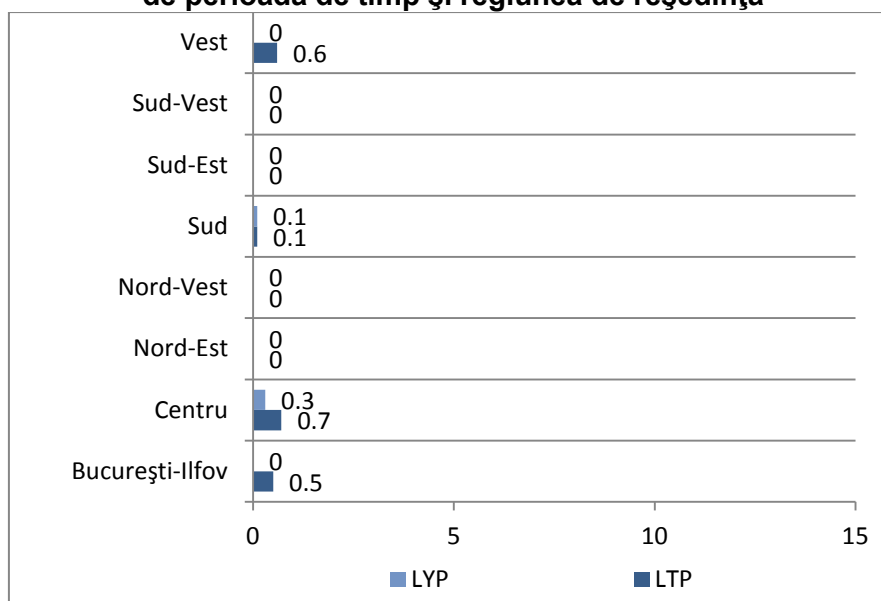


Sursa: ANA

Ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri analizate, amfetaminele sunt consumate cu predilecție în mediul urban, decât în cel rural, unde se înregistrează o prevalență de 3 ori mai mare: 0,3%, față de 0,1%.

La nivel regional, a fost identificat consum de amfetamine doar în 4 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, cea mai ridicată rată a prevalenței fiind remarcată în rândul respondenților cu rezidența în Regiunea Centru (LTP - 0,7%, LYP - 0,3%). Urmează respondenții din Regiunea Vest (LTP - 0,6%, LYP - 0,0%), cei din Regiunea București/ Ilfov (LTP - 0,5%, LYP - 0,0%) și, pe ultimul loc, cei din Regiunea Sud (LTP - 0,1%, LYP - 0,1%).

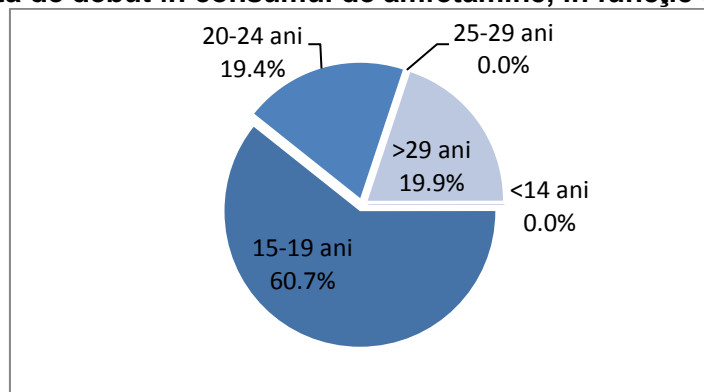
Grafic 2-29: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință



Sursa: ANA

Pentru debutul în consumul de amfetamine se înregistrează o vârstă medie de 22 ani. În schimb, 60,7% dintre respondenții care au raportat debutul în consum de amfetamine de-a lungul vieții, au declarat debutul în consum la vârste cuprinse între 15-19 ani, iar 19,4% la vârste între 20-24 ani. Cea mai mică vârstă de debut a fost 17 ani.

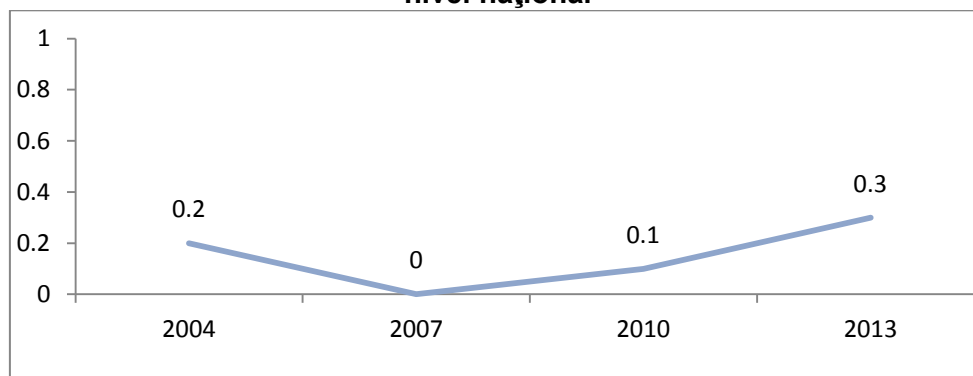
Grafic 2-30: Vârsta de debut în consumul de amfetamine, în funcție de grupa de vârstă



Sursa: ANA

Deși se situează încă la cote foarte scăzute, consumul experimental de amfetamine cunoaște în 2013 o creștere de 3 ori a ratei de prevalență: de la 0,1% în 2010, la 0,3% în 2013.

Grafic 2-31: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de amfetamine – tendințe la nivel național



Sursa: ANA

2.2.2. Tratatamentul pentru stimulanți

Doar 1,6% dintre admițiile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2014 au fost ca urmare a consumului de stimulanți (0,8% pentru cocaină și 0,6% ecstasy și 0,2% alți stimulanți de tipul: catinone sintetice, metamfetamine și amfetamine). Ca și în cazul canabisului, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulanți reprezintă cazuri noi (15 din cele 21 cazuri de cocaină sau toate cele 14 cazuri de ecstasy). Vârsta medie de debut în consumul de stimulanți, declarată de populația din serviciile de asistență, variază de la aproximativ 20 ani pentru amfetamine, la aproximativ 25 ani pentru cocaină (pentru ecstasy este 23 ani). În schimb, consumatorii de stimulanți (altele decât cocaina) solicită tratament după o perioadă medie de consum de 3,2 ani (variabilă influențată de consumatorii de ecstasy – 2,4 ani), la vârste de maximum 39 ani, în timp ce consumatorii de cocaină apelează la serviciile specializate după o perioadă medie de consum de 7,9 ani, la vârste de maximum 49 ani. Astfel, ca și în cazul canabisului, populația din tratament este o populație tânără (pentru cocaină, cele mai multe persoane au vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani, 62% dintre consumatorii de cocaină din tratament, în timp

ce, pentru ecstasy, majoritatea cazurilor sunt din grupa de vârstă 20-29 ani, 72% dintre consumatorii de ecstasy din tratament).

Ca și în cazul canabisului, majoritatea cazurilor de tratament pentru consum de stimulanti, altele decât cocaina au fost referite în anul 2014 prin intermediul sistemului de aplicare a legii (58%). În ceea ce privește consumatorii de cocaină, cei mai mulți dintre aceștia (38%) au solicitat tratament din proprie inițiativă (sau la îndemnul familiei sau prietenilor), aproximativ o treime (29%) fiind referiți de către poliție, instanță sau servicii de probațiune.

Majoritatea (67%) consumatorilor de stimulanti care au fost admiși la tratament în anul 2014 au absolvit studiile învățământului secundar.

Serviciile de tratament pentru consum de stimulanti sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulanti a solicitat servicii în anul 2014 a fost foarte mic (sub 5%). Astfel, în funcție de tipul centrului, distribuția cazurilor admise la tratament a fost următoarea: în comunitate, același procent (2%) dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în centre de tip ambulatoriu și în regim de tip rezidențial (internare) au declarat stimulanti ca și drog principal de consum (1% cocaină și 1% alți stimulanti), în cazul populației din penitenciare, proporția fiind de 8% (5% cocaină și 3% alți stimulanti).

2.2.3. Consum problematic de stimulanti

2.2.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de stimulanti

În 2014, au fost raportate 70 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de stimulanti (consum singular sau în combinație), cu 19,5% mai puține cazuri față de anul anterior, când au fost înregistrate 87 astfel de cazuri. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2014, substanțele stimulante au fost menționate în 3,9% dintre cazuri (consum singular sau în combinație), față de 5,8% câte au fost în anul anterior.

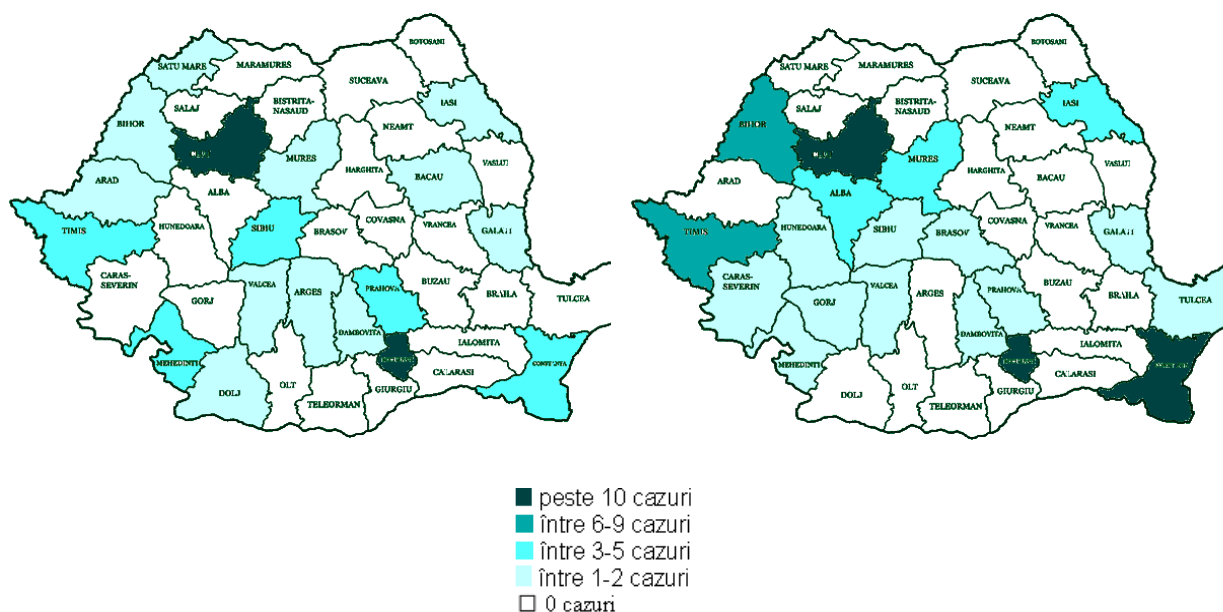
Pentru acest tip de consum, în comparație cu alte tipuri de droguri, se remarcă o proporție mai mare a persoanelor de sex feminin, care reprezintă aproape o treime (32,4%) din totalul cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de stimulanti (consum singular sau în combinație).

În mare măsură, se menține ca și în anul anterior distribuția în funcție de diagnostic a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de stimulanti (singular sau în combinație). Astfel, predomină cazurile diagnosticate cu "intoxicație" (55,7% față de 56,3%, în anul anterior), acestea fiind secundate de cele încadrate în categoria "tulburări mentale și de comportament" (20,0% față de 21,8%). Urmează cazurile diagnosticate cu „utilizare nocivă” (12,9% față de 2,3%), apoi cele din categoria „dependență” (5,7% față de 9,2%) și cele încadrate la „sevrăj” (4,3% față de 3,4%), respectiv la "alte diagnostice" (1,4% față de 6,9%).

În 47,1% (față de 42,5% în anul anterior) dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de stimulanti, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 38,5% (față de 43,7%) aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, în 10,0% (față de 8,0%) dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-44 ani.



La nivel teritorial, cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de stimulanti este mai predominantă doar în 2 unități teritoriale (Municipiul București, Cluj), unde se cumulează aproape jumătate din numărul total de astfel de cazuri (47,1%).

Harta 2-2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri)



Sursa: ANA

Tabel 2-3: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti în 2014

	Masculin	Feminin	Total
			
	67,6%	32,4%	70
Vârsta			
vârsta medie:	24,73		24,88
vârsta minimă:	15	24	15
cea mai frecventă vârstă:	25	24	26
Modelul consumului			
consum singular:	23,9%	36,4%	28,6%
consum de droguri multiple:	76,1%	63,6%	71,4%
Diagnosticul de urgență			
intoxicație	43,5%	81,8%	55,7%

utilizare nocivă	15,2%	4,5%	12,9%
dependență	6,5%	4,5%	5,7%
sevraj	4,3%	4,5%	4,3%
tulburări psihotice și de comportament	28,3%	4,5%	20,0%
alte diagnostice	2,2%	0,0%	1,4%
Calea de administrare			
oral	21,2%	71,4%	38,8%
pulmonar sau fumat	33,3%	7,1%	24,5%
intranazal sau prizat	3,0%	0,0%	2,0%
parenteral sau intravenos	3,0%	0,0%	2,0%
inhalare	0,0%	0,0%	0,0%
mixt dar neinjectabil	24,2%	21,4%	22,4%
mixt inclusiv injectabil	15,2%	0,0%	10,2%

Sursa: ANA

În general, urgențele medicale în care a fost raportat consumul de substanțe stimulante s-au produs pe fondul unui consum multiplu de substanțe psihoactive. Astfel, în 71,4% (față de 88,5% în 2013) a fost raportat consumul de droguri multiple, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu cannabis – 27,3% (față de 32,0% în 2013) din totalul cazurilor de consum de droguri multiple, cu SNPP – 17,3% (față de 12,7%), cu opiaceele -15,5% (față de 17,3%). În peste o treime a cazurilor de urgență, în care s-a raportat consum de stimulanți (singular sau mixt), administrarea s-a făcut oral (38,8%).

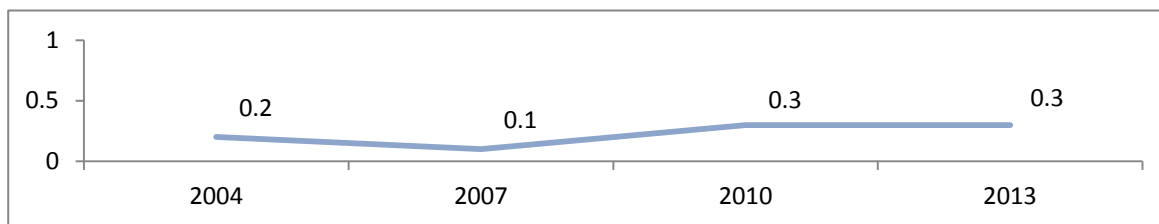
În privința nivelului de instruire pe care îl au persoanele consumatoare de substanțe stimulante care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, peste două treimi dintre acestea (65,8%) au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 23,7% s-au declarat absolvenți ale unui nivel superior de educație (ISCED 4 – ISCED 6). De menționat că, printre ele nu s-au aflat persoane care nu au mers vreodată la școală sau care nu au finalizat studiile primare (ISCED 0).

În privința statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de stimulanți, se observă că aproape o treime (31,8%) dintre aceștia sunt elevi sau studenți, în timp ce, 38,6% lucrează cu contract pe perioadă determinată sau nedeterminată.

2.3. HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE

Pe fondul prezenței substanțelor noi cu proprietăți psihoactive pe piața drogurilor din România și ca urmare a schimbării modelului de consum, consumul experimental de heroină marchează în 2013 o stabilizare, înregistrând aceeași valoare (0,3%), ca și la studiul anterior.

Grafic 2-32: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de heroină – tendințe la nivel național



Sursa: ANA

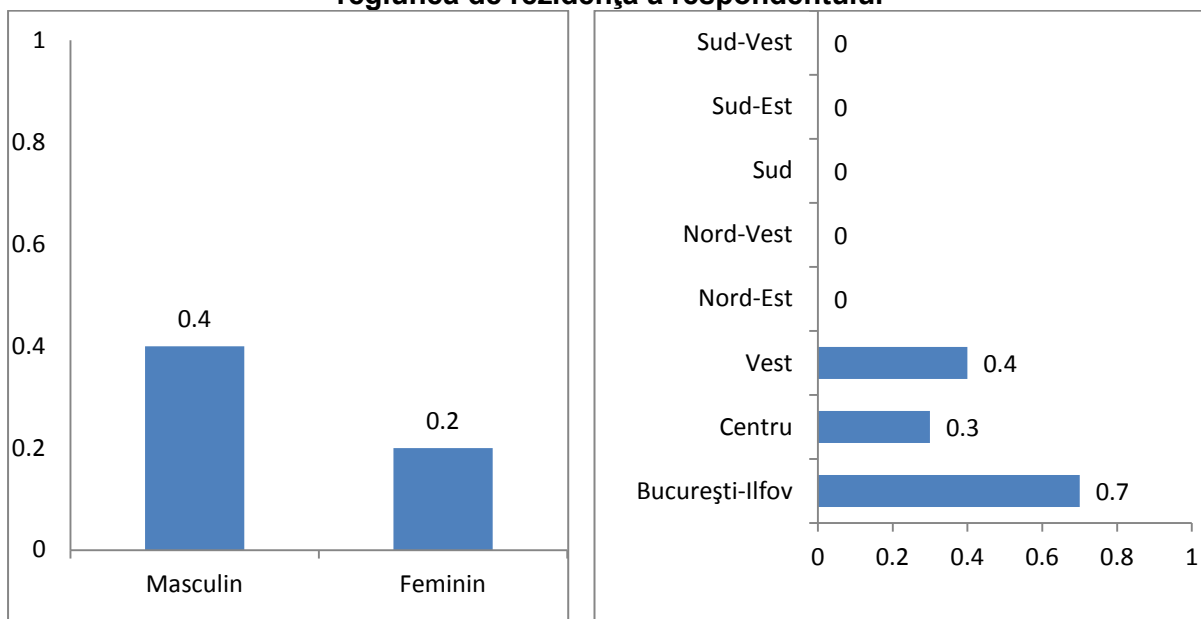
În 2013, consumul de heroină de-a lungul vieții este prezent, în populația generală, într-o proporție de 0,3%.

Proporția consumatorilor de heroină de sex masculin este de 2 ori mai mare (0,4% masculin, față de 0,2% feminin).

Grupa de vârstă cu cea mai mare prevalență a consumului de heroină este 15-24 ani, ceea ce poate sugera o „reîntinerire” a populației consumatoare de heroină din România. Astfel, consumul de heroină identificat pentru această categorie de vârstă este de 3 ori mai mare decât cel observat pentru categoria 25-34 ani și de 2 ori mai mare decât cel constatat pentru grupa de vârstă 35-44 ani. Se remarcă faptul că, pentru categoriile de vârstă 45-54 ani, respectiv 55-64 ani, nu se observă consum de heroină.

În funcție de nivelul de școlaritate atins de respondenți la momentul interviului, cea mai mare prevalență a consumului de heroină se înregistrează în rândul celor care finalizaseră cel mult studii gimnaziale la momentul interviului (1,1%), aceștia fiind urmați de cei cu studii liceale sau postliceale (0,1%).

Grafic 2-33: Prevalența consumului de heroină de-a lungul vieții, în funcție de sexul și regiunea de rezidență a respondentului



Sursa: ANA

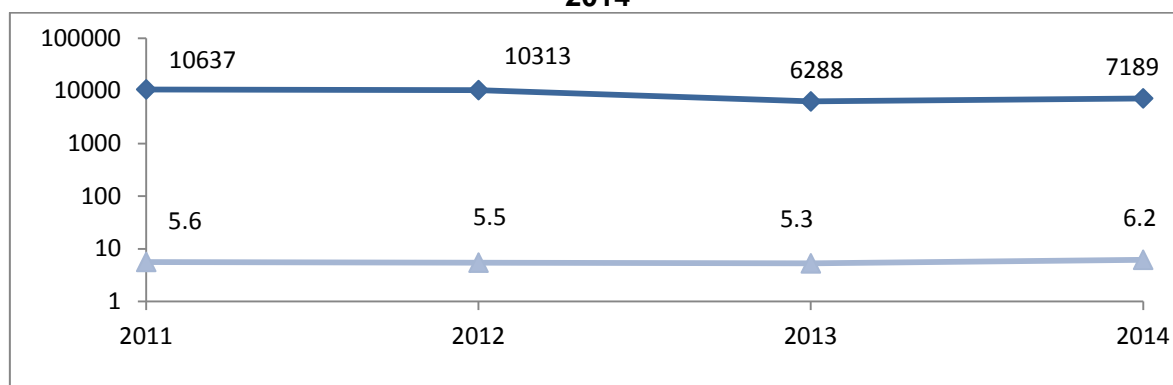
Din punct de vedere al ocupării economice, nu există diferențe între cele două grupuri ocupaționale studiate, observându-se același nivel al consumului de heroină (0,3%), atât pentru cei care obțin venituri lunare ca urmare a desfășurării unor activități economice retribuite (activi economic), cât și pentru cei care nu desfășoară astfel de activități (inactivi economic).

La nivel regional, consumul de heroină a fost raportat doar în trei din regiunile de dezvoltare economică analizate: București-Ilfov (0,7%), Vest (0,4%) și Centru (0,3%).

2.3.1. Estimarea consumului de opioide

Numărul estimat de consumatori injectabili de droguri din București în anul 2014 este 7189 (95% CI: 5377 – 9709), rata fiind 6,2 (95% CI: 4,7 – 8,4) consumatori de droguri injectabile la 1000 de locuitori din București. Din cei 734 consumatori de droguri injectabile aflați în tratament (*benchmark*), 96,2% au menționat heroina ca și drog principal de consum, 0,8% metadonă și 0,7% alte opioide (restul de 2,3% reprezentând consumatori de substanțe noi cu proprietăți psihoactive). Comparativ cu anul 2013, este de menționat faptul că, a crescut procentul consumatorilor de heroină (de la 87,5%) și a scăzut procentul consumatorilor de substanțe noi cu proprietăți psihoactive pe cale injectabilă din serviciile de tratament (de la 9,4%), ceea ce sugerează o revenire la consumul de heroină pentru acest tip de consumatori.

Grafic 2-34: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane¹⁵) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, în perioada 2011-2014



Sursa: ANA

Raportul bărbați/ femei pentru consumatorii de droguri injectabile din București aflați în serviciile de tratament este de aproximativ 5:1, fiind constant în ultimii ani. Perioada medie de latență dintre vârsta de debut în consum și admiterea la tratament este de 12 ani, vârsta

¹⁵ 1151826 locuitori cu vârsta între 18-49 ani înregistrați la 1 ianuarie 2014 pe raza regiunii București-Ilfov, conform datelor prezentate Institutul Național de Statistică

medie de debut în consum declarată de cei mai mulți dintre CDI din București (45,4%) situându-se în intervalul 15-19 ani. Timpul trecut de la prima injectare este peste 10 ani pentru majoritatea (70%) CDI din București, drogul fiind administrat zilnic (67%). Cohorta este una îmbătrânită, 69% dintre CDI din București având vârsta peste 30 ani.

2.3.2. Injectarea și alte căi de administrare a opioidelor

La sfârșitul anului 2014, din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (2622 persoane), 39,4% dintre consumatori își administrau injectabil drogul. 89,9% din totalul consumatorilor de opiacee își injectaseră droguri cândva în viață, reprezentând 37,4% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință.

În ceea ce privește consumatorii actuali de opiacee injectabile (care au consumat în ultimele 30 de zile), aceștia (722 persoane) reprezentau 66,2% din totalul consumatorilor de opiacee și 27,5% din totalul celor admiși la tratament.

Consumatorii de heroină injectabilă care-și injectaseră droguri cândva în viață sunt prezenți în proporție de 88% din totalul consumatorilor de opiacee, iar cei care-și injectaseră heroină în ultimele 30 de zile reprezentau 65,8% din totalul consumatorilor de opiacee și 27,4% din totalul celor admiși la tratament.

35,5% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injectare între 5-10 ani, urmați de cei cu istoric de injectare de peste 10 ani (27%).

În funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre următorul profil al populației de consumatori actuali (în ultimele 30 de zile) de opiacee administrate injectabil, admiși la tratament în anul 2014: bărbat (81,9%), din grupa de vârstă 25-34 ani (61,5%), rezident în zona București-Ilfov (86,1%).

În ceea ce privește populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați, în 2014, în programele de schimb de seringi (2694 persoane), 50,6% dintre aceștia reprezintă consumatori de opiacee (fără a considera cazurile celor care au declarat consumul combinat al mai multor droguri), iar 48,73% sunt consumatori de heroină. Procentual, datele sunt comparabile cu cele înregistrate în anul anterior – 52,2% dintr-un total de 5148 consumatori de droguri injectabile consumaseră în 2013, în ultimele 30 de zile, heroină.

2.3.3. Bolile infecțioase asociate consumului de opioide

Din analiza cazurilor de consumatori actuali de opiacee injectabile (care și-au administrat drogul în ultimele 30 de zile), admiși la tratament în 2014, rezultă următoarele informații privind prevalența HIV, HVB și HVC în rândul acestei sub-populații:

În funcție de statusul serologic auto-declarat de beneficiari, în anul 2014, se înregistrează o prevalență a HIV de 26,5%, a HVC de 65,2% și a HVB de 10%, cifre similare cu cele înregistrate în cazul întregii populații de consumatori de droguri injectabile aflați în tratament.

Analiza de tendință a prevalențelor înregistrate pentru bolile infecțioase în rândul consumatorilor de opiacee injectabile aflați în tratament indică evoluții foarte apropiate de cele ale întregii populații de consumatori injectabili aflați de-a lungul timpului în serviciile specializate de asistență, consumul de opiacee (preponderent de heroină) fiind modelul tradițional de consum injectabil în România.

Considerând statusul serologic identificat în urma testării rapide în timpul tratamentului, în anul 2014, se înregistrează o prevalență de 7,5% pentru HIV, 67,3% pentru HVC și 11,7% pentru HVB, confirmând în mare măsură, în cazul hepatitelor virale, datele înregistrate pentru cei care și-au declarat statusul serologic la admitere și în foarte mică măsură pe cele referitoare la infecția cu HIV.

2.3.4. Tratatamentul pentru heroină și alte opioide

Opiaceele se află pe primul loc în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (42%) în anul 2014. Din această clasă, heroina este substanța pentru care s-au înregistrat cele mai multe admiteri la tratament, procentul fiind același ca și pentru canabis (38%). Dar, spre deosebire de consumatorii de canabis din serviciile specializate, populația consumatoare de opiacee (74%), respectiv heroină este reprezentată de persoane care au mai fost în tratament (70%).

70% dintre consumatorii cu vârsta cuprinsă în intervalul 30-34 ani și 82% dintre cei din grupa de vârstă 35-39 ani din serviciile de tratament din anul 2014 au declarat opiaceele ca și drog principal de consum, ceea ce demonstrează că subpopulația de consumatori de opiacee aflată în asistență este o cohortă mai în vârstă, comparativ cu alte cohorte analizate anterior. Deși diferența între vârsta medie la intrarea în servicii pentru heroină și metadonă este de doar 2 ani, perioada medie de latență între vârsta de debut în consum și vârsta medie de intrare în tratament este de 7 ani, ceea ce poate însemna un consum combinat de heroină cu metadonă și nu propriu-zis un consum doar de metadonă a populației care s-a adresat serviciilor de tratament în anul 2014.

Populația din tratament a declarat vârste de debut în consumul de opiacee, respectiv heroină asemănătoare cu cele pentru canabis, 42% menționând că au debutat în consumul de opiacee la vârste cuprinse între 15 și 19 ani.

Din perspectiva integrării pe piața muncii, o proporție foarte mare (45,4%) sunt persoane fără ocupație. De asemenea, 27,3% dintre consumatorii de opiacee aflați în tratament au antecedente penale. Marea majoritate au o locuință stabilă (87,7%), mai mult de jumătate au copii (52,4%).

Serviciile de tratament pentru consum de opiacee, respectiv heroină sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, s-a înregistrat în anul 2014 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament: 45% dintre

persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în centre de tip ambulatoriu au declarat opiaceele, respectiv heroina ca și drog principal de consum, 32% din cazurile înregistrate în regim de tip rezidențial (internare) au fost pentru consum de opiacee (24% pentru heroină), iar 46% dintre serviciile de tratament în regim penitenciar au fost pentru consum de opiacee, respectiv heroină.

2.3.5. Alte consecințe ale consumului de opiacee

2.3.5.1. Urgențe medicale datorate consumului de opiacee

În 2014, au fost raportate 460 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opiacee (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o menținere a acestei problematice la nivelul anului anterior, când au fost înregistrate 449 astfel de cazuri. În 81,3% dintre cazuri, persoanele au apelat o singură dată în anul 2014 la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de droguri.

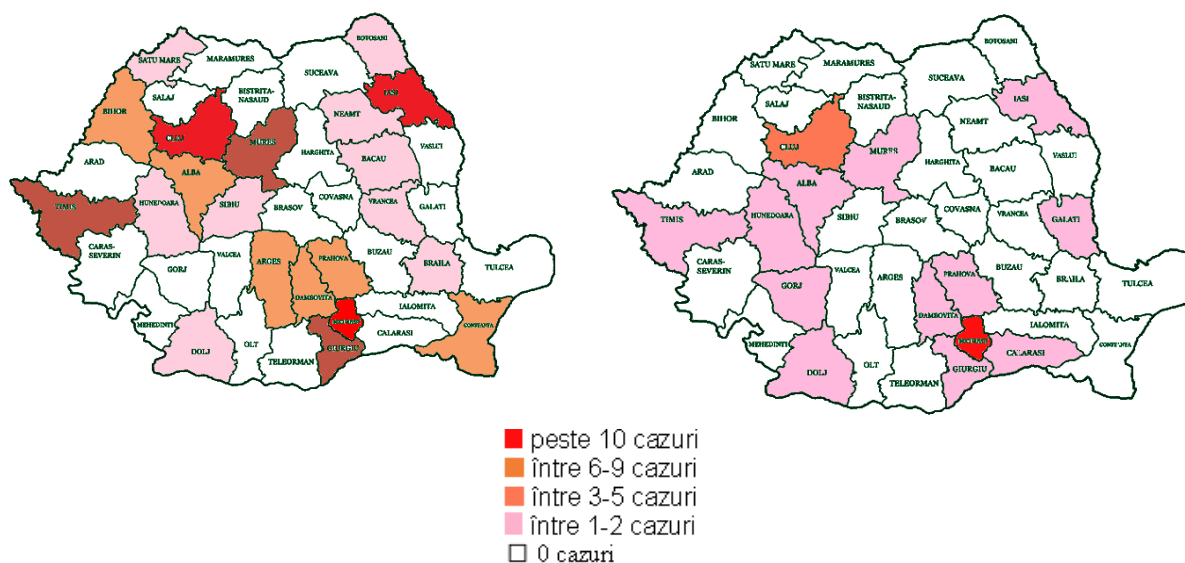
În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2014, opiaceele au fost menționate în 25,6% dintre cazuri (consum singular sau în combinație), față de 29,9% câte au fost în anul anterior.

Peste jumătate (55,9%) dintre persoanele care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme determinate de consumul de opiacee aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, în 19,8% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta sub 24 ani. În aproape trei sferturi din această cazuistică, persoanele erau de sex masculin (72,2%).

Opiaceele au fost menționate în consumul de droguri multiple pentru 44,6% (față de 60,5% în 2013) dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de opiacee. Cel mai frecvent, acestea au fost utilizate în combinație cu SNPP – 30,7% (față de 23,1%), cu diverse medicamente – 27,6% (față de 34,4%), respectiv cu cannabis – 16,3% (față de 20,3%).

În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opiacee, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (unde se înregistrează aproape trei sferturi din cazuistică – 74,6%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în alte două județe mari ale României – Cluj și Iași, cele două unități teritoriale, cumulând 14,1% din toată cazuistica.



Harta 2-3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri)



Sursa: ANA

Cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de opiacee (singular sau în combinație) au fost diagnosticate cu “sevrăj” (27,8% față de 25,4%). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu “intoxicație” (24,6% față de 16,5%), urmate de cazurile diagnosticate cu “utilizare nocivă” (21,7% față de 10,5%) și de cele din categoria “dependență” (15,9% față de 30,4%). Urmează cele încadrate la “tulburări mentale și de comportament” (8,7% față de 9,4%) și cazurile diagnosticate cu “alte diagnostice” (1,3% față de 7,6%).

Tabel 2-4: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de opiacee

	Masculin	Feminin	Total
			
	72,2%	27,8%	460
Vârsta			
vârsta medie:	30,38	30,76	30,42
vârsta minimă:	12	14	12
cea mai frecventă vârstă:	31	26	31
Modelul consumului			
consum singular:	56,9%	51,6	55,4%
consum de droguri multiple:	43,1%	48,4	44,6%
Diagnosticul de urgență			
intoxicație	22,9%	28,9%	24,6%
utilizare nocivă	20,2%	25,8%	21,7%

dependență	16,6%	14,1%	15,9%
sevrăj	29,5%	23,4%	27,8%
tulburări psihotice și de comportament	9,9%	5,5%	8,7%
alte diagnostice	0,9%	2,3%	1,3%
recoltare	0,0%	0,0%	0,0%
Calea de administrare			
oral	11,5%	24,7%	14,8%
pulmonar sau fumat	4,2%	3,4%	4,0%
intranazal sau prizat	0,8%	1,1%	0,9%
parenteral sau intravenos	56,1%	46,1%	53,6%
inhalare	0,0%	0,0%	0%
mixt dar neinjectabil	6,5%	3,4%	5,7%
mixt inclusiv injectabil	21,0%	21,3%	21,1%

Sursa: ANA

În majoritatea cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de opiacee, drogurile au fost administrate pe cale injectabilă (74,6% față de 70,9%).

În privința altor comorbidități asociate consumului de opiacee, se observă că aproape o treime (32,1%) dintre persoanele prezentate în secțiile de urgență pentru consum de opiacee erau purtătoare ale virusului hepatic C, 17,4% erau infectate cu HIV, în timp ce, 2,9% erau diagnosticate cu hepatita B.

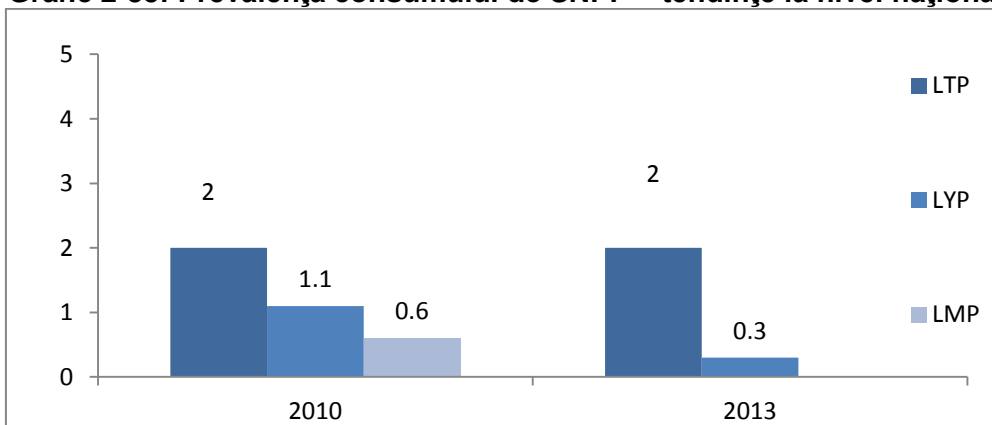
În privința statusului ocupațional pe care îl au persoanele consumatoare de opiacee care au apelat la serviciile de urgență în 2014, două treimi dintre acestea (66,5%) au declarat că sunt fără ocupație, în timp ce, doar 15,6% lucrează cu contract pe perioadă determinată sau nedeterminată.

2.4.SUBSTANȚELE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE

2.4.1.Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de SNPP

În cadrul studiilor în populația generală, consumul de SNPP și-a făcut simțită prezența în 2010, când au fost identificate prevalențe pentru toate perioadele de consum studiate: 2% - prevalență de-a lungul vieții, 1,1% - prevalență în ultimul an și 0,6% - prevalență în ultimele 30 de zile. Comparativ cu aceste date, în 2013, se înregistrează doar consum experimental de SNPP, care se menține la valoarea observată în 2010, respectiv consum recent, care scade cu 73%, față de 2010.

Grafic 2-35: Prevalența consumului de SNPP – tendințe la nivel național



Sursa: ANA

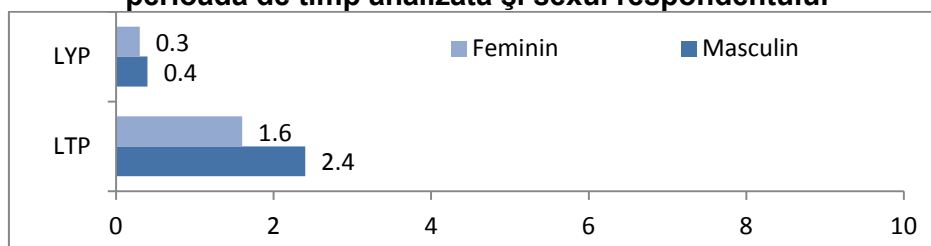
Conform rezultatelor GPS 2013, după cannabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), cunoscute și sub denumirea de „etnobotanice”. Astfel, 2% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani inclusă în eșantion a experimentat consumul de SNPP, în timp ce, doar 0,3% dintre persoanele intervievate au declarat consum de SNPP în ultimul an. În schimb, pentru acest tip de drog nu s-a înregistrat consum actual, ceea ce poate să însemne că acest model de consum a intrat într-un real declin.

Rata de continuare a consumului recent de SNPP, respectiv proporția celor care au consumat cel puțin o dată în viață SNPP (LTP) și care au făcut acest lucru și în ultimele 12 luni (LYP), este 15,4%. Aceste date indică o rată foarte mare de abandonare a acestui model de consum după o eventuală experimentare a sa.

Atât în ceea ce privește consumul experimental de SNPP, cât și în privința celui recent, se observă prevalențe mai mari în rândul populației de sex masculin: 2,4% față de 1,6%, respectiv 0,4% față de 0,3%).

Cel mai mic raport bărbați/ femei s-a înregistrat în cazul consumului recent (1,33:1), în timp ce, pentru consumul experimental se înregistrează un raport de 1,5:1 în favoarea bărbaților.

Grafic 2-36: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului



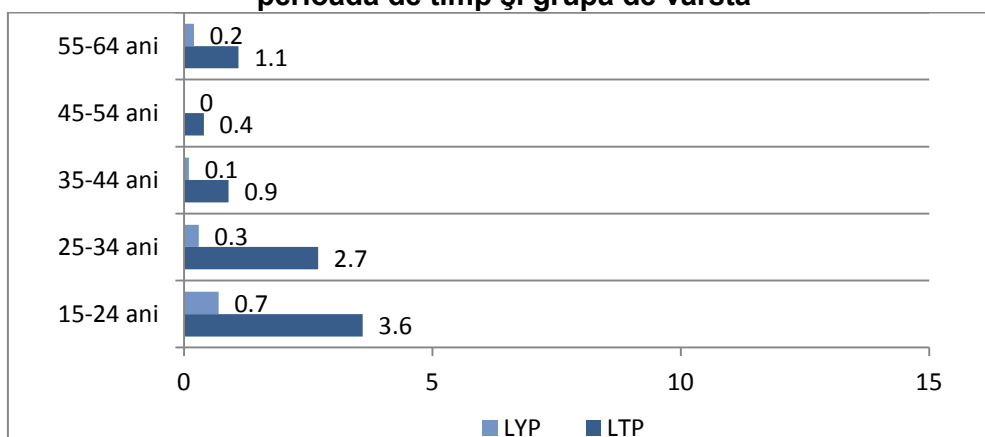
Sursa: ANA

Pe categorii de vârstă, cele mai mari prevalențe ale consumului de SNPP se înregistrează în rândul populației tinere: 15-24 ani - 3,6% consum experimental de SNPP, respectiv 0,7%

consum recent de SNPP - și 25-34 ani - 2,7% consum experimental de SNPP, respectiv 0,3% consum recent de SNPP.

În cazul populației adulte, consumul de SNPP este mai mare în rândul categoriei de vârstă 55-64 ani, atingând o prevalență de-a lungul vieții de 1,1%, respectiv o prevalență în ultimul an de 0,2%. Pentru celelalte categorii de vârstă, consumul experimental de SNPP se situează sub 1%, fiind 0,9%, pentru categoria de vârstă 35-44 ani, respectiv 0,4%, pentru categoria de vârstă 45-54 ani, în timp ce, nu se observă consum recent pentru aceste categorii de vârstă.

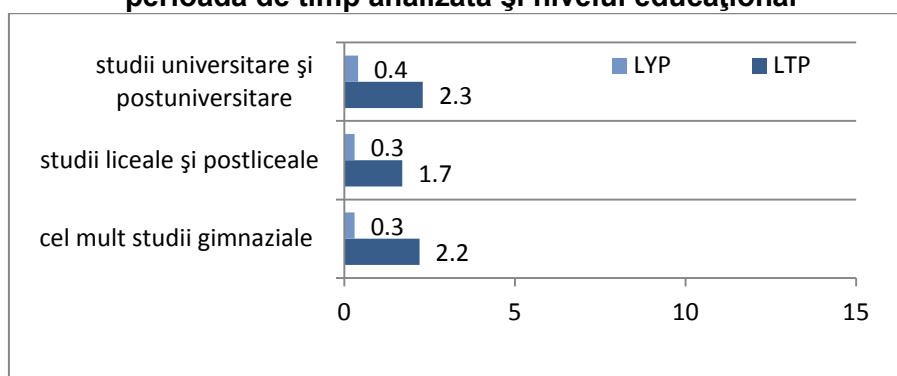
Grafic 2-37: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă



Sursa: ANA

Cele mai ridicate prevalențe ale consumului pentru acest tip de drog, se observă în rândul respondenților care au studii universitare și postuniversitare (2,3%, respectiv 0,4%), aceștia fiind urmași de cei care au absolvit cel mult studii gimnaziale (2,2%, respectiv 0,3%). Rezultatele sunt explicabile, pe de o parte prin prisma existenței unei prevalențe ridicate a acestui tip de consum în rândul categoriilor de vârstă 15-24 ani și 25-34 ani.

Grafic 2-38: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional

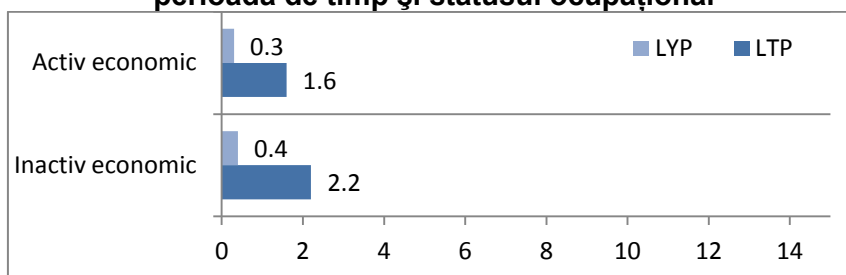


Sursa: ANA

În privința statusului economic, se constată prevalențe de aproape 5 ori mai mari în rândul persoanelor considerate „inactive economic”, indiferent de perioada de timp considerată ca

referință: 2,2% consum experimental de SNPP în rândul persoanelor „inactive economic”, față de 0,4% în rândul celor „active economic”, respectiv 1,6% consum recent, față de 0,3%.

Grafic 2-39: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional

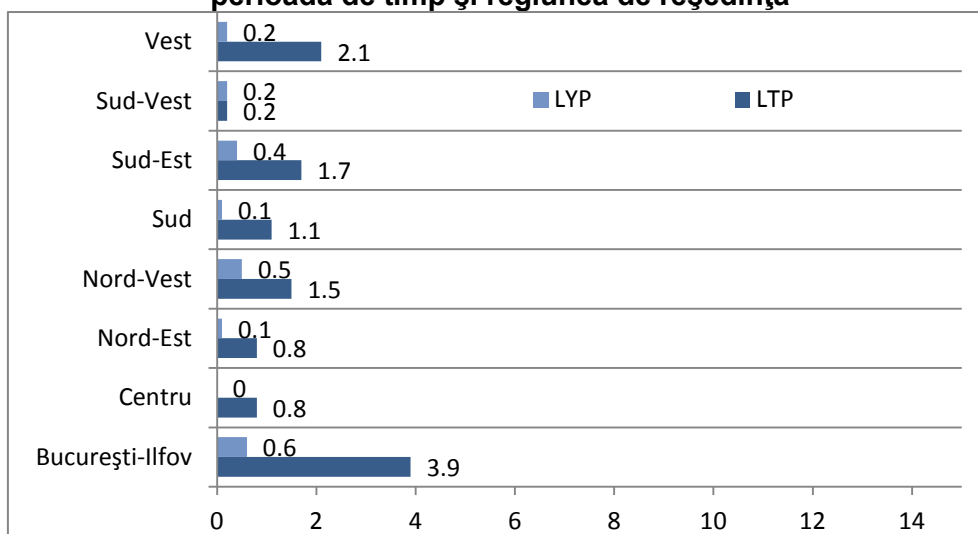


Sursa: ANA

În funcție de mediul de rezidență, ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri ilicite, se constată un consum predominant de SNPP în mediul urban, indiferent de perioada de timp considerată ca și perioadă de referință, 2,8% dintre respondenții care locuiesc în mediul urban au declarat consum experimental de SNPP, față de doar 0,4% dintre cei care își au rezidența în mediul rural, în timp ce, 0,4% dintre cei din mediul urban au declarat consum de SNPP în ultimul an, față de 0,1%, în mediul rural. Între cele două medii de rezidență analizate (urban/ rural) și consumul experimental de SNPP, se observă diferențe semnificative din punct de vedere statistic și o asociere pozitivă de intensitate slabă ($\varphi(\text{phi}) = 0,078$; $p = 00$).

Ca și în cazul canabisului, în toate regiunile țării, se înregistrează consum experimental de SNPP. În schimb, în cazul consumului recent de SNPP, singura regiune în care rezultatele indică lipsa acestui tip de consum este regiunea Centru. Cele mai mari prevalențe se înregistrează în regiunea București-Ilfov (3,9% au declarat consum de SNPP cel puțin o dată în viață, iar 0,6% în ultimul an).

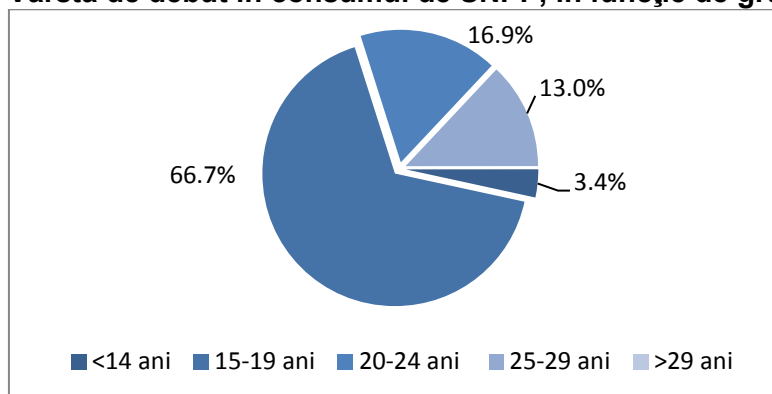
Grafic 2-40: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință



Sursa: ANA

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de SNPP, a fost 12 ani. Peste 70% dintre respondenți au debutat în consumul de SNPP la vârste mai mici de 19 ani, 16,9% au început acest tip de consum între 20 și 24 ani, în timp ce, doar 13% dintre ei au experimentat consumul de SNPP după 25 ani.

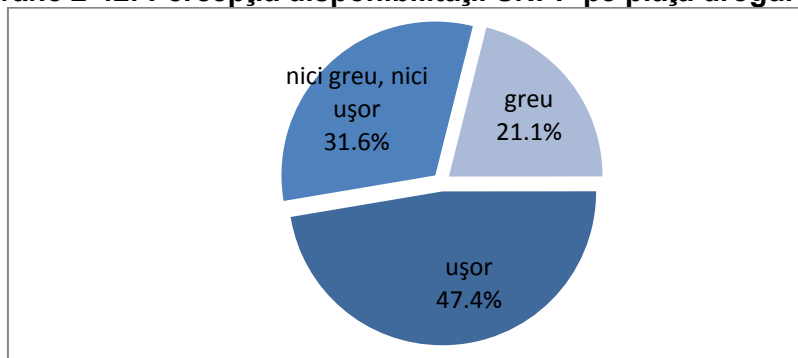
Grafic 2-41: Vârsta de debut în consumul de SNPP, în funcție de grupa de vârstă



Sursa: ANA

Referitor la dificultățile întâmpinate în ultimul an, în scopul procurării SNPP, într-un interval de 24 ore, 47,4% dintre cei care au declarat că au consumat SNPP în perioada de referință, consideră că au intrat în posesia drogurilor cu ușurință, în timp ce, peste o cincime (21,1%) apreciază ca fiind dificilă achiziționarea acestora.

Grafic 2-42: Percepția disponibilității SNPP pe piața drogurilor



Sursa: ANA

2.4.2. Consecințe ale consumului de SNPP

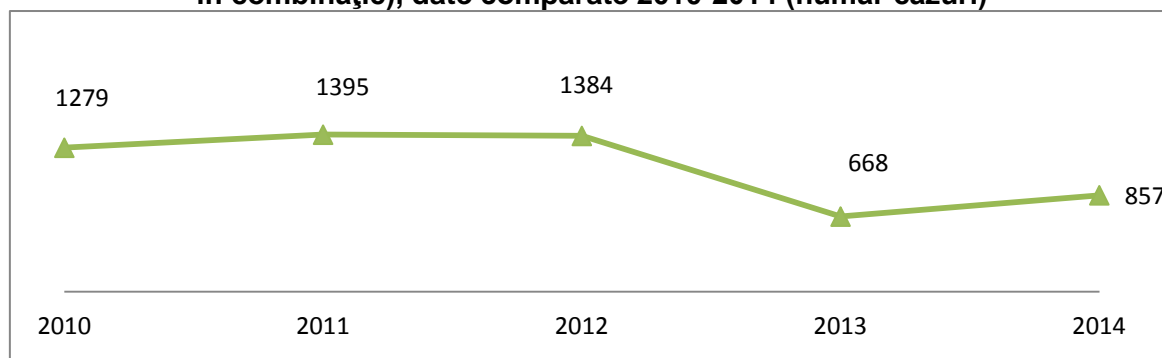
2.4.2.1. Urgențe medicale datorate consumului de SNPP

În 2014, au fost raportate 857 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opiacee (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o creștere cu 28,5% față de anul anterior, când au fost înregistrate 668 astfel de cazuri. În cea mai mare parte a cazurilor (84,8%), a fost vorba despre persoane care au apelat o singură dată în acel an la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de droguri.

Deși față de perioada 2010-2012, s-a restrâns substanțial cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (scădere cu 38,6%, față de

vârful perioadei înregistrat în 2011), acestea, prin consecințele asupra sănătății, pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihoactive, continuă să ocupe locul central în problematica urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2014, fiind menționate în 47,8% dintre cazuri.

Grafic 2-43: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de SNPP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2014 (număr cazuri)



Sursa: ANA

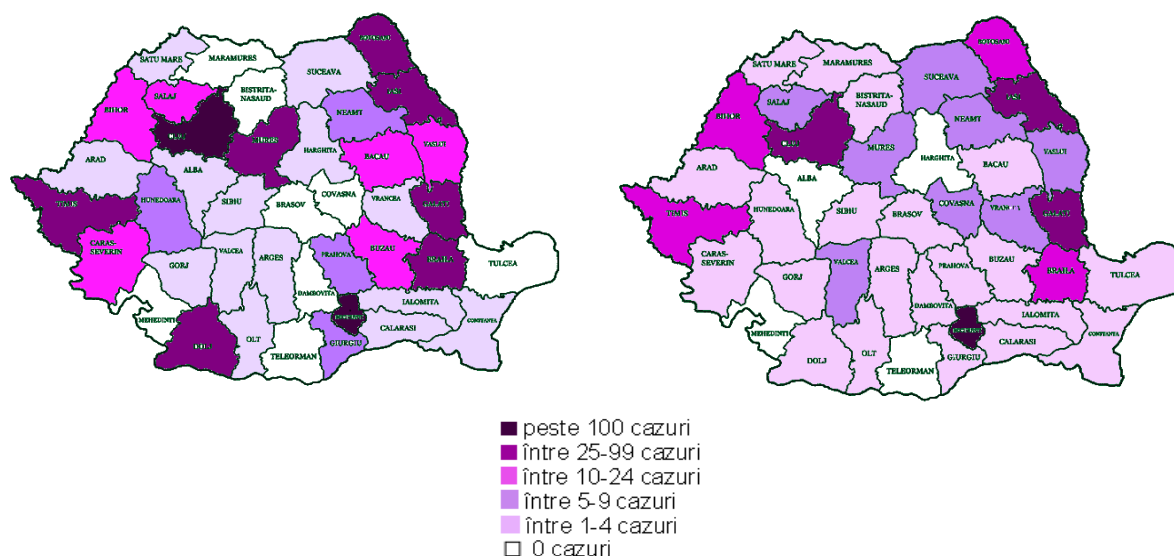
Astfel, în 47,8% (față de 44,4% în 2013) dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, a fost raportat consum singular sau în combinație de SNPP.

Din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consumul de SNPP, în 31,5% (față de 41,5% în 2013) a fost raportat consumul de droguri multiple, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu cannabis – 27,2% (față de 32,4% în 2013) din totalul cazurilor de consum de droguri multiple, cu alcoolul - 25,8% (față de 23,4%), cu opiaceele – 21,7% (față de 20,8%) și cu medicamentele – 10,7% (față de 10,1%).

Ca și în anii anteriori, cea mai mare pondere a cazurilor de urgență în care s-a raportat consum de SNPP (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu „intoxicație” (64,8% față de 55,0% în 2013). Pe poziția a doua, se situează cazurile diagnosticate cu „utilizare nocivă” (15,5% față de 14,4%), urmate de cazurile diagnosticate cu „tulburări mentale și de comportament” (9,2% față de 11,5%), de cele diagnosticate cu „dependență” (6,2% față de 10,0%), de cele diagnosticate cu „sevrăj” (3,4% față de 3,3%) și de cele diagnosticate în categoria „alte diagnostice” (0,9% față de 5,1%). Se observă creșterea ponderilor cazurilor diagnosticate cu „intoxicație” sau „dependență”, în detrimentul celor încadrate în categoria „alte diagnostice”.

La nivelul țării, zona teritorială care înregistrează o problematică semnificativă a cazuisticii de urgență datorată consumului de astfel de substanțe este la fel de extinsă, aceasta rămânând însemnată doar în 4 unități teritoriale (Municipiul București, Iași, Cluj, Galați), unde se cumulează aproape două treimi (60,0% față de 61,2% în 2013) din toată cazuistica înregistrată la nivel național.

Harta 2-4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de SNPP, date comparate 2013-2014 (număr cazuri)





Sursa: ANA

În aproape jumătate din cazurile de urgență, în care s-a raportat consum de SNPP, s-a optat pentru administrarea pulmonară sau prin fumat (53,3% față de 45,0% în 2013), în timp ce, în 20,5% (față de 22,2% în anul anterior) administrarea s-a făcut parenteral sau intravenos. De remarcat faptul că, între cele două sexe, există diferențe statistice semnificative, femeile remarcându-se prin administrarea parenterală sau intravenoasă a SNPP într-o proporție mai mare.

Comparativ cu anul anterior, se înregistrează o creștere a ponderii persoanelor care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de SNPP și care aveau vârsta sub 24 ani, de la 49,6% în 2013, la 57,3% în 2014. În continuare, se menține o pondere importantă a persoanelor cu vârsta mai mică de 34 ani (88,4% față de 86,8% în 2013) care au acuzat probleme de sănătate cauzate de consumul de SNPP (singular sau mixt).

Ca și caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de SNPP, se observă că aproape o treime (32,3%) dintre aceștia sunt elevi sau studenți, 47,8% sunt fără ocupație, în timp ce, doar 13,1% dintre ele sunt persoane active din punct de vedere economic, angajate cu contract pe perioadă nedeterminată sau determinată.

Tabel 2-5: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat în 2014 la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de SNPP

	Masculin	Feminin	Total
	 82,5%	 17,5%	857
Vârsta			
vârsta medie:	24,13	23,59	24,02
vârsta minimă:	7	13	7
cea mai frecventă vârstă:	18	23	18
Modelul consumului			
consum singular:	68,6%	67,1%	68,5%
consum de droguri multiple:	31,4%	32,9%	31,5%
Diagnosticul de urgență			
intoxicație	66,5%	55,7%	64,8%
utilizare nocivă	13,8%	24,2%	15,5%
dependență	6,4%	5,4%	6,2%
sevraj	3,4%	3,4%	3,4%
tulburări psihotice și de comportament	9,1%	10,1%	9,2%
alte diagnostice	0,9%	1,3%	0,9%
recoltare	0,0%	0,0%	0,0%
Calea de administrare			
oral	8,2%	5,7%	7,7%
pulmonar sau fumat	56,6%	38,6%	53,3%
intranazal sau prizat	1,3%	2,3%	1,5%
parenteral sau intravenos	17,9%	31,8%	20,5%
inhalare	0,0%	0,0%	0,0%
mixt dar neinjectabil	9,7%	5,7%	9,0%
mixt inclusiv injectabil	6,3%	15,9%	8,1%

Sursa ANA

2.5.SURSE DE DATE UTILIZATE

Agencia Națională Antidrog (2015). Studiul național în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri GPS – 2013. *Studii în domeniul drogurilor*, 2, (1). <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>

Agencia Națională Antidrog (2011). Cercetare la nivelul municipiului București în rândul populației consumatorilor problematici de droguri neinstituționalizați, în vederea evaluării riscului/ gradului de excludere socială cu care se confruntă aceste persoane. *Studii în domeniul drogurilor*, 1, (1).

<http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final-1.pdf>

Agencia Națională Antidrog (2013). Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD – 2011. *Studii în domeniul drogurilor*, 1, (2). <http://www.ana.gov.ro/studii/Studiu%20ESPAD%202013%20rev%202015.pdf>

2.6.METODOLOGIE

Pentru GPS 2013, universul cercetării l-a reprezentat populația României, conform rezultatelor Recensământului Populației din 2011, cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani.

Dimensiunea eșantionului a fost de 7200 persoane, de cetățenie română, cu domiciliul stabil în România, din care 5700 persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, selectate la nivel național, la care s-au adăugat 1500 tineri cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani, selectați din Municipiul București, reprezentând o supraeșantionare la nivelul acestei zone și pentru această categorie de populație.

Metoda de eșantionare a fost una probabilistică, stratificată, multistadială și sistematică, variabilele de stratificare fiind:

- cele 8 zone de dezvoltare ale României: Nord-Vest, Nord-Est, Vest, Centru, Sud-Vest, Sud, Sud-Est, București-Ilfov
- județul
- mediul de rezidență: urban (divizat pe 3 categorii: municipiu-reședință, municipii, orașe) și rural
- grupa de vârstă: 15-19 ani, 20-24 ani, 25-29 ani, 30-34 ani, 35-39 ani, 40-44 ani, 45-49 ani, 50-54 ani, 55-59 ani, 60-65 ani
- sexul: masculin, feminin

La nivel național, eșantionul a avut o marjă maximă de eroare de +/- 1,2%, la un nivel de încredere de 95%, având ca limite ale intervalului de încredere 0,488451 și 0,511549. La nivelul regiunilor de dezvoltare economică, cea mai mică eroare de eșantionare s-a înregistrat pentru Regiunea București-Ilfov (+/- 2,1% datorată în principal supraeșantionării efectuate), în timp ce, cea mai mare eroare a fost pentru Regiunea Vest (+/- 4,2%).

Selecția localităților a fost realizată aleator în fiecare strat, iar selecția respondenților s-a făcut aleator pentru fiecare localitate, grupă de vârstă și sex, din lista cu persoanele care întruneau caracteristicile respective din localitățile selectate.

Colectarea datelor a fost realizată de un furnizor de servicii, specializat în sondaje de opinie, și a fost finanțată prin intermediul Acordului de finanțare, semnat între Observatorul European de Droguri și Toxicomanii și ANA.

Chestionarul a cuprins 15 secțiuni (date socio-demografice, alcool, tutun, medicamente fără prescripție medicală - tranchilizante, barbiturice și antidepresive, droguri ilegale – cannabis,

ecstasy, amfetamine, cocaină, crack, heroină, LSD, solvenți și substanțe inhalante, ciuperci halucinogene, metadonă, ketamină, ecstasy lichid, substanțe noi cu proprietăți psihoactive). S-a utilizat un chestionar cu 285 întrebări care se referă la cunoștințele, atitudinile și practicile de consum. Comparativ cu studiile anterioare, chestionarul a fost îmbunătățit, atât în ceea ce privește structura, cât și în ceea ce privește conținutul său. Astfel, au fost adăugate scalele specifice pentru măsurarea consumului abuziv de alcool (*Testul Audit - Alcohol Use Disorders Identification Test*), respectiv pentru evaluarea consumului problematic de canabis (*Scala CAST - Cannabis Abuse Screening Test*).

Colectarea datelor s-a realizat în perioada noiembrie-decembrie 2013.

Ca metodologie de aplicare, pentru colectarea datelor s-au utilizat două metode: chestionar auto-aplicat și interviul față în față. În acest sens, chestionarul studiului a fost structurat în două părți distincte, care au fost broșate separat.

O parte a chestionarului, care a cuprins toate întrebările orientate către evaluarea consumului de medicamente fără prescripție medicală și droguri ilicite (inclusiv SNPP), a fost completată direct de către respondent, cu excepția cazului în care acesta nu știa să citească sau suferea de afecțiuni fizice majore care îl puneau în imposibilitatea de a completa singur chestionarul, caz în care întrebările au fost adresate în cadrul unui interviu față în față. Pe durata auto-completării chestionarului, operatorul de teren s-a retras, astfel încât prezența sa să nu influențeze sinceritatea răspunsurilor respondentului. La final, chestionarul a fost introdus într-un plic, iar apoi plicul închis și sigilat a fost depus într-o urnă mobilă, aflată în dotarea operatorului de teren.

Cea de-a doua parte a chestionarului (conținând toate celelalte întrebări) au fost adresate în cadrul unui interviu față în față, de către operatori instruiți.

Pentru persoanele fără un istoric de consum aplicarea chestionarului a durat aproximativ 30 minute, în timp ce, pentru cele cu un istoric de consum, completarea chestionarului s-a întins pe o durată de maxim 60 de minute.

2.7.CONCLUZII

- Deși, față de studiul GPS anterior, se observă o creștere a consumului experimental de droguri ilicite, de la 4,3% la 6,6%, în schimb, pentru consumul recent și cel actual se constată scăderi (de la 3,6% la 2,5%, respectiv de la 1,8%, la 1,1%), ceea ce poate însemna o stabilizare în planul consumului, după explozia determinată de apariția substanțelor noi cu proprietăți psihoactive.
- Diferențele de tendință, înregistrate în ceea ce privește consumul oricărui tip de drog, respectiv creștere a consumului experimental și scădere a consumului recent și a celui actual, pot fi explicate prin evoluția consumului de SNPP, care cunoaște stabilizare de-a lungul vieții și scădere în ultimul an și în ultima lună.

- Măsurile luate atât în planul reducerii cererii de droguri, prin numeroasele proiecte de prevenire derulate în perioada 2011-2013, cât și în cel al combaterii, prin activitățile de control derulate la nivel teritorial de echipele mixte, și-au dovedit eficacitatea, determinând o menținere a consumului experimental de SNPP la nivelul studiului anterior, în timp ce, consumul recent și cel actual cunosc o scădere semnificativă.
- România continuă să se numere printre țările europene cu cel mai scăzut consum de droguri, fiind pentru majoritatea drogurilor sub media europeană a consumului.
- Deși pentru consumul de cannabis se înregistrează cea mai semnificativă creștere, România se numără printre statele cu cea mai mică prevalență a acestui tip de consum (locul 27 din 29 de state raportoare).
- Dezbaterile publice, purtate atât la nivel mondial și european, cât și la nivel național, privind oportunitatea legalizării consumului de cannabis au determinat un interes crescut în rândul populației generale, în special în rândul tinerilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 24 ani, ceea ce poate explica în parte tendința crescătoare înregistrată pentru consumul de cannabis.

3. PREVENIRE

3.1. REZUMAT

Corelat cu abordările științifice în domeniu, scopul asumat al politicilor de intervenție antidrog la nivel național a fost prevenirea, întârzierea debutului sau reducerea consumului de droguri și/ sau a efectelor negative ale acestuia în cadrul populației generale sau a subpopulațiilor identificate ca fiind vulnerabile/ la risc. Astfel, toate demersurile tehnice, concretizate în programe, proiecte și activități derulate la nivel național sau local, au fost subsumate obiectivelor tehnice globale de prevenire: întârzierea debutului consumului de droguri, promovarea comportamentelor de nonconsum, reducerea frecvenței și/ sau cantității în cazul utilizării, prevenirea trecerii de la consumul recreațional de uz/ abuz/ dependență, prevenirea sau reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri. În acord cu documentele programatice și cu evidențele științifice, a continuat consolidarea sistemului național de prevenire a consumului de droguri, prin dezvoltarea de programe, proiecte și intervenții universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate. Majoritatea programelor de prevenire au avut ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației generale, școlare și grupurilor vulnerabile privind efectele consumului de alcool, tutun, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, precum și dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul acestor categorii de populație, prin orientarea grupurilor țintă către activități recreaționale dezirabile social, ca alternativă la consumul de droguri. În același timp, în perioada de referință au fost dezvoltate și programe de prevenire orientate spre formarea și consolidarea abilităților personale cu rol de factori de protecție în prevenirea consumului de droguri (abilități de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor, gestionarea stresului și agresivității, rezolvarea de probleme, abilitatea de a face față presiunii grupului, de adoptare a deciziilor etc). Concret, în principal prin strategii de dezvoltare sau consolidare a factorilor de protecție, dar și prin informarea și conștientizarea asupra factorilor de risc, beneficiarii programelor de prevenire a consumului de droguri, selectați pe baza studiilor științifice, au fost abordați într-o manieră actuală și coerentă, în scopul capacitării adaptării acestora la normele sociale, la condițiile socio-economice și culturale actuale, precum și la influențele pozitive/ negative ale grupului de egali.

3.2.PROFIL NAȚIONAL

3.2.1.Politici și organizare

3.2.1.1.Obiectivele politicilor publice în domeniul prevenirii consumului de droguri

În conformitate cu documentele programatice în domeniu - **Strategia națională antidrog 2013-2020, respectiv Planul de acțiune pentru implementarea SNA 2013-2016, aprobate prin H.G. nr. 784/ 2013¹⁶** – obiectivul general în domeniul prevenirii consumului de droguri este reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire, în concordanță cu evidențele științifice, sistem ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate.

Obiectivele specifice subsumate mediului de implementare a programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire sunt:

- **Prevenirea în școală:**

OS 1. Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației școlare în vederea neînceperii consumului de droguri, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber;

OS 2. Creșterea nivelului de informare, sensibilizare și conștientizare a populației școlare în vederea evitării transformării consumului experimental și ocazional în consum regulat, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber.

- **Prevenirea în familie:**

OS 1. Creșterea nivelului de sensibilizare și responsabilizare a familiilor în vederea oferirii de modele pozitive copiilor, în cadrul programelor de informare, educare și conștientizare cu privire la efectele consumului de droguri;

OS 2. Dezvoltarea rolului proactiv al familiilor în viața copiilor în vederea formării sau întăririi abilităților pentru creșterea influenței factorilor de protecție.

- **Prevenirea în comunitate:**

1. Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție în cadrul grupurilor vulnerabile, corelat cu nevoile și particularitățile acestora;

2. Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție la categoriile profesionale care sunt predispuse consumului de droguri, corelat cu nivelul de responsabilitate socială și particularitățile acestora;

3. Adoptarea unui stil de viață sănătos la nivelul populației generale, ca alternativă la consumul de droguri, în cadrul programelor de petrecere a timpului liber.

- **Campaniile de reducere a cererii de droguri:**

¹⁶ publicat în Monitorul oficial al României nr. 702 bis din 15 noiembrie 2013

1. Creșterea nivelului de informare și conștientizare a populației generale și a populației la risc asupra efectelor, riscurilor și consecințelor negative ale consumului de droguri în vederea neînceperii sau întârzierii debutului consumului de droguri;
2. Creșterea nivelului de informare și sensibilizare a populației generale cu privire la aspectele medicale, psihologice și sociale ale consumului și dependenței de droguri în vederea diminuării stigmatizării și marginalizării sociale a consumatorilor de droguri;
3. Creșterea nivelului de implicare a mediilor de comunicare în masă în promovarea și susținerea programelor de prevenire a consumului de droguri.

3.2.1.2. Structuri responsabile pentru dezvoltarea și implementarea de intervenții pentru prevenirea consumului de droguri

În contextul politicii naționale în domeniul drogurilor, **coordonarea** elaborării și implementării politicilor publice de prevenire a consumului de droguri se realizează pe **orizontală**, între diferite ministere și administrații la nivel național, și pe **verticală**, de la nivel guvernamental către nivelul regional și local, **pe baza principiului responsabilității sociale**.

Responsabilitatea coordonării generale a politicilor de prevenire aparține **Agenției Naționale Antidrog**, instituție specializată din cadrul Ministerului Afacerilor Interne, abilitată prin lege să coordoneze la nivel național răspunsul la fenomenul drogurilor.

Coordonarea pe verticală a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire a consumului de droguri, la nivelul Agenției Naționale Antidrog, se face prin cele 47 Centre Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog.

Actorii sociali guvernamentali implicați în elaborarea și implementarea programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire a consumului de droguri sunt:

- **Ministerul Educației și Cercetării Științifice** care, subsumat misiunii sale de asigurare a managementului sistemului național de învățământ, incluzând implementarea obiectivelor educaționale pe niveluri și profiluri de învățământ, elaborează și implementează, în cele mai multe cazuri, în parteneriat cu alte instituții publice sau ONG-uri, programe, proiecte și intervenții extracurriculare de prevenire universală și/ sau selectivă a consumului de droguri în mediul școlar, inclusive programe alternative de petrecere a timpului liber.

Pe verticală, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire, în cadrul Ministerului Educației și Cercetării Științifice, se face prin inspectoratele școlare județene, respectiv Inspectoratul Școlar al municipiului București.

- **Ministerul Sănătății** are ca misiune cadru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, prin asigurarea accesului echitabil al tuturor categoriilor de populație la serviciile esențiale și optimizarea acestor servicii, **cu accent pe serviciile și intervențiile cu**

caracter preventiv, inclusiv prin programe, proiecte, campanii și intervenții de prevenire universală a consumului de alcool și tutun.

Ministerul Sănătății, în calitatea sa de coordonator și integrator al politicilor de sănătate publică, poate iniția propuneri de acte normative sau lege ferenda în domeniul prevenirii consumului de alcool și tutun și dezvoltării serviciilor de asistență pentru consumatorii și consumatorii dependenți de alcool și tutun.

Pe verticală, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor, campaniilor de informare publică și intervențiilor de prevenire, în cadrul Ministerului Sănătății, se face prin Direcțiile de Sănătate Publică, respectiv Direcția de Sănătate Publică a municipiului București.

• **Ministerul Afacerilor Interne prin 3 structuri:**

- **Agencia Națională Antidrog** care, în contextul misiunii sale de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice antidrog, prin creșterea calității programelor de prevenire universale, selective și indicate a consumului de droguri și serviciilor de asistență integrată medicală, psihologică și socială, asigură cadrul normativ și metodologic pentru dezvoltarea programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire adresate populației generale și grupurilor vulnerabile.
- **Inspectoratul General al Poliției Române (IGPR) care, în contextul misiunii sale de asigurare a unui serviciu public de bază pentru populație, cu finalitate în asigurarea securității și siguranței cetățeanului, dezvoltă și proiecte de prevenire a criminalității organizate, inclusiv de prevenire a consumului de alcool și droguri, prin structura sa de specialitate, respectiv Institutul de Cercetare și Prevenire a Criminalității. Aceasta, prin statutul său de membru al Rețelei Europene de Prevenire a Criminalității, elaborează și implementează proiecte și intervenții de prevenire universală și/ sau selectivă a consumului de droguri.**
- **Pe verticală**, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul IGPR, se face prin Inspectoratele județene de poliție, respectiv Direcția Generală de Poliție a Municipiului București.
- Ministerul Justiției, prin **Administrația Națională a Penitenciarelor, structură** care are ca **misiune** asigurarea (în colaborare cu instituțiile publice de apărare, ordine publică și siguranță națională, cu alte instituții ale statului, precum și cu asociații și organizații nonguvernamentale) organizării și desfășurării activităților educaționale, de asistență psihosocială, care contribuie la responsabilizarea și reintegrarea în societate a persoanelor private de libertate. Subsumat obiectivului instituțional de dezvoltare a programelor educaționale destinate persoanelor aflate în stare privativă de libertate sunt

elaborate și implementate, prin Direcția de Reintegrare Socială, programe, proiecte, campanii și intervenții selective sau indicate de prevenire a consumului de droguri.

Pe verticală, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANP, se face prin intermediul rețelei naționale formate din cele 33 unități penitenciare, 2 penitenciare pentru minori și tineri (Craiova și Tichilești), 1 penitenciar pentru femei la Târgșor, 6 penitenciare spital (București Jilava, București Rahova, Colibași, Dej, Poarta Albă și Târgu Ocna) și 2 centre de reeducare (Buziaș și Târgu Ocna).

- **Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin 2 structuri:**

- **Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului** care, în contextul asigurării monitorizării implementării politicilor publice de protecție a copilului și legislației în materia drepturilor copilului, elaborează și implementează, în colaborare cu alte instituții publice sau organizații neguvernamentale, proiecte și intervenții de prevenire selectivă a consumului de droguri.
- **Pe verticală**, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANPDC, se face prin cele 41 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), respectiv Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, a municipiului București.
- **Departamentul pentru Egalitate de Șanse între Femei și Bărbați** care, subsumat misiunii sale de promovare a egalității de șanse între femei și bărbați și de combatere a stereotipurilor de gen, elaborează și implementează campanii naționale de conștientizare și informare publică pe diverse arii (discriminare, violență domestică etc) care pot include și intervenții de prevenire a consumului de droguri.
- **Ministerul Tineretului și Sportului**, în cadrul programelor naționale pentru tineret și pentru sport, finanțează și organizații neguvernamentale care dezvoltă programe extracurriculare alternative la consumul de droguri.

Pe verticală, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de programelor pentru tineret și sport din cadrul MTS, se face prin cele 41 Direcții județene pentru Sport și Tineret, respectiv de Direcția de Sport și Tineret a municipiului București.

- **Ministerul Afacerilor Externe** care, în contextul misiunii sale de realizarea **politicii externe a statului român**, în concordanță cu **interesele naționale** și cu **statutul României de membru în structurile europene și euroatlantice**, în cadrul proiectelor în domeniul consular poate elabora și implementa, în parteneriat cu alte instituții cheie, campanii de informare publică cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul românilor care călătoresc în străinătate sau celor din diaspora.

- **Autorități publice locale, altele decât cele sus-menționate ca fiind descentralizare sau deconcentrate – Consilii Județene și Consilii locale**, având rol determinant în aprobarea și promovarea strategiilor județene antidrog și în finanțarea proiectelor antidrog ale organizațiilor neguvernamentale.

Structurile societății civile reprezentative care elaborează și implementează, în parteneriat cu instituțiile publice sau alte organizații neguvernamentale și/ sau profesionale, proiecte de prevenire universală sau selectivă a consumului de droguri sunt:

- Biserica Ortodoxă Română,
- Biserica Romano-catolică,
- Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO),
- Federația Internațională a Comunităților Educative din România (FICE România),
- Confederația Caritas România,
- World Vision International,
- Organizația „Salvați Copiii” România,
- Asociația de Luptă Antidrog AMA,
- Asociația „Alianța Internațională Antidrog” (AIA),
- Asociația pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT).

3.3.INTERVENȚII ÎN DOMENIUL PREVENIRII CONSUMULUI DE DROGURI

3.3.1.Introducere

În condițiile în care, conform datelor **Studiului național privind cunoștințele, practicile și atitudinile populației generale (15-64 ani) referitoare la consumul de droguri** 2013, lansat în anul 2015, se înregistrează tendințe de creștere a prevalenței consumului de droguri, mai ales în ceea ce privește consumul experimental al oricărui drog ilicit (pe tipuri de droguri, în special la canabis, dar și la LSD, cocaină, ketamină și ecstasy) și tendințe de stabilizare a consumului de heroină și substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), prevenirea consumului de droguri în anul 2014 reprezintă un răspuns emergent la dinamica fenomenului consumului de droguri, un răspuns în planul educației, sănătății și ordinii publice, corelat direct cu politicile publice naționale antidrog concretizate în Strategia Națională Antidrog 2013 - 2020 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2016¹⁷.

Corelat cu abordările științifice în domeniu, scopul asumat al politicilor preventive la nivel național a fost prevenirea, întârzierea debutului sau reducerea consumului de droguri și/ sau a efectelor negative ale acestuia în cadrul populației generale sau a subpopulațiilor

¹⁷ H.G. nr. 784/09.10.2013 privind aprobarea *Strategiei naționale antidrog 2013-2020* și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016

identificate ca fiind vulnerabile/ la risc. Astfel, toate demersurile tehnice concretizate în programe, proiecte și activități derulate la nivel național sau local, au fost subsumate obiectivelor tehnice globale de prevenire: întârzierea debutului consumului de droguri, promovarea comportamentelor de nonconsum, reducerea frecvenței și/ sau cantității în cazul utilizării, prevenirea trecerii de la consumul recreațional de uz/ abuz/ dependență, prevenirea sau reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.

În acord cu documentele programatice și cu evidențele științifice, a continuat consolidarea sistemului național de prevenire a consumului de droguri, prin dezvoltarea de programe, proiecte și intervenții universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate.

Din păcate, în corelație directă cu resursele umane semnificativ limitate din sistemul național de prevenire a consumului de droguri dar, mai ales, cu nealocarea de resursele financiare pentru dezvoltarea de programe, proiecte și intervenții preventive, anul 2014 poate fi asociat cu un număr insuficient de astfel de programe și, implicit, cu standarde calitative minimale.

Deși, Agenția Națională Antidrog a elaborat încă din anul 2013, în acord cu evidențele științifice, analiza de nevoi și documentele programatice, **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2014 – 2017 (PN)**, respectiv **Programul de Interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2014 – 2017 (PIN)**, **ca mecanisme naționale de finanțare a proiectelor în domeniul reducerii cererii de droguri**, aceste documente nu au fost aprobate în anul 2014.

În anul 2014, cele două programe sub forma unor acte normative secundare (hotărâri de guvern) au parcurs etapele procesului legislativ de consultare publică și transparență decizională, etape anterioare procesului de avizare din partea Ministerului Afacerilor interne, Ministerului Finanțelor și Ministerului Justiției.

Prin conținutul său, **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri**, așa cum a fost acesta conceput, **ar asigura resursele pentru formularea unui răspuns necesar, comprehensiv, holistic și emergent la dinamica fenomenului consumului de droguri, un răspuns în planul educației, sănătății și ordinii publice** capabil să asigure diminuarea substanțială a decalajelor față de statele dezvoltate din spațiul comunitar – îndeosebi a celor referitoare la standardele de calitate a vieții. Totodată, Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri permite continuarea și consolidarea, la un standard de calitate superior, a proiectelor de prevenire și serviciilor integrate de asistență dezvoltate de Agenția Națională Antidrog, în calitatea sa de coordonator al politicilor publice antidrog.

Prin conținutul său și prin posibilitatea de implicare a societății civile, **Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, conceput ca mecanism de finanțare nerambursabilă din fonduri publice a societății civile**, propune o serie de obiective și direcții de acțiune și transformare menite să avanseze obiectivele generale ale viziunii strategice instituționale, în contextul necesității unui răspuns adecvat și adaptat dinamicii fenomenului, în planul educației, sănătății, incluziunii sociale și ordinii publice.

Totodată, acest program ar contribui la implicarea societății civile în realizarea obiectivelor stabilite în cadrul pilonului orizontal de reducere a cererii de droguri, completând astfel, în mod coerent și structurat, măsurile de integrare a proiectelor și programelor de prevenire a consumului de droguri – universale, selective și indicate, cu serviciile de asistență medicală, psihologică și socială destinate consumatorilor de droguri.

În anul de referință, majoritatea proiectelor și intervențiilor de prevenire au avut ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației generale, școlare și, în mai mică măsură a grupurilor vulnerabile, privind efectele consumului de alcool, tutun, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive. Într-o proporție mai mică, proiectele și intervențiile de prevenire au fost centrate pe dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul acestor categorii de populație, prin orientarea grupurilor țintă către activități recreaționale dezirabile social, ca alternativă la consumul de droguri. În același timp, în perioada de referință, o pondere relativ redusă au avut proiectele de prevenire orientate spre formarea și consolidarea abilităților personale cu rol de factori de protecție în prevenirea consumului de droguri (abilități de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor, gestionarea stresului și agresivității, rezolvarea de probleme, abilitatea de a face față presiunii grupului, de adoptare a deciziilor etc).

3.3.2. Intervenții de prevenire universală

În anul de referință a fost asigurată continuitatea proiectelor de prevenire universală având ca scop prevenirea consumului de droguri, dar și a uzului/ abuzului de substanțe legale și/ sau ilegale, prin informarea grupului țintă asupra efectelor fiziologice și psihologice ale consumului, prin dezvoltarea mecanismelor individuale de construire a unor atitudini negative față de consumul de droguri, de construire și dezvoltare a încrederii în sine, de învățarea celor mai eficiente strategii de *coping* și abilităților de viață socială, precum și de încurajarea participării populației țintă la activități de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri.

PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2014, proiectele și intervențiile de prevenire a consumului de droguri în școală au fost realizate și implementate prin:

- rețeaua teritorială a **Agenției Naționale Antidrog**, formată din cele 47 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog;
- serviciile publice deconcentrate ale **Ministerul Educației și Cercetării Științifice** – 47 Inspectoratele Școlare județene;
- serviciile publice deconcentrate ale **Ministerului Sănătății** - Direcțiile de Sănătate Publică județene;
- alte structuri ale **Ministerului Afacerilor Interne - Inspectoratele județene de Poliție, Inspectoratele Județene de Jandarmi și Institutul de Cercetare și Prevenire a Criminalității**;
- **Ministerul Tineretului și Sportului**, prin cele 41 Direcții județene pentru Sport și Tineret, respectiv Direcția de Sport și Tineret a municipiului București;
- **Autoritățile publice locale**;
- **Societatea civilă** reprezentată, în principal, de **organizațiile neguvernamentale** cu atribuții în domeniul prevenirii consumului de droguri.

PROIECTE NAȚIONALE

1. PROIECTUL- CONCURS „MESAJUL MEU ANTIDROG”, EDIȚIA A XI-A

Acest proiect corespunde documentelor programatice, respectiv Planului de Acțiune pentru Implementarea SNA 2013-2016, activității A.1.1.7. – „Implementarea de proiecte naționale și/ sau locale orientate pe activități de petrecere a timpului liber (culturale, artistice și sportive), ca alternativă sănătoasă la consumul de tutun, alcool, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, adresate elevilor din învățământul preuniversitar și universitar”.

Obiective specifice ale celei de-a XI-a ediții a proiectului, având ca **temă** „Colorează-ți viața altfel...fără droguri!”, au fost:

- dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflată într-o formă de învățământ, prin intermediul programelor școlare și de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri;
- creșterea influenței factorilor de protecție pentru evitarea sau cel puțin întârzierea debutului consumului de alcool, tutun și droguri;
- sensibilizarea și educarea populației școlare în scopul evitării consumului experimental/ recreațional de droguri și trecerii de la acesta la cel regulat.

Grup țintă al proiectului a fost format din **50000 elevi** din ciclurile de învățământ de gimnaziu și liceu.

Rezultate aferente anului 2014 au fost: 248 lucrări evaluate la etapa națională, **260 elevi finaliști** la etapa națională, 42 lucrări câștigătoare, **53 elevi premiați** la etapa națională, **1 pagină de facebook** creată în care au fost postate lucrările câștigătoare, **1 tabără națională destinată câștigătorilor**, organizată la Costinești, în perioada 08 – 15.07.2014,

în colaborare cu Ministerul Tineretului și Sportului, finanțată prin proiectul Direcției Tabere și Agreement „Tabăra tinerelor talente” și **1 expoziție cu lucrări de artă plastică**, realizată de elevii participanți la tabăra de la Costinești.

2. PROIECTUL „NECENZURAT”

Acest proiect corespunde documentelor programatice, respectiv Planului de Acțiune pentru Implementarea SNA 2013-2016, activității A.1.1.5. „Dezvoltarea la nivel național/ local de proiecte de informare, educare, conștientizare cu privire la consumul de tutun, alcool, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, adresate elevilor din învățământul preuniversitar și universitar”.

Obiective specifice ale proiectului:

- formarea de abilități de viață sănătoasă în rândul populației școlare de 12-14 ani în cadrul a 12 activități interactive;
- formarea de abilități generale privind consolidarea relațiilor familiale, controlul și soluționarea conflictelor;
- exersarea comunicării în familie și formarea de atitudini potrivite cu privire la consumul de droguri, în special alcool și tutun.

Grup țintă a fost format din 6445 adolescenții cu vârste cuprinse între 12 și 14 ani, aceasta fiind vârsta când aceștia pot începe să experimenteze drogurile (în special fumatul, consumul de alcool sau consumul de cannabis), **3419 părinți și 508 cadre didactice**.

Rezultate aferente anului de referință au fost: 25 județe participante, **282 clase** implementatoare, **6445 elevi și 3419 părinți** participanți la activități, **15 case ale corpului didactic din țară** care au acreditat cursul, **508 cadre didactice formate/ certificate**, din care 393 prin Agenția Națională Antidrog și 115 prin Casa Corpului Didactic.

3. PROGRAMUL NAȚIONAL DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ÎN ȘCOALA ROMÂNEASCĂ, coordonat metodologic și monitorizat de **Ministerul Educației și Cercetării Științifice și implementat de Inspectoratele școlare județene**, în majoritate în parteneriat cu **Organizația „Salvați Copiii”** România, reprezintă una dintre principalele căi de promovare a cunoștințelor corecte privind diferite aspecte ale sănătății, inclusiv legate de prevenirea consumului de droguri și, totodată, de formare a atitudinilor și deprinderilor indispensabile unui comportament responsabil și sănătos.

În anul **2014**, ca și în anii precedenți, programul a fost implementat ca **materie opțională** în școala românească, având **2 componente**, una centrată pe informarea, sensibilizarea și conștientizarea elevilor în legătură cu sănătatea și comportamentele la risc și, cealaltă pe activități extrașcolare de petrecere a timpului liber.

În anul de referință, **500000 elevi au fost beneficiari direcți** ai acestui program (cei 50000 elevi au optat pentru aceasta disciplină extracurriculară), din care **200000 beneficiari ai**

componentei de informare și 300000 elevi beneficiari ai componentei de programe alternative de petrecere a timpului liber.

Organizația „Salvați Copiii” România, cea mai reprezentativă organizație pentru promovarea drepturilor copilului, cu o activitate constantă în materia drepturilor copilului de 24 ani, **a co-implementat acest program și în anul 2014**. Prin intermediul metodelor non-formale, voluntarii organizației au coordonat sesiuni interactive în școli și licee privind viața sexuală în rândul adolescenților și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a consumului de droguri. În plus, au fost derulate sesiuni informative pe teme de sănătate emoțională, nutriție, educație sexuală și comportamente de risc (consumul de droguri). În prealabil, voluntarii au fost pregătiți în cadrul unor activități de formare. În cadrul proiectului european „EduGlocal”, 30 cadre didactice au fost formate în vederea pilotării de activități în cadrul acestui program educațional național.

În anul **2014**, Organizația „Salvați Copiii” a informat în cadrul sesiunilor menționate **13136 elevi din 150 școli și licee din București și filialele județene**.

În cadrul **„Galei Societății Civile, ediția 2014”**, eveniment de promovare a celor mai relevanți actori sociali neguvernamentali din România, **Organizația „Salvați Copiii” România a obținut Premiul I la secțiunea „Sănătate”, adresată implementatorilor de programe educaționale de sănătate**.

4. CONCURSUL NAȚIONAL DE PROIECTE ANTIDROG „ÎMPREUNĂ”, implementat de **Ministerul Educației și Cercetării Științifice**, prin Inspectoratele Școlare județene și în colaborare cu Palatul Național al Copiilor București, a avut ca scop prevenirea consumului de droguri în rândul elevilor din ciclul liceal, având ca beneficiari direcți **1500 elevi din ciclul liceal și profesori**.

5. PROGRAMUL „SĂ ȘTII MAI MULTE, SĂ FII MAI BUN!”, implementat de **Ministerul Educației și Cercetării Științifice**, a avut ca scop stimularea participării elevilor la acțiuni variate, de valorizare a talentelor și capacităților acestora în diferite domenii.

În cadrul acestui program, **Agenția Națională Antidrog a implementat, prin cele 47 CPECA, sesiuni de prevenirii consumului de droguri**.

Astfel, la nivelul municipiului **București**, în anul 2014, ANA a participat, alături de alte structuri ale Ministerului Afacerilor Interne, Inspectoratului Școlar al Municipiului București și societății civile, la activitatea **„Gândire Fresh”**, organizată la Club ONE - Complexul Studentesc Regie în data de 08.04.2014.

Scopul activității a fost de a răspunde intereselor și preocupărilor diverse ale elevilor din **21 licee**, situate în zone de risc ale municipiului București, prin stimularea participării lor la acțiuni variate, de valorizare a talentelor și capacităților acestora în diferite domenii.

Implementatorii au elaborat structura unui program alternativ de petrecere a timpului liber, combinat cu diseminarea, prin diferite mijloace de comunicare, a unor informații cu caracter

preventiv ce vizează violența, traficul și consumul de droguri, traficul de persoane, delincvența juvenilă etc.

La nivel local, în perioada 7-11 aprilie 2014, fiecare Centru de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog a organizat, în cadrul programului „Să știi mai multe, să fii mai bun” activitatea „**Ora antidrog altfel**”, adresată elevilor cu vârste între 10-18 ani (ciclurile gimnazial și liceal). Fiecare CPECA a organizat, în funcție de caracteristicile psihologice ale vârstei, de interesele și aptitudinile copiilor, în unitățile școlare gimnaziale și liceale, activități de prevenire antidrog cu caracter nonformal: concursuri „Cine știe câștigă”, competiții sportive, desene pe asfalt, vizionări de filme și spoturi antidrog, activități cultural artistice.

Rezultatele componentei de prevenire a consumului de droguri din cadrul acestui program au fost: **156 sesiuni de informare** privind consumul de droguri și/ sau de petrecere a timpului liber, **10000 pliante de informare** elaborate și diseminate, **9200 elevi și 420 cadre didactice ca beneficiari direcți** ai acestei componente a programului.

Proiecte locale de prevenire universală în mediul școlar

În anul 2015, Agenția Națională Antidrog, prin rețeaua locală formată din C.P.E.C.A., împreună cu partenerii locali – ONG și/ sau Inspectoratele Școlare județene, a implementat **96 proiecte locale de prevenire în școală, din care:**

- **în mediul preșcolar, 10 proiecte, având 1115 copii preșcolari beneficiari direcți și, respectiv 748 copii preșcolari, 554 părinți și 66 cadre didactice – educatori, ca beneficiari indirecți.**
- **în mediul școlar (primar, gimnazial și liceal), 83 proiecte, cu 42834 elevi beneficiari direcți și, respectiv 128102 elevi, 11950 părinți și 421 cadre didactice, ca beneficiari indirecți.**
- **în mediul universitar, 3 proiecte, cu 2200 studenți și 41 cadre didactice beneficiari direcți și, respectiv 1300 studenți, ca beneficiari indirecți.**

În plus, în anul de referință, la nivel local au fost realizate și activități/ intervenții secvențiale de prevenire universală a consumului de droguri în mediul școlar:

- **în mediul preșcolar, 532 activități de prevenire, având 8375 copii, 1852 părinți și 777 cadre didactice – educatori ca beneficiari.**
- **în mediul școlar (primar, gimnazial și liceal), 7880 activități de prevenire (6834 în mediul urban și 1046 în mediul rural), având 234721 elevi, 8689 părinți, 13577 cadre didactice, ca beneficiari.**
- **în mediul universitar, 240 activități de prevenire, având 21868 studenți și 711 cadre didactice, ca beneficiari.**

PREVENIREA ÎN FAMILIE

Ca și în majoritatea statelor membre cu expertiză îndelungată în domeniul prevenirii consumului de droguri, 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: variabile macrosociale (situația economică, șomajul etc) și individuale (mecanismele de atragere și motivare a familiilor aflate în situații de risc includ și instrumente financiare care nu au putut fi asigurate).

În anul **2014**, Agenția Națională Antidrog, prin intermediul structurilor sale locale și în parteneriat cu organizații cu atribuții în domeniu, a implementat **12 proiecte locale de prevenire universală în mediul familial**, având ca **obiective generale comune** conștientizarea, informarea și educarea familiilor/ părinților asupra efectelor consumului de droguri.

Cele 12 proiecte au avut **1526 părinți și 219 asistenți maternali – beneficiari direcți – și 2340 copii, beneficiari indirecti.**

PREVENIREA ÎN COMUNITATE

În această arie de intervenție, proiectele și intervențiile la nivel național au fost centrate pe inițierea unor campanii de marcare a zilelor naționale și mondiale de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri sau de răspuns la fenomenele emergente în dinamica drogurilor la nivel național.

CAMPANII ȘI PROIECTE NAȚIONALE

1. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN“ (31 mai 2014) a avut tema „Accize mai mari la tutun, mai puține decese și boli!”, temă preluată de la Organizația Mondială a Sănătății.

În scopul implementării acestei campanii, centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în parteneriat cu direcțiile de sănătate publică, inspectoratele școlare județene și organizațiile neguvernamentale, au implementat:

- **339 activități în mediul școlar** (IEC, expoziții, concursuri sportive și activități de petrecerea a timpului liber într-un mod sănătos fără tutun), având **347 preșcolari, 6090 elevi de gimnaziu, 4504 elevi de liceu, 597 studenți și 870 cadre didactice și psihologi școlari, beneficiari direcți.**
- **7 activități de informare a familiilor în legătură cu riscurile consumului de tutun, având 465 părinți beneficiari direcți.**
- **97 activități de informare în comunitate** - în spații publice, în penitenciare, centre de plasament, centre de zi și de noapte, spitale, instituții publice. Au fost organizate mai multe tipuri de evenimente alternative de petrecere a timpului liber - marșuri antitutun și expoziții – având **10100 beneficiari direcți din comunitate.**

2. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI NAȚIONALE FĂRĂ TUTUN“ (20 noiembrie 2014) a avut tema: „Ajută-mă să cresc!”

În scopul implementării acestei campanii, centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în parteneriat cu direcțiile de sănătate publică, inspectoratele școlare județene și organizațiile neguvernamentale, au implementat:

- **374 activități în mediul școlar** (IEC, expoziții, concursuri sportive și activități de petrecerea a timpului liber într-un mod sănătos fără tutun), în **362 instituții de învățământ, inclusiv universitar, având 464 preșcolari, 18472 elevi, 421 studenți și 1032 profesori, ca beneficiari direcți.**
 - **35 activități destinate familiilor, cu 500 părinți beneficiari direcți;**
 - **89 activități de informare publică în comunitate** - parcuri, cafenele, centre comerciale, adăposturi sociale, spitale, centre de plasament, biblioteci etc., având **15475 persoane beneficiari direcți.** În plus, în comunitate, au mai fost implementate **4 activități în penitenciare, având 160 beneficiari direcți** - persoane private de libertate. În implementarea acestor activități au fost utilizați **224 voluntari acreditați A.N.A.,** ca persoane resursă cheie.
- 3. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA TRAFICULUI ȘI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI” (26 iunie 2014), a fost implementată de cele 47 centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, prin 37 conferințe de presă la care au participat 575 persoane resursă cheie din comunitățile locale** (reprezentanți ai autorităților locale, ai instituțiilor și ONG-urilor partenere, reprezentanți mass-media) și **164 voluntari, 7 activități de panotaj stradal, 1 marș stradal de sensibilizare** a comunității în legătură cu riscurile consumului de droguri, **54 activități de petrecere a timpului liber, din care 5 activități sportive** (2 concursuri de biciclete, 1 concurs sportiv de alergare, 1 joc futsal și 1 cros), **5 activități artistice** (2 spectacole teatru, 1 expoziție de pictură, 1 proiecție de film și 1 manifestare stradală de artă dramatică) și **44 activități de informare, educare și conștientizare.** Au mai fost organizate **18 mese rotunde,** la care au participat 429 profesioniști de la nivel local, cu implicarea a **111 voluntari.**
- 4. Promovarea mesajelor de prevenire a consumului de droguri, ca parte a strategiilor de prevenire universală în comunitate, a fost realizată și prin intermediul socialmedia, prin crearea primei pagini de Facebook Infodrog, având ca scop informarea comunității on-line în legătură cu efectele consumului de droguri. În anul 2014, pagina a obținut 394 like-uri.**

În aceeași arie de **social media,** ANA a creat, în anul 2014, **grupul de voluntari on-line ai ANA INFODROG,** grup constituit din **59 persoane.** În perioada de referință s-au înregistrat **25 postări,** care au atins *reach*-uri de până la **2000 persoane.**

Rețeaua națională de voluntariat antidrog a ANA avea, în anul 2014, 541 voluntari.

5. SERVICIUL TEL VERDE al ANA– 0800 8 700 700 - serviciu de informare universal care are ca **scop** facilitarea accesului populației la informațiile generale referitoare la riscurile consumului de droguri și, implicit, la serviciile naționale de asistență pentru consumatorii de droguri.

În anul 2014, au fost înregistrate **43 apeluri** telefonice, numărul scăzut de apeluri fiind determinat direct de inexistența resurselor financiare pentru promovarea serviciului în cadrul unei campanii naționale de informare publică.

PROIECTE LOCALE DE PREVENIRE UNIVERSALĂ ÎN COMUNITATE:

În anul **2014**, prin centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au fost implementate **56 proiecte locale de prevenire universală în comunitate**, având **50633 beneficiari direcți** - din care **23725 adolescenți și tineri, 22850 adulți, 111 voluntari, 3167 conducători auto și 800 șomeri** -, la care se adaugă **83433 beneficiari indirecti**.

Corelativ acestor proiecte, la nivel local, au fost implementate și **1270 activități/ intervenții secvențiale de prevenire universală în comunitate** (1190 în mediul urban și 85 în mediul rural), destinate pentru **431903 beneficiari** și **180 de campanii locale de prevenire în comunitate** (din care 126 cu o componentă mass media) adresate unui număr de **90523 beneficiari**.

3.3.3. Intervenții de prevenire selectivă

Prevenirea selectivă presupune intervenții adresate unor grupuri specifice sau comunități în care, datorită unor situații de vulnerabilitate crescută, culturale, sociale sau economice există posibilitatea apariției și dezvoltării comportamentelor de consum de droguri. Aceste grupuri vulnerabile sunt identificate pe baza evidențelor științifice și a factorilor de risc sociali, demografici sau de mediu, corelați cu tendințele consumului de droguri, iar subgrupurile adresabile pot fi identificate pe baza zonelor de reședință sau a situației familiale (zone cu infraționalitate crescută, nivel economic scăzut, medii punitive etc).

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

1. PROIECTUL FRED GOES NET - „INTERVENȚII TIMPURI PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/ DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ”
corespunde documentelor programatice, respectiv Planului de Acțiune pentru Implementarea SNA 2013-2016, activității A.1.2.2. – „Implementarea de proiecte naționale și locale de prevenire indicată a consumului de droguri adresate elevilor din învățământul preuniversitar și universitar, aflați la debutul consumului de tutun, alcool, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive”

În luna ianuarie 2014, a fost lansată **cea de a IV-a ediție a proiectului, având următoarele obiective specifice:**

- întărirea parteneriatelor locale în vederea asigurării sistemului de referire către CPECA/ Cursurile FRED
- promovarea Cursurilor FRED în rândul populației școlare (directori, consilieri școlari, diriginți, părinții etc.)
- susținerea de Cursuri FRED la nivel local.

Conceptul proiectului este centrat pe organizarea unor sesiuni de informare a grupului țintă în legătură cu aspecte de ordin normativ în domeniul consumului de droguri și în ceea ce privește riscurile consumului de droguri, în special ale celui de cannabis, dar și sesiuni interactive de formare de abilități de *coping* (rezolvarea problemelor, adoptarea deciziilor, comunicare interpersonală etc).

Grupul țintă este format din adolescenții și tinerii care au consumat droguri și au fost identificați, dar care nu au devenit încă dependenți. Se pune accentul pe adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 14-21 ani, cu posibilitatea extinderii până la 25 ani.

În anul 2014, au fost organizate **65 Cursuri FRED**, având **595 de beneficiari direcți**.

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN FAMILIE – Nu au fost implementate astfel de proiecte din cauza condiționalităților financiare expuse.

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN COMUNITATE

1. CAMPANIA DE PREVENIRE ȘI REDUCERE A RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS - SAFE PARTIES!” - Componenta 3 – a avut ca obiectiv prevenirea și reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor care participă la principalele festivaluri muzicale organizate la nivel național.

În acest an, campania s-a extins și în zona evenimentelor artistice adresate adolescenților și tinerilor, respectiv concertele de muzică electronică și rock, devenite deja tradiționale în perioada de vară.

Prevenirea riscurilor consumului de droguri a fost realizată în rândul a **10575 adolescenți și tineri** care au participat la evenimentele artistice, prin distribuirea a **7008 materiale informative** și **432 prezervative** în cadrul următoarelor festivaluri:

- „Folk you 2014” - Vama Veche, în perioada 31 iulie - 2 august 2014
 - „Vama Veche Salsa Week 2014”- Vama Veche, în perioada 4 -10 august 2014
 - „Bestfest” – *Summer-camp* la Mogoșoaia, în perioada 31 iulie-2 august 2014
 - „Artmania” - Sibiu, în perioada 4-10 august 2014
 - „Rockstadt Extreme” - Râșnov, în perioada 14-16 august.
- 2. În perioada de referință, ANA, în parteneriat cu IGPR - Direcția Rutieră, a implementat proiectul “Conduita Rutieră Antidrog”, adresat unui număr de 810 conducători auto și viitorilor conducători auto, ca beneficiari direcți ai celor 5 sesiuni de informare.**

Au mai fost implementate **3 activități de prevenire a consumului de alcool și droguri la volan**, prin informarea în legătură cu riscurile consumului a **287 persoane și testarea a 22 persoane**.

3.3.4. Intervenții de prevenire indicată

Prevenirea indicată se adresează persoanelor care consumă droguri sau la care se identifică aspecte psihologice sau comportamentale predictive în dezvoltarea comportamentului de consum de droguri sau de escaladare a consumului, fiind necesare intervenții specifice, inclusiv de tipul intervențiilor timpurii. Scopul proiectelor și programelor de prevenire indicată nu este cel de prevenire a consumului de droguri în general, ci de prevenire a instalării rapide a dependenței, de diminuare a frecvenței consumului și de prevenire a abuzului sau dependenței.

Din cauza resurselor financiare, logistice și umane extrem de limitate, în perioada de referință, nu au fost proiecte de prevenire indicată reprezentative.

Singurul proiect național de prevenire selectivă relevant, cu o componentă de prevenire indicată, a fost FRED GOES NET - INTERVENȚII TIMPURII PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/ DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ”, prezentat în subcapitolul 3.3.3

3.3.5 Asigurarea calității intervențiilor de prevenire

În vederea standardizării activităților de prevenire a consumului de droguri, în perioada 2009-2011, a fost implementat *Proiectul european de elaborare și implementare a standardelor de calitate pentru programele de prevenire – European standards in evidence for drug prevention - Prevention Standards & No 2007304*, cu o relevanță deosebită față de programele de prevenire care urmează să se deruleze la nivel național, în acord cu standardele și recomandările europene. Proiectul a fost coordonat de Centrul Național de Colaborare pentru Prevenirea Consumului de Droguri din Liverpool *John Moores University*, finanțarea fiind asigurată de PHEA (*Public Health Executive Agency*). În acest proiect, Agenția Națională Antidrog a avut calitatea de partener principal.

Ca parte a sustenabilității acestui proiect, în anul 2014 a fost realizată traducerea și adaptarea standardelor de calitate ale proiectelor de prevenire care, în același an, au fost tipărite și publicate pentru diseminarea acestora în rândul comunității profesionale în domeniul prevenirii.

Ulterior, aceste standarde vor fi sintetizate în forma unui act normativ secundar care urmează a parcurge traseul legislativ de avizare și promovare.

Definiția conceptului de *standarde de calitate*, utilizată în România, este cea promovată de Centrul European pentru Monitorizarea Drogurilor și Dependențelor (EMCCDA) - „principii sau seturi de norme general acceptate ca cea mai bună/ cea mai potrivită modalitate de a

implementa o măsură de intervenție. Cel mai adesea, acestea se referă la aspecte structurale (formale) privind asigurarea calității, cum ar fi mediul și componența personalului. Cu toate acestea, ele se pot referi și la aspecte ce țin de proces, cum ar fi adecvarea conținutului, procesul de intervenție sau procesele de evaluare” (OEDT 2010).

În perioada de referință, **standardizarea de calitate a proiectelor de prevenire a consumului de droguri a fost pre-testată exclusiv în rețeaua de servicii a Agenției Naționale Antidrog, sub forma unei proceduri/ metodologii interne**, prin care Serviciul Reducerea Cererii de Droguri avizează implementarea unui proiect local prin **aplicarea instrumentului denumit “Fișa inițială standard a proiectului”, instrument care reprezintă o adaptare a fișei EDDRA și care conține informații relevante referitoare la următorii *itemi*: numele proiectului; scopul proiectului în acord cu documentele programatice, respectiv obiectivele din Planul de Acțiune pentru implementarea SNA; obiectivele generale proiectului; categoria din care proiectul face parte în funcție de grupul țintă (prevenire universală, prevenire selectivă, prevenire indicată); managementul proiectului și echipa proiectului; sursa de finanțare și valoarea finanțării (ANA, ONG-uri, sponsori, organizații finanțatoare); parteneri în proiect; grupul țintă al proiectului și număr de beneficiari; zonele de implementare (locația proiectului); durata proiectului; activitățile propuse și indicatori de măsurare; metode de evaluare și perioadele de evaluare.**

La finalizarea proiectelor locale de prevenire a consumului de droguri, centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog - în calitate de implementatori – depun la serviciul ANA avizator, în baza procedurii, instrumentul denumit “Fișa finală standard a proiectului”, în care sunt relevate rezultatele proiectelor.

Toate proiectele locale menționate, implementate de CPECA, în parteneriat cu diferite autorități publice locale și ONG-uri reprezentative, au fost supuse și în anul 2014 acestei proceduri standardizate.

3.4.TENDINȚE

3.4.1.Evoluții semnificative ale intervențiilor de prevenire a consumului de droguri în România în ultimii 10 ani

Pe parcursul a 10 ani, politicile publice de prevenire a consumului de droguri din România, au fost elaborate în acord cu rezultatele studiile și evidențele științifice naționale și, în principal, cu tendințele înregistrate pentru cei 5 indicatori epidemiologici cheie (prevalența consumului de droguri în populația general, consumul problematic de droguri, admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri și decesele asociate consumului, respectiv mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri), implicit cu modelele de consum și analiza de nevoi.

Suplimentar, acestea au fost elaborate și în funcție de resursele financiare, umane și materiale disponibile.

Până în anul 2004, în România nu au existat studii calitative sau cantitative relevante privind fenomenul ceea ce, implicit, a determinat existența unor proiecte și intervenții de prevenire cu un pronunțat caracter empiric.

Principala sursă de date utilizată în designul proiectelor de prevenire, după anul 2004, a fost **Studiul privind cunoștințele, practicile și atitudinile populației generale (15-64 ani) referitoare la consumul de droguri**, studiu elaborat de ANA la un interval de 3 ani, în 2004, 2007, 2010 și, respectiv, 2013.

Programele și proiectele naționale de prevenire universală, selectivă și indicată au fost fundamentate în principal pe **tendențele rezultate din studiile GPS, ESPAD sau cele realizate pe alte grupuri la risc**.

Astfel, în perioada **2007-2013**, au fost dezvoltate **preponderent programe, proiecte și intervenții preventive universale și selective adresate populației generale și grupurilor la risc**, programe având o componentă de informare și una de dezvoltare de abilități de *coping*. În plus, au fost implementate campanii de prevenire, cu o componentă de informare publică adresate populației generale, inclusiv campanii de informare privind efectele pe tipuri de substanțe, în funcție de rezultatele GPS.

Menționăm faptul că, în **directă corelație cu resursele financiare, umane și materiale alocate**, există o **diferențiere semnificativă - atât cantitativă, cât și calitativă** - în ceea ce privește proiectele, campaniile și intervențiile preventive în următoarele interval de timp:

- În **perioada 2006-2009**, a fost manifestată o **tendință evidentă de creștere a numărului și calității proiectelor, campaniilor și intervențiilor naționale și/ sau locale de prevenire universală, selectivă și indicată a consumului de droguri**, în concordanță cu resursele alocate. În perioada indicată, au fost implementate **4 proiecte PHARE (twinning)** care au avut o componentă de prevenire, la care s-au adăugat o serie de alte proiecte din fonduri comunitare, cu o valoare mai mică.

Suplimentar, în acea perioadă, resurse financiare semnificative au fost alocate prin două programe naționale - **Programul național de asistență medicală, psihologică și social**, aprobat prin Decizia Președintelui ANA din 2005, **respectiv Programul național de prevenire și asistență în adicții (etapa pilot 2007)**.

- În **perioada martie 2009–aprilie 2011**, a fost manifestată o **tendință dramatică de scădere a numărului și calității proiectelor, campaniilor și intervențiilor naționale și/ sau locale de prevenire universală, selectivă și indicată a consumului de droguri**, în concordanță cu situația instituțională și financiară aferentă.

Reorganizarea Agenției Naționale Antidrog (începând cu luna martie 2009) la nivel de serviciu în cadrul Inspectoratului General al Poliției Române (structură de aplicare

legii), implicit pierderea personalității juridice și a statutului de ordonator de credite, precum și a rolului de coordonator național al politicilor antidrog a încubat, pe lângă alte aspect, pierderea de către ANA a unor importante resurse financiare – în principal a 4 proiecte din Fondul Social European, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, în valoare de 12 milioane EUR. Prin pierderea personalității juridice, ANA a intrat în situație de neeligibilitate pentru toate mecanismele de finanțare. Suplimentar, ANA a pierdut resurse umane și logistice semnificativ statistice. Reorganizările succesive au generat efecte directe și asupra continuității intervențiilor de prevenire a consumului de droguri. În aceeași perioadă, România s-a caracterizat prin modificarea modelului consumului de droguri - apariția fenomenului substanțelor noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), ANA și principalii actori sociali guvernamentali și neguvernamentali cu responsabilități în prevenirea consumului de droguri, fiind în incapacitate de răspuns în planul politicilor de prevenire. Pierderea unei ponderi semnificative din resursele umane specializate în domeniul prevenirii consumului de droguri a reprezentat un alt efect semnificativ al reorganizării instituționale.

- În perioada aprilie 2011–2014, comparativ cu perioada 2009-2011, în condițiile redobândirii statutului ANA de coordonator național în domeniu, a fost manifestată o tendință de creștere a numărului și calității proiectelor, campaniilor și intervențiilor naționale și/ sau locale de prevenire universală, selectivă și indicată a consumului de droguri, în concordanță cu situația financiară aferentă.

În cadrul acestui interval de timp, există 2 subintervale temporale semnificative:

1. aprilie 2011 – decembrie 2012, perioadă care, datorită existenței unor resurse financiare importante alocate din bugetul național, prin **Programul național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012**, a fost caracterizată printr-o **creștere semnificativă, față de perioada anterioară, a numărului și calității proiectelor, campaniilor și intervențiilor de prevenire a consumului de droguri.**
2. 2013-2014, perioadă care, pe fondul resurselor financiare nesemnificative și pierderii de profesioniști din sistemul național de prevenire, poate fi caracterizată prin proiecte, campanii și intervenții de prevenire universală, selectivă și indicată insuficiente în raport cu tendințele de creștere a prevalenței consumului de droguri și modificare a modelelor de consum.

SUMARIZAREA PROIECTELOR DE PREVENIRE UNIVERSALĂ, SELECTIVĂ ȘI INDICATĂ – ÎN ȘCOALĂ, FAMILIE ȘI COMUNITATE - TENDINȚE ÎN PERIOADA 2005-2012

PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

PROIECTE NAȚIONALE

- Proiectul **“Mesajul meu antidrog”** (în parteneriat cu **Ministerul Educației Naționale**), **având ca scop** prevenirea consumului de droguri prin implicarea elevilor de liceu și a studenților în activități extrașcolare – culturale, artistice și sportive – prin intermediul cărora să fie promovat un mesaj antidrog de tip pozitiv, a avut pe parcursul anilor 2005-2012, aproximativ **1109082 beneficiari** - elevi și studenți.
- Proiectul **“Clase fără fumat”** (în parteneriat cu **Ministerul Educației Naționale și Asociația “Aer Pur”**), având ca **scop** prevenirea consumului de tutun în rândul adolescenților, a avut pe parcursul a 3 ani de implementare următoarele **categorii de beneficiari: 97456 elevi din clasele V-VIII, 30000 părinți, 2477 cadre didactice.**
- Proiectul **“Quit and Win”**, a avut ca **scop** motivarea participanților pentru adoptarea unui stil de viață fără fumat, fiind implementat în 35 licee din București, Iași, Cluj, Constanța și Timișoara și având ca beneficiari, într-un an de implementare, 6.000 elevi (atât fumători, cât și nefumători) din grupa de vârstă 14 -18 ani.
- Proiectul **Vigilent – Independent – Puternic, fără alcool** (în parteneriat cu MEC și ICAA), având ca **scop** prevenirea consumului de alcool în rândul adolescenților din grupa de vârstă 15 -17 ani, prin dezvoltarea de abilități personale și sociale, a avut ca **beneficiari** în 2 ani de implementare, **34452 elevi, 67000 părinți și 564 cadre didactice.**
- Proiectul **„Cunoscându-mă decid”** (în parteneriat cu **Ministerul Educației Naționale**) a avut ca **scop** formarea și dezvoltarea unor **abilități personale (psihologice și sociale) ale elevilor, cu rol de mecanisme de protecție/ apărare față de consumul de droguri.**
- Campania **„Opțiune: Acces la succes!”**, având ca scop informarea și sensibilizarea în legătură cu riscurile consumului de droguri a elevilor din 17 licee din București a avut ca beneficiari, într-un an de implementare, **550 elevi de liceu, 1800 părinți și 90 profesori diriginți.**
- Proiectul **„Necenzurat”**, ca parte a unui program al EU – DAP de prevenire a dependenței de droguri în Europa, promovat de Fundația Internațională „Mentor” și având ca **scop** prevenirea consumului de droguri la populația școlară cu vârsta cuprinsă între 12-14 ani, a avut ca beneficiari, în **3 ani de implementare, 2300 elevi, 94 specialiști în prevenire și 47 consilieri școlari.** Au fost elaborate și tipărite manuale destinate cadrelor didactice și caiete ale elevilor.

- **Proiectul „Formarea familială în abilități educative privind prevenirea consumului de tutun, alcool și droguri”**, finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European, a avut ca beneficiari direcți **1000 părinți** din 3 județe (Ilfov, Constanța și Bihor) cu copii de 9-13 ani, părinți cu abilități educative și de gestionare familială scăzute sau cu copii la risc (probleme de adaptare și randament școlar scăzut, probleme precoce sau persistente de comportament), care nu necesită în mod special o intervenție terapeutică, provenind din familii cu conflicte sau în care există consum frecvent de tutun și alcool și cu un nivel de educație de minim patru clase primare absolvite și 143 consilieri școlari psihopedagogi din centrele de resurse și asistență educațională.

PROIECTE LOCALE IMPLEMENTATE ÎN MEDIUL ȘCOLAR – 331 proiecte locale de prevenire a consumului de droguri cu 440000 beneficiari direcți și 70000 beneficiari indirecți.

PREVENIREA ÎN FAMILIE

PROIECTE NAȚIONALE

- **Proiectul pilot “PROTEGO”** (finanțat din proiect PHARE), având ca **scop** prevenirea consumului de droguri adresată familiei, orientată spre dezvoltarea de abilități educative la părinții preadolescenților de clasa a VII-a, aflați la risc pentru consumul de droguri, față de populația cu aceeași vârstă, având ca **beneficiari 40 monitori formați și 5400 părinți**.
- **Campania “Riscurile consumului de alcool și droguri la viitoarele mame”** a avut, într-un an de implementare, **800 mame sau viitoare mame și 921 medici din rețeaua publică medical**, informați în legătură cu riscurile asociate consumului de droguri la mamă și făt.
- **Proiectul „Formarea familială în abilități educative privind prevenirea consumului de tutun, alcool și droguri”**, finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European, a avut ca beneficiari direcți **1000 părinți** din 3 județe (Ilfov, Constanța și Bihor) cu copii de 9-13 ani, părinți cu abilități educative și de gestionare familială scăzute sau cu copii la risc (probleme de adaptare și randament școlar scăzut, probleme precoce sau persistente de comportament), care nu necesită în mod special o intervenție terapeutică, provenind din familii cu conflicte sau în care există consum frecvent de tutun și alcool și cu un nivel de educație de minim patru clase primare absolvite și 143 consilieri școlari psihopedagogi din centrele de resurse și asistență educațională.
- **Campania națională „RISCURILE CONSUMULUI DE DROGURI LA MAMĂ ȘI COPIL”**, având ca obiectiv principal sensibilizarea și conștientizarea viitoarelor mame cu privire la riscurile asociate consumului de tutun, alcool și droguri asupra fătului, a avut **12938 mame beneficiare informate, inclusiv prin spotul radio-TV**.

PROIECTE LOCALE ÎN FAMILIE – 74 proiecte locale de prevenire, cu 117395 beneficiari direcți și 10000 beneficiari indirecti.

PREVENIREA ÎN COMUNITATE

PROIECTE ȘI CAMPANII NAȚIONALE

- Proiectul **Prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor (în parteneriat cu Organizația “Salvați Copiii”)**, finanțat de Fondul Global de Combatere a HIV/ SIDA, TBC și Malariei, implementat în 14 județe și municipiul București, a avut **15000 beneficiari direcți**.
- **Campania** de prevenire a consumului de droguri **“Marea, singura noastră dependență”**, finanțat funcție de perioada de implementare de Fondul Global și, ulterior, prin Programul Național pilot 2007, a avut ca **beneficiari direcți 30000 adolescenți și tineri și 110 voluntari**.
- **Campania** națională de prevenire a riscurilor asociate consumului de droguri **“Deschide ochii!”**, finanțată printr-un Program PHARE, a avut **10000 beneficiari direcți și peste 100000 beneficiari indirecti (prin difuzările radio TV ale spotului)**.
- **Campania** de prevenire a riscurilor asociate consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor **„Litoral fără droguri”**, utilizând metoda *educației între egali (peer to peer education)*, a beneficiat de aportul a **45 tineri voluntari** formați de specialiști din cadrul ANA și ARAS și a avut **35000 beneficiari direcți**.
- **Campania** estivală de informare și prevenire a consumului de droguri **„Voluntariat antidrog în acțiune”** a avut ca **beneficiari direcți 8000 tineri** (cu vârsta cuprinsă între 14-29 ani) **și 50 voluntari**.
- **Campaniile naționale** având ca temă **Ziua Mondială fără Tutun (31 mai), Ziua Națională fără Tutun sau Ziua Internațională de Luptă împotriva Consumului și Traficului Ilicit de Droguri (26 iunie)** au fost organizate anual în toată perioada 2005-2013.
- **Proiectul național *Dependenți de libertate***, ca răspuns la amploarea fenomenului consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive.
- **Campania** “Litoral 2010”, sub sloganul **“Implică-te!!! În comunitatea ta drogurile nu își au locul!”**.
- **Proiectul „Participarea grupurilor vulnerabile în economia socială”** a avut **1000 beneficiari consumatori de droguri**.
- **Campania** națională **„ABSENTUL”** a avut ca **scop** prevenirea consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (denumite impropriu “etnobotanice”) în rândul adolescenților și tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani și la nivelul populației generale și a avut **3 componente**:

- campanie media la nivel național;
 - proiect pilot de prevenire prin intervenții de improvizație teatrală, cu o componentă tip teatru forum și una multimedia, care s-a adresat la aproximativ *1010 elevi din 6 licee Municipiului București și unul din județul Prahova*;
 - campanie de informare asupra riscului consumului de SNPP, implementată pe litoral.
 - **Proiectul „Prevenirea abuzului și traficului de droguri în penitenciare”**, finanțat de Grupul de cooperare pentru combaterea consumului și a traficului ilicit de droguri (POMPIDOU) din cadrul Consiliului European, a avut ca obiectiv prevenirea consumului și traficului de droguri printr-un concurs de mesaje, transmise cu ajutorul unor desene/ picturi realizate de către beneficiari ai serviciilor de tratament a consumului de droguri, din cadrul centrelor de asistență integrată în adicții și din comunitățile terapeutice din cadrul Penitenciarelor Jilava, Rahova și Târgșor.
 - **Campania** de prevenire a consumului de droguri **„Drogurile îți schimbă destinația”**, a avut ca scop informarea populației cu vârsta cuprinsă între 15-40 ani în legătură cu riscurile și consecințele traficului și consumului de droguri, cu accent asupra problematicei racolării cetățenilor români ca și cărauși de substanțe psihotrope în diverse țări din lume, în special în 32 de state în care transportul și deținerea de droguri sunt pedepsite cu moartea.
 - Campania națională, denumită generic **“PREA REBEL SĂ FII CONDUS!”**, cu o componentă media, 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. Campania a avut aproximativ **22231 elevi beneficiari direcți, 536 cadre didactice – beneficiari indirecti, 1250 părinți – beneficiari indirecti, 2366 beneficiari indirecti. 8481748 persoane au beneficiat, indirect**, de difuzarea spotului TV.
 - În anul 2012, în cadrul Subprogramului 5 al PN 2009-2012, a fost implementată campania **„Dependent de libertate-Închisoarea nu este capăt de drum!”**, campanie de prevenire a consumului de droguri în mediul privativ de libertate care a avut 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 care se pregătesc pentru liberare, precum și informarea acestora privind serviciile existente atât în penitenciar, cât și în comunitate. **Beneficiarii direcți** ai campaniei au fost cele **31774 persoane private de libertate înregistrate de ANP la nivelul anului 2012.**
- PROIECTE LOCALE ÎN COMUNITATE – 500 proiecte locale** de prevenire, cu **199509 beneficiari direcți și 17125 beneficiari indirecti.**

4. TRATAMENT

4.1.PREZENTARE GENERALĂ

4.1.1.Profil național

Anul 2003 a reprezentat un an foarte important în lupta împotriva traficului și consumului ilicit de droguri în România, dacă luăm în considerare faptul că, printr-o Hotărâre de Guvern, a fost înființată o nouă instituție - Agenția Națională Antidrog, prin instituționalizarea cadrului de lucru al Comisiei Interministeriale Antidrog. Noua instituție urma să asigure la nivel național coordonarea unitară a luptei împotriva traficului și consumului ilicit de droguri, pe baza unei strategii naționale, context în care, îi revenea și misiunea de a asigura elaborarea, dezvoltarea și promovarea politicilor în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri.

Prima Strategie Națională Antidrog (2003-2004), elaborată de Agenția Națională Antidrog, a venit astfel în întâmpinarea unei dificultăți acute în planul coerenței decizionale și al unității de acțiune în domeniul combaterii și prevenirii consumului și traficului ilicit de droguri, dificultate resimțită în perioada funcționării Comisiei Interministeriale Antidrog. Totodată, prin înființarea Agenției Naționale Antidrog, s-a creat pentru prima dată posibilitatea abordării problematicei drogurilor din perspectivă interdisciplinară, în acest sens, colectivul noii instituții reunind medici, juriști, psihologi, sociologi, asistenți sociali, farmaciști, chimiști, specialiști în domeniul educației și al prevenirii criminalității etc.

Amplificarea fenomenului drogurilor și în țara noastră, pe fondul dezvoltării rețelelor de criminalitate organizată transnațională, a condus la necesitatea intensificării eforturilor pentru combaterea lui. Astfel, următoarele Strategii Naționale Antidrog (2005-2012 și 2013-2020), prin care Guvernul României consideră lupta antidrog o prioritate națională, au fost elaborate în concordanță cu cerințele europene în acest domeniu, fiind din acest punct de vedere racordate la dimensiunea internațională a fenomenului, dar și la specificitatea națională a acestuia.

Pornind de la experiența acumulată de-a lungul timpului, în actuala viziune a Agenției Naționale Antidrog, se urmărește ca în România să funcționeze un sistem coerent, integrat și profesionist de servicii de asistență destinat consumatorilor de droguri, prin care să se asigure un nivel de receptivitate ridicat față de nevoile acestora. Toate acestea vor conduce în final la menținerea unui nivel scăzut al prevalenței consumului de droguri.

4.2.POLITICI ȘI COORDONARE

4.2.1.Obiectivele asistenței integrate pentru persoanele consumatoare de droguri

România a aprobat prin Hotărâre de Guvern (nr. 784/ 09.10.2013) Strategia Națională Antidrog 2013-2020, precum și Planul de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

Direcțiile de acțiune ale Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 sunt împărțite pe 5 piloni principali:

1. Reducerea cererii de droguri
2. Reducerea ofertei de droguri
3. Coordonare
4. Cooperare internațională
5. Cercetare, evaluare și informare

Obiectivele asistenței consumatorilor de droguri, prezentate în pilonul I, “Reducerea cererii de droguri”, sunt următoarele:

B.1 Identificarea, atragerea și motivarea consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată

Obiective specifice:

1. Diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele private de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri;
2. Dezvoltarea intervențiilor de identificare, atragere și motivare a persoanelor consumatoare de droguri care nu au contact cu serviciile de asistență specializată, în special pentru persoanele cu istoric îndelungat de consum, persoanele consumatoare marginalizate sau excluse social, grupurile etnice, persoanele consumatoare care practică sexul comercial, bărbați care fac sex cu bărbați, femeile și copiii consumatori;
3. Îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele private de libertate;
4. Dezvoltarea capacității de răspuns interinstituțional a serviciilor sociale, serviciilor juridice, serviciilor de urgență, unităților de poliție și de arest, evidența populației, în vederea optimizării intervențiilor adresate consumatorilor de droguri care nu sunt incluși în programele specializate de asistență;
5. Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

B. 2 Asistența specializată în vederea integrării sociale a consumatorilor de droguri

Obiective specifice:

1. Dezvoltarea politicilor adecvate standardelor de calitate în vederea asigurării accesului în circuitul integrat de asistență a consumatorilor și a consumatorilor dependenți de droguri;
2. Adaptarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistență la nevoile individuale ale consumatorilor și la modelele de consum, cu accent pe policonsum, consum combinat de substanțe, consum de medicamente fără prescripție, consum de substanțe nonopioidice, precum și consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive;
3. Dezvoltarea politicilor adecvate nevoilor și particularităților copiilor consumatori de droguri, în vederea identificării timpurii și asigurării accesului în circuitul integrat de asistență;
4. Consolidarea și diversificarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistență, adresate persoanelor consumatoare de droguri aflate în sistemele privative de libertate;
5. Dezvoltarea de servicii interinstituționale integrate pentru consumatorii de droguri care au săvârșit fapte penale cu pericol social redus și pentru consumatorii de droguri aflați în evidența serviciilor de probațiune în vederea includerii acestora în circuitul integrat de asistență.

4.2.2.Coordonarea și implementarea obiectivelor asistenței integrate a persoanelor consumatoare de droguri

În România, coordonarea politicilor în domeniul antidrog este realizată de Agenția Națională Antidrog din cadrul Ministerului Afacerilor Interne.

Conform Hotărârii de Guvern nr. 784/ 09.10.2013 privind adoptarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, precum și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020, Agenția Națională Antidrog, ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice și centrale, instituția prefectului, precum și autoritățile administrației publice locale au obligația de a aduce la îndeplinire obiectivele specifice domeniului lor de activitate, prevăzute în strategia națională.

Obiectivele asistenței persoanelor consumatoare de droguri sunt implementate de:

1. Agenția Națională Antidrog din cadrul Ministerului Afacerilor Interne
2. Ministerul Sănătății
3. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
4. Ministerul Justiției prin Administrația Națională a Penitenciarelor
5. Autoritățile administrației publice locale
6. Societatea civilă

4.3.SISTEMUL DE ASISTENȚĂ INTEGRATĂ PENTRU PERSOANELE CONSUMATOARE DE DROGURI

4.3.1.Rețeaua centrelor ambulatorii de asistență integrată

4.3.1.1.Sistemul ambulatoriu de asistență integrată – furnizorii de servicii

Rețeaua de tratament în regim ambulatoriu este formată din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (structuri dezvoltate de Agenția Națională Antidrog), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre private sau dezvoltate de ONG), Centrele de Sănătate Mintală (structuri dezvoltate de Ministerul Sănătății) și Centrele de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri (*low-threshold* – dezvoltate de ONG).

Dintre aceste tipuri de centre, doar centrele Agenției Naționale Antidrog asigură acoperire națională, fiind dezvoltate în cele 41 reședințe de județ și în fiecare sector al municipiului București.

În cadrul sistemului penitenciar din România sunt oferite servicii de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele privative de libertate consumatoare de droguri. Aceste servicii sunt implementate de specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de specialiști din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Sistemul penitenciar este format din 33 unități penitenciar, 2 centre de reeducare și 6 spitale.

Centrele Agenției Naționale Antidrog și cele dezvoltate de Ministerul Sănătății oferă servicii gratuite pentru persoanele consumatoare de droguri.

Tabel 4-1: Caracteristicile centrelor ambulatorii

	Număr total de centre	Caracteristici/ tipul centrului
Centre specializate de asistență	57	În această categorie intră rețeaua teritorială de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog a Agenției Naționale Antidrog, Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor dezvoltate de sistemul privat și ONG-uri și Centrele dezvoltate de Ministerul Sănătății. Acestea asigură servicii de asistență medicală, psihologică și socială precum și managementul de caz persoanelor consumatoare de droguri
Centre cu prag minim de acces	0	
Unități de asistență medicală generală/ psihiatrică	0	
Penitenciare	35	Serviciile acordate persoanelor privative de libertate de către specialiști din penitenciar sau din afara acestuia

Sursa: ANA

4.3.1.2.Sistemul ambulatoriu de asistență integrată – beneficiarii serviciilor

Numărul beneficiarilor

Ca și în anii anteriori aproape 7 din 10 beneficiari (1838 beneficiari în sistemul ambulatoriu, din cei 2622 beneficiari), care au început tratamentul în 2014, au fost înregistrați în centrele ambulatorii.

Dintre cei 1838 beneficiari tratați ambulatoriu, 1098 beneficiari au solicitat asistență pentru prima dată, reprezentând 59,7% din numărul total de beneficiari care au început tratamentul în 2014.

Sexul și vârsta beneficiarilor

86,6% din beneficiarii tratați sunt de sex masculin, cu o vârstă medie de 20 de ani (min: 14, max: 58), majoritatea fiind cu o vârstă sub 34 de ani.

Drogul principal de consum și calea de administrare

Canabisul (44,9%) și heroina (44,1%) ca droguri principale sunt substanțele cu prevalența cea mai mare în rândul beneficiarilor tratați ambulatoriu care au început tratamentul în 2014 fiind urmate de SNPP (7,5%) și cocaină (0,8%). De asemenea, 13 beneficiari au declarat MDMA/ Ecstasy ca drog principal de consum.

În funcție de drogul principal de consum, se observă diferențe între beneficiarii care au declarat că au mai fost tratați anterior și cei care nu au beneficiat de tratament.

Din totalul beneficiarilor care au fost admiși pentru prima dată la tratament, 71,1% au declarat consumul de canabis ca drog principal, în timp ce, din totalul cazurilor care au mai primit tratament anterior, doar 5,8% au declarat consumul de canabis. În ceea ce privește beneficiarii care au declarat utilizarea de opiacee, 91,7% au mai fost tratați anterior și 13,8% au primit tratament pentru prima dată.

Urmare a faptului că drogul cel mai utilizat de beneficiarii tratați ambulatoriu este canabisul, calea cea mai comună de administrare este fumatul (53,2%), în timp ce, calea de administrare prin injectare este specifică beneficiarilor care au declarat consumul de opiacee și SNPP (aceștia reprezintă 43,7% în rândul consumatorilor de droguri injectabile).

În ceea ce privește frecvența utilizării drogului principal, consumul zilnic a fost declarat de aproximativ 28,2% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu în 2014 (utilizatorii de canabis reprezentând 6,4% din totalul consumatorilor zilnici, în timp ce, utilizatorii de opiacee reprezintă 51,6%). De asemenea, 39,1% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu au declarat că nu au consumat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament, acest lucru fiind datorat procedurilor de referire și admitere în centrele de tratament (abstinența este un criteriu de admitere în anumite centre sau anumiți beneficiari au fost referiți de poliție, în special pentru evaluare medicală, psihologică și socială).

Sursa de referință

În timp ce, majoritatea beneficiarilor (aproximativ 45,4%) tratați ambulatoriu au fost admiși la tratament referiți de către poliție sau de structurile de combatere ale criminalității, admiterea la tratament din proprie inițiativă reprezintă a doua sursă importantă de referire, fiind raportată de aproximativ 39,6% din totalul beneficiarilor tratați ambulatoriu. Din beneficiarii referiți de către poliție, majoritatea (93,4%) au fost tratați la tratament pentru prima dată.

Tabel 4-2: Caracteristicile beneficiarilor centrelor ambulatorii

	Număr total de beneficiari	Caracteristici naționale
Centre specializate de asistență	1732	Beneficiari care au primit asistență medicală, psihologică și socială în unități ambulatorii
Centre cu prag minim de acces	0	
Unități medicale de asistență medicală generală/ psihiatrică	0	
Penitenciare	106	Beneficiari care au primit asistență medicală, psihologică și socială la cerere în unitățile penitenciar

Sursa: ANA

4.3.2. Rețeaua centrelor rezidențiale (*inpatient network*) de asistență integrată

4.3.2.1. Sistemul rezidențial de asistență integrată – furnizorii de servicii

Rețeaua de tratament în regim rezidențial este formată din secțiile de dezintoxicare din cadrul spitalelor (dezvoltate de Ministerul Sănătății), comunități terapeutice (dezvoltate de ONG) și unitățile de tratament din sistemul penitenciar.

La nivelul municipiului București, se regăsesc 6 centre de dezintoxicare de tip spitalicesc, o comunitate terapeutică și un penitenciar spital.

Tabel 4-3: Caracteristicile centrelor rezidențiale

	Număr total de centre	Caracteristici/ tipul centrului
Centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc	54	Unitățile sanitare din structura Ministerului Sănătății ce acordă servicii medicale de dezintoxicare în regim spitalicesc
Centre de tratament rezidențiale (nospitalicești)	0	
Comunități terapeutice	5	Acordă servicii de asistență psiho-socială în regim hotelier
Penitenciare	4	Unitățile specializate din sistemul penitenciar care acordă servicii de asistență medicală, psihologică și socială

Sursa: ANA

4.3.2.2. Sistemul rezidențial de asistență integrată – beneficiarii serviciilor

Numărul beneficiarilor

Ca și în anii anteriori, numai 3 din 10 beneficiari (784 beneficiari din 2622), care au început tratamentul în 2014, au fost înregistrați în centrele ambulatorii. Din totalul de 784 beneficiari, majoritatea (n=764) au primit asistență în centre, secții și compartimente de dezintoxicare de

tip spitalicesc, în timp ce, restul au fost tratați în sistemul penitenciar (n=19) sau în comunități terapeutice (n=1).

Sexul și vârsta beneficiarilor

Majoritatea beneficiarilor tratați în centrele rezidențiale au fost de sex masculin (585 din 784), cu o vârstă medie de 28 ani (min: 12, max: 76), 78,3% fiind cu o vârstă de sub 34 de ani. Beneficiarii de sex feminin tratați au o vârstă medie de 35 de ani (min:14, max:81), majoritatea având o vârstă de peste 34 de ani.

Drogul principal de consum și calea de administrare

Opiaceele, ca drog principal, au prevalența cea mai mare (33,9%, n=266) în rândul beneficiarilor care au fost admiși la tratament rezidențial în 2014, acestea fiind urmate de SNPP (23,9%, n=187), canabis (18,8%, n=147) și hipnotice și sedative (16,7%, n=131). Este important de menționat că, majoritatea consumatorilor de opioide au menționat heroina (74,1%, n=197) ca drog de consum, în timp ce, 12,8% (n=34) au menționat metadona. Cum era de așteptat, majoritatea beneficiarilor (54,5%) au fost tratați anterior.

În ceea ce privește calea de administrare a drogului principal, majoritatea beneficiarilor au declarat fumatul (39,2%) și injectarea (29,5%) ca modalități principale de consum. Pentru cei care au declarat fumatul ca modalitate de administrare a drogului principal, cel mai mare procent este înregistrat în cazul consumului de canabis (47,9%), fiind urmat de consumul de SNPP (40,4%) și de consumatorii de solvenți (7,8%). Pentru consumatorii de droguri injectabile, se observă că 98,4% consumă heroină și 0,7% alte opioide.

Frecvența consumului drogului principal a fost declarată ca fiind zilnică de către 38,9% dintre beneficiari admiși la tratament rezidențial în 2014 (heroină-51,4%, SNPP-24,1%).

De asemenea, 8,2% (n=64) dintre beneficiarii admiși la tratament nu au utilizat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament.

Sursa de referință

Beneficiarii admiși la tratament rezidențial în 2014 au fost referiți, în aceeași proporție (38,8%), de servicii medicale/ sociale sau au venit la tratament din proprie inițiativă. Dintre serviciile medicale/ sociale, sursa cea mai importantă a fost reprezentată de medicii de familie (15,3%).

Tabel 4-4: Caracteristicile beneficiarilor centrelor rezidențiale

	Număr total de beneficiari	Caracteristici naționale
Centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc	764	Beneficiari care primesc tratament în secții de psihiatrie din cadrul spitalelor și unitățile specializate de tratament (dezintoxicare)
Centre de tratament rezidențiale (nospitalicești)	0	
Comunități terapeutice	1	Beneficiari care primesc tratament psiho-social
Penitenciare	19	Beneficiari care primesc tratament în spitalele penitenciar (dezintoxicare) și comunitățile terapeutice

Sursa: ANA

4.3.3.Date relevante

4.3.3.1.Date privind numărul de persoane admise la tratament

În baza datelor colectate în anul 2014, au fost admise la tratament 2622 persoane consumatoare de droguri.

Analizând admiterile la tratament în funcție de substanța principală de consum pentru care a fost solicitat tratamentul, se observă că persoanele care au declarat consumul de opioide reprezintă 41,7% din numărul total al admiterilor (1094 beneficiari), în timp ce, proporția celor care au solicitat tratament pentru consumul de cannabis este de 37,1% (973 beneficiari). Consumul de cocaină, amfetamine/ metamphetamine și ecstasy a fost mai rar declarat de către persoanele admise la tratament (0,8%, 0,2%, respectiv 0,5%). În categoria „alte droguri”, au fost înregistrate 19,7% (516 beneficiari) din numărul total de admiteri la tratament, în această clasă fiind incluse și substanțele noi cu proprietăți psihoactive, dar și „hipnoticele și sedative”.

Numărul total de beneficiari aflați în tratament cu OST a fost calculat în funcție de datele agregate transmise de centrele de furnizare de servicii pentru persoanele consumatoare de droguri. Precizăm că nu toți beneficiarii aflați în OST au fost admiși în anul 2014.

Numărul total de beneficiari admiși la tratament este calculat în funcție de metodologia TDI pentru anul 2014.

4.3.3.2.Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament

În anul 2014, se observă că majoritatea clienților admiși la tratament, indiferent de drogul principal de consum au fost bărbați – 83%, procentul femeilor fiind mai mare doar în cazul persoanelor care au solicitat tratament pentru consumul de hipnotice și sedative.

În funcție de substanța declarată ca drog principal, se observă că vârsta medie a persoanelor consumatoare de hipnotice/ sedative admise la tratament este de 55,8 ani, pentru opioide este de 32,3 ani, pentru cocaină, 30,5 ani, pentru stimulanzii (alții decât cocaina), 26,1 ani, iar pentru cannabis, 24,9 ani.

Analiza privind nivelul educațional al persoanelor consumatoare de droguri arată că 65,9% (1728 beneficiari) au finalizat nivelul II de educație (ISCED 2 și ISCED 3), 15% (392 beneficiari) au finalizat nivelul superior de educație (ISCED 4 și ISCED 6), 8,1% (212 beneficiari) au finalizat nivelul I de educație (ISCED 1), iar 3,1% (81 beneficiari) nu au mers niciodată la școală/ nu au finalizat nivelul I de educație.

Statusul ocupațional relevă faptul că majoritatea (35,8%) persoanelor admise la tratament nu au un loc de muncă (939 beneficiari), 590 beneficiari au loc de muncă stabil (22,5%) și 280 beneficiari muncesc ocazional (10,7%).

În urma analizei statusului locativ pentru beneficiarii admiși la tratament în 2014, se observă că 87,1% (2284 beneficiari) trăiesc într-o locuință stabilă, 6,2% (163 beneficiari) se află în detenție și 3,2% (84 beneficiari) nu au o locuință stabilă.

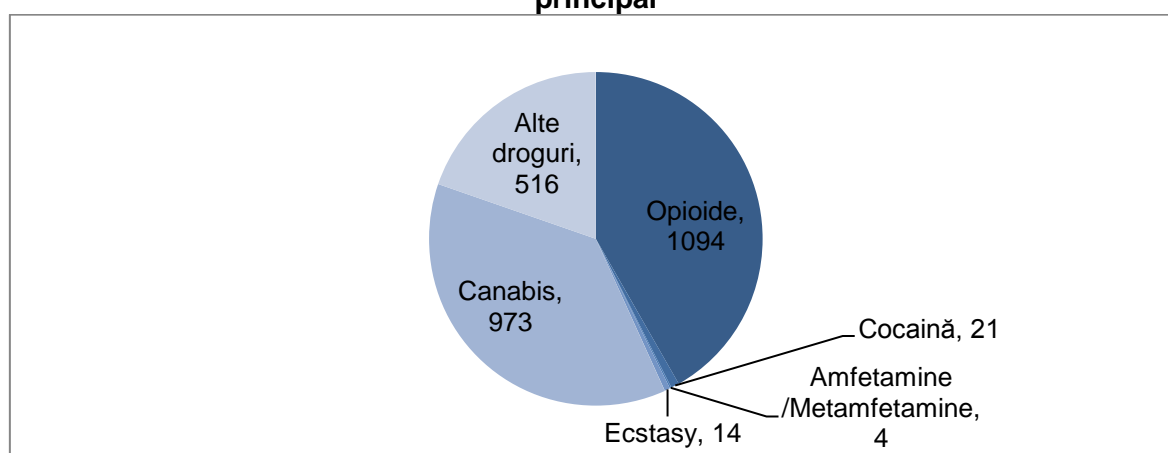
Analizând sursa de referire a persoanele consumatoare de droguri, se observă că majoritatea beneficiarilor s-au adresat din proprie inițiativă/ familie/ prieteni – 1031 beneficiari (39,3%), fiind urmați de cei referiți de judecător/ procuror/ poliție – 843 beneficiari (32,2%) și 748 beneficiari (28,5%) referiți de către servicii medicale, servicii sociale, alte centre de tratament etc.

Tabel 4-5: Numărul de beneficiari aflați în tratament

Tipul beneficiarilor	Nr. total
Numărul total de beneficiari aflați în tratament	3869
Numărul total de beneficiari în OST	1219
Numărul total al beneficiarilor ce au intrat în tratament	2622

Sursa: ANA

Grafic 4-1: Numărul de persoane care au fost admise la tratament în funcție de drogul principal



Sursa: ANA

4.3.4.Modalități de tratament

4.3.4.1.Servicii ambulatorii și rezidențiale

4.3.4.1.1.Servicii ambulatorii de tratament

În România, sistemul ambulatoriu de asistență pentru persoanele consumatoare de droguri este format, în special, din centre specializate de asistență. Aceste centre au disponibile echipe multidisciplinare formate din medici, psihologi și asistenți sociali, cu formare specifică în domeniul asigurării tratamentului integrat pentru persoanele consumatoare de droguri în vederea reintegrării psiho-sociale a acestora. Aceste echipe asigură, în primul rând, tratament psihosocial și implementează managementul de caz pentru persoanele consumatoare de droguri. Într-o proporție mai mică sunt asigurate serviciile de identificare și atragere a persoanelor consumatoare de droguri în programele specializate de tratament.

4.3.4.1.2.Servicii rezidențiale de tratament

Rețeaua rezidențială de tratament din România implementează servicii specializate (medicale, psihologice și sociale) în vederea reintegrării psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Principalele servicii asigurate sunt reprezentate de programele de dezintoxicare și de serviciile medicale psihiatrice.

Programul de dezintoxicare este disponibil pentru toți consumatorii de droguri și este realizat, în special, în unitățile sanitare ale Ministerului Sănătății. Aceștia pot continua procesul terapeutic în cadrul comunităților terapeutice, unde beneficiază de servicii de consiliere psiho-socială și de management de caz.

4.3.5.Tratamentul de substituție cu opioide (OST)

4.3.5.1.Principali furnizorii ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee (OST)

Tratamentul de menținere cu metadonă reprezintă o abordare terapeutică recunoscută la nivel național și internațional ca o metodă eficientă pentru tratarea dependenței de opiacee reducând daunele individuale și sociale.

Dezvoltarea unui program de menținere cu metadonă are șanse de reușită dacă programul este accesibil, intrarea în program este rapidă, iar menținerea în program nu este condiționată de o anumită perioadă de timp. Factorii care pot influența participarea beneficiarilor în cadrul unui asemenea program constau în numărul sau locația centrelor care furnizează astfel de programe, programul de lucru al centrului, procedurile de evaluare, precum și gradul de pregătire al specialiștilor din punct de vedere medical, psihologic și social.

În conformitate cu legislația română, tratamentul substitutiv al dependenței de opiacee este disponibil în unitățile sanitare și centrele de tratament pentru toxicomani. Acest tratament

este implementat, atât ambulatoriu, cât și rezidențial, fiind disponibil și în sistemul penitenciar.

Principalii furnizori ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee sunt:

Ministerul Sănătății

În cadrul Programului de sănătate mintală este asigurat tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență la nivel național. Acest program este derulat de 9 spitale din rețeaua Ministerului Sănătății.

Agenția Națională Antidrog

Programele de tratament substitutiv dezvoltate de Agenția Națională Antidrog au fost disponibile în anul 2014 doar la nivelul municipiului București. Aceste servicii au fost derulate prin 3 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Până în anul 2014, serviciile de tratament substitutiv au fost disponibile și în municipiile reședință de județ Oradea și Iași.

Administrația Națională a Penitenciarelor

Persoanele privative de libertate beneficiază de tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență. Acest program este inclus în Programul de sănătate mintală, implementat de Ministerul Sănătății și este derulat printr-un penitenciar spital.

Furnizori privați/ ONG

Principalii furnizori privați/ ONG care implementează programe de tratament substitutiv cu opioide sunt disponibili la nivelul municipiului București. Dintre aceștia, 3 sunt privați și unul este dezvoltat de ONG.

4.3.5.2. Numărul de clienți în OST

În anul 2014, numărul de persoane care au beneficiat de tratament substitutiv la opioide a fost de aproximativ 1219.

Procentul celor care primesc OST, ca tratament, din numărul total de beneficiari înregistrați în TDI, nu poate fi stabilit, deoarece protocolul utilizat până în prezent nu include întrebări legate de acest aspect. Numărul de beneficiari în OST este disponibil luându-se în calcul serviciile oferite la externare.

Tratamentele medicamentoase disponibile în România pentru asistența persoanelor dependente de opiacee sunt cele cu metadonă și cele cu buprenorfină/ naloxonă.

4.3.6. Asigurarea calității serviciilor de asistență

Agenția Națională Antidrog a dezvoltat Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri care oferă cadrul general pentru obținerea consistenței, echității, continuității ofertei de asistență adresate consumatorilor de droguri. Acestea sprijină factorii de decizie, de coordonare, dar și specialiștii în dezvoltarea unui sistem eficient și eficace de asistență a consumatorilor. Prin intermediul acestora, se

oferă direcțiile necesare de sprijinire a coordonării asistenței consumatorilor și managementul general al fiecărui caz de-a lungul diferitelor servicii oferite pe niveluri de asistență.

Totodată, conform celor mai recente date în domeniu, standardele promovează abordarea care permite întâmpinarea și răspunsul la multiplele nevoi ale consumatorilor de droguri. Acesta se obține prin utilizarea unor instrumente, cum ar fi: identificarea multidimensională a riscurilor și nevoilor individuale prin intermediul evaluării pe cele cinci arii, aplicarea criteriilor de orientare, dezvoltarea abordării integrate prin intermediul celor patru programe integrate de asistență (PIT), individualizarea abordării prin stabilirea de comun acord cu pacientul a unui plan individualizat de asistență (PIA), asigurarea concomitenței, continuității și adecvării continue a asistenței oferite prin intermediul managementului de caz. De asemenea, creșterea accesului și facilitarea răspunsului integrat se obține prin recomandările referitoare la diversificarea serviciilor și importanța acordată serviciilor de asistență de tip comunitar, dar și prin promovarea continuă a măsurilor de reabilitare și reinsertie socială.

Furnizorii de servicii medicale, psihologice și sociale pentru consumatorii de droguri sunt persoanele publice, private sau mixte, autorizate, care prestează servicii conform standardelor de calitate. Criteriile și metodologia de autorizare, precum și standardele de calitate au fost stabilite prin ordin comun al ministrului sănătății, ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și ministrului administrației și internelor – Ordinul comun 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.

Centrele de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, prevăzute la art. 29 alin. (1) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/ 2005, cu modificările ulterioare, se autorizează de către Agenția Națională Antidrog.

În vederea asigurării calității serviciilor de asistență, standardele minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri sunt grupate, după cum urmează:

- standarde pentru autorizarea sanitară de funcționare
- standard referitor la cabinete – tipul de cabinete de specialitate necesare
- standard referitor la spațiile de lucru – necesarul și caracteristicile spațiilor de lucru
- standard referitor la asigurarea serviciilor – tipurile de servicii oferite în funcție de tipul centrului

- standard referitor la organizare și funcționare – existența procedurilor/ protocoalelor scrise pentru fiecare tip de serviciu oferit
- standard referitor la structura de personal – necesarul de resurse umane în vederea desfășurării activității.

În conformitate cu Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, au fost elaborate Standardele minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri, aprobate prin decizia președintelui Agenției Naționale Antidrog. Acordarea serviciilor în cadrul unui program se face în mod integrat și continuu, prin intermediul managementului de caz, acesta constând în identificarea necesităților consumatorului, planificarea, coordonarea și monitorizarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență (PIA), în funcție de resursele disponibile existente.

În vederea asigurării tratamentului de substituție pentru consumatorii de heroină, a fost editat un ghid de bună practică - Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee. Acesta a fost aprobat de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și este recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor.

Asigurarea serviciilor de asistență pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în stare privativă de libertate este realizată cu respectarea normelor Ordinului Nr. 1216/ C-1310-543 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, emis de Ministerul Justiției, Ministerul Administrației și Internelor și Ministerul Sănătății.

4.4.TENDINȚE

În anul 2014, au fost înregistrați, conform protocolului TDI, 2622 beneficiari, fiind observată o creștere cu 59% față de 2013 (când au fost înregistrați 1645 beneficiari). Precizăm că, numărul total al persoanelor admise la tratament în perioada 2003 – 2014 a oscilat între un minim înregistrat în 2006 (1350 beneficiari) și un maxim înregistrat în 2014 (2622 beneficiari). De asemenea, numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament înregistrează un maxim în anul 2014, fiind de 1398.

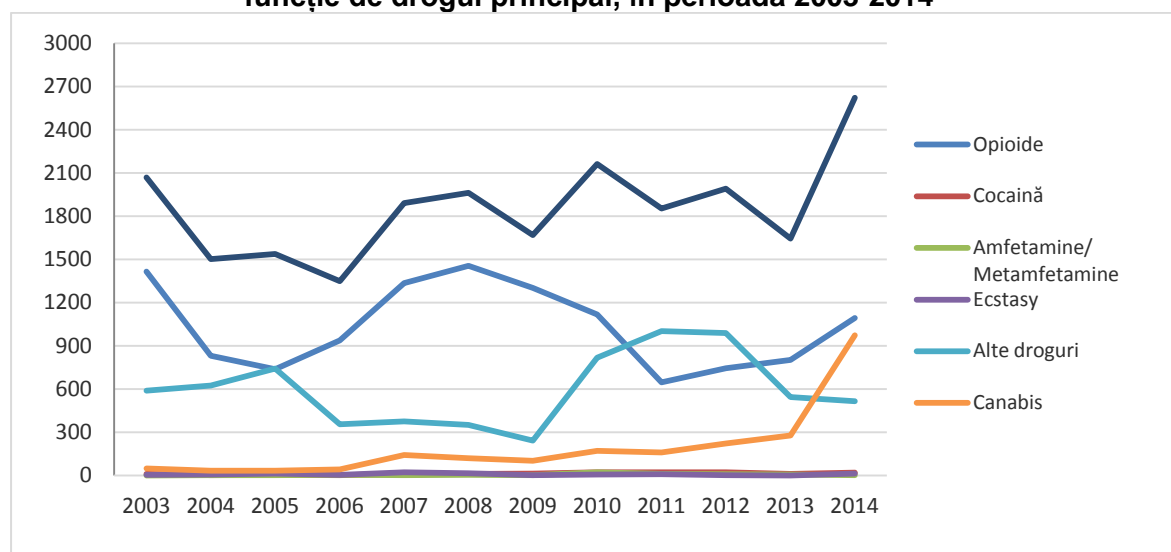
Tendențele numărului total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003 – 2014, indică următoarele:

- Numărul total de admiteri la tratament ca urmare a consumului de opioide prezintă o evoluție oscilantă, cu două scăderi semnificative în 2005 și 2011.
- În perioada 2005 – 2008, admiterile la tratament ca urmare a consumului de opioide înregistrează o creștere generată de sporirea numărului de centre specializate de

tratament (47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, dezvoltate de Agenția Națională Antidrog), precum și de modificările legislative cu privire la obligativitatea raportării datelor cuprinse în Foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri.

- În perioada 2003 – 2010, heroina a reprezentat principalul drog pentru care a fost solicitat tratament. În 2011 și 2012, aceasta s-a clasat pe locul al doilea, dar a revenit pe primul loc în 2013 și 2014, urmând o tendință crescătoare din 2011.

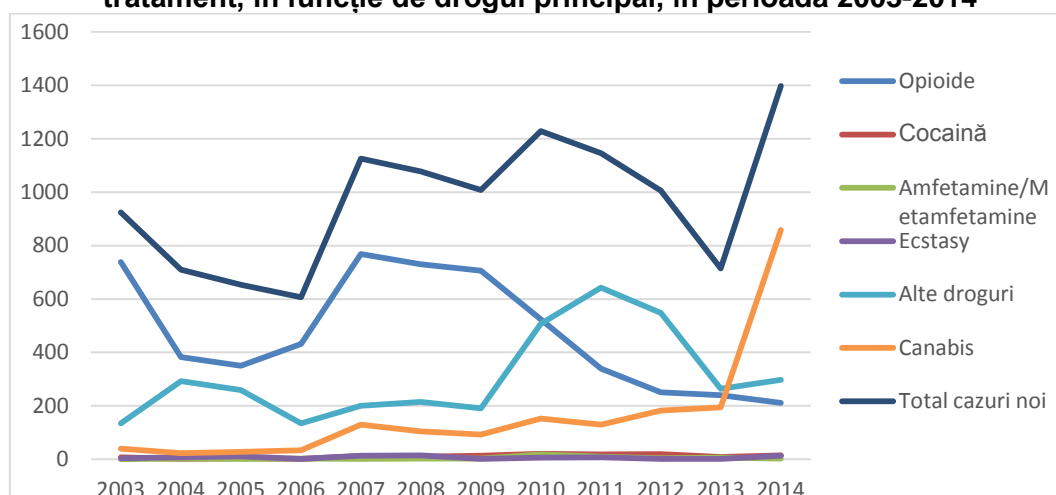
Grafic 4-2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2014



Sursa: ANA

- Scăderea numărului de admiteri la tratament ca urmare a consumului de opioide, concomitent cu creșterea numărului de admiteri ca urmare a consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, poate fi explicată prin schimbarea substanței principale de consum, trecând de la consumul de heroină la cel de SNPP.
- Din anul 2011, ca urmare a apariției măsurilor legislative privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, se observă o scădere a numărului de admiteri ca urmare a consumului de SNPP, concomitent cu o creștere a numărului de admiteri la tratament ca urmare a consumului de opioide, ceea ce ne arată o reîntoarcere la consumul inițial de heroină.
- Canabisul are o tendință crescătoare în perioada analizată, înregistrând în anul 2014 cea mai mare creștere (973 beneficiari). Acest lucru a fost influențat și de intrarea în vigoare a Noului Cod Penal.

Grafic 4-3: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2014



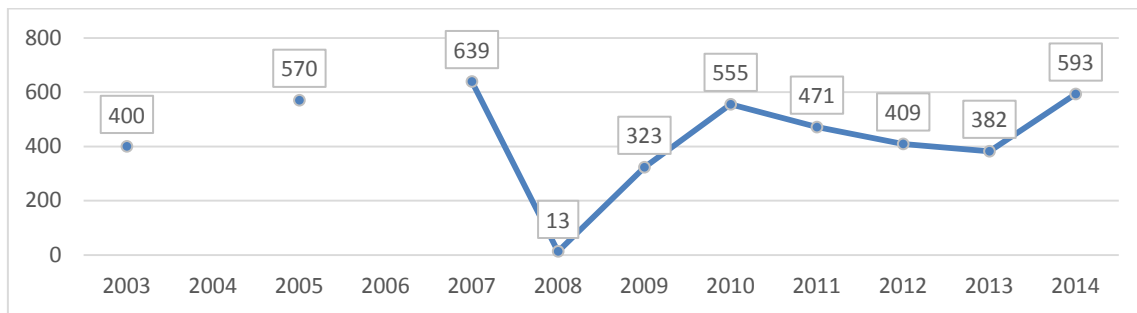
Sursa: ANA

În ceea ce privește tendințele înregistrate de numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003 – 2014, se observă următoarele:

- Din anul 2007, opioidele, (heroina, în principal) continuă să aibă o tendință descrescătoare, ajungând în 2014 la 211 beneficiari, față de 768, câți au fost înregistrați în 2007.
- În contrast, evoluția substanțelor noi cu proprietăți psihoactive (ca parte a categoriei "alte droguri") înregistrează o creștere în perioada 2007 – 2011.
- Evoluția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de cannabis prezintă o curbă ascendentă în perioada analizată 2003-2014, cea mai spectaculoasă creștere având loc în ultimul an, în 2014 cannabisul fiind principala substanță pentru care s-a solicitat tratament.

Numărul de beneficiari aflați în OST a avut o evoluție oscilantă. Acesta a fost calculat luându-se în considerare serviciile oferite în perioada tratamentului în baza fișei de externare. Precizăm că, numărul de beneficiari înregistrați în TDI care primesc OST nu se poate stabili deoarece aceste informații nu sunt cerute conform protocolului EMCDDA.

Grafic 4-4: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2012



Sursa: ANA

4.5. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Un aspect important în acordarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, îl reprezintă aplicarea art. 19 din Legea nr. 143 din 26 iulie 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, ca urmare a intrării în vigoare în 2014 a Noului Cod Penal.

Conform acestui articol, în cazul săvârșirii infracțiunilor de cultivare, producere, fabricare, experimentare, extragere, preparare, transformare, cumpărare sau deținere de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, 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.

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.

4.6. CONCLUZII

Conform datelor indicatorului de admitere la tratament – TDI, numărul total al persoanelor admise la tratament în perioada 2003 – 2014 a oscilat între un minim înregistrat în 2006 (1350 beneficiari) și un maxim înregistrat în 2014 (2622 beneficiari).

În perioada analizată, se observă că heroina a fost drogul al cărui consum a generat cel mai mare număr de persoane admise la tratament, cu un maxim de 1457 de beneficiari, atins în anul 2008. În acest context, numărul de admiteri la tratament a fost influențat de numărul de clienți ai serviciilor de substituție, cele trei curbe având aceeași evoluție. În perioada 2011-2012, evoluția numărului de persoane admise la tratament ca urmare a consumului de heroină a fost direct influențată de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive.

Admiterile la tratament ca urmare a consumul de cannabis, în perioada 2003 – 2011 nu au depășit 9% din totalul admiterilor la tratament. Din anul 2012, procentul a depășit pragul de

10%, atingând un maxim în 2014, de 37%, această creștere fiind influențată de modificările legislative apărute.

Cocaina reprezintă un drog al cărui consum a generat cel mai mic număr de persoane admise la tratament, aproximativ 1% din totalul persoanelor care au primit tratament, înregistrând un maxim în anul 2010 (24 persoane). În anul 2014, au fost admise la tratament ca urmare a consumului de cocaină 21 persoane.

Tendențele înregistrate pentru beneficiarii admiși la tratament au fost influențate de disponibilitatea locurilor la tratament (OST), apariția substanțelor noi cu proprietăți psihoactive, precum și de modificările legislative în domeniul reducerii ofertei și cererii de droguri (cel mai mare impact al acestor modificări fiind observat asupra admitterilor la tratament ca urmare a consumului de cannabis).

5. CELE MAI BUNE PRACTICI ÎN DOMENIU (BEST PRACTICE)

5.1 REZUMAT

Fundamentat pe evidențele științifice în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri și pe problema centrală identificată reprezentată de producția, traficul, distribuția, consumul, dependența și riscurile asociate consumului de droguri, noile abordări subsumate Strategiei naționale în domeniul de referință dezvoltă cadrul național de politici necesar implementării unui răspuns proactiv față de fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și precursori, prin obiective specifice și acțiuni integrate ale instituțiilor naționale și locale.

Noile abordări prezentate în capitol reprezintă pentru România elemente de plusvaloare 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, acestea consolidează rezultatele pozitive obținute în urma implementării documentelor de politici publice anterioare și își propune să ofere soluții pentru depășirea dificultăților întâlnite în practică.

În scopul creșterii eficienței corelative a programelor de prevenire și serviciilor de asistență și al abordărilor noi de tip holistic, în anul 2014, ANA a început implementarea unui proiect tip grant din Fondul Social European.

Proiectul “Egalitate de șanse pe piața muncii – Șansa TA la un viitor mai bun!” reprezintă un nou tip de abordare, sistemic comprehensivă, având, prin particularitățile grupului țintă (465 femei consumatoare de droguri sau la risc de consum și 75 femei aparținând altor grupuri vulnerabile în conformitate cu definiția acestora din Memorandumul JIM, ratificat de România), precum și prin serviciile oferite în cadrul proiectului (calificarea a 540 femei în diverse ocupații profesionale, corelativ cu servicii de consiliere psihologică și socială în scopul creșterii motivației pentru schimbare), o componentă de prevenire selectivă și una de asistență specializată.

O a doua categorie de „new developments” este reprezentată de abordarea inovativă tip justiție terapeutică, în aplicarea reglementărilor în vigoare, începând cu data intrării în vigoare a noului Cod Penal și Cod de Procedură Penală (01.02.2014), abordare care promovează rolul legii ca agent terapeutic, principiile acesteia fiind centrate pe „modalitățile psihosociale” prin care legile și procesele juridice afectează indivizii implicați în procesul penal. Justiția terapeutică reprezintă o abordare orientată către rezultate, determinând efectele produse de sistemul legislativ în materie și analizând cauzele acestora, principiul fundamental asimilat jurisprudenței terapeutice fiind opțiunea terapeutică dar neexcluzând măsurile de manifestare a actului de justiție.

5.2 PROFIL NAȚIONAL

5.2.1. Politici și coordonare

5.2.1.1. Principalele obiective în domeniul asigurării calității prevăzute în Strategia Națională Antidrog

Conform documentelor programatice în materie – Strategia națională antidrog 2013-2020, respectiv Planul de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea SNA – obiectivul general în domeniul reducerii cererii de droguri este ”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”.

În cadrul pilonului orizontal de reducere a cererii droguri, pentru perioada de referință 2012-2020, sunt formulate în mod echilibrat și sistemic și în acord cu evidențele științifice existente în anul 2012, 20 obiective generale (10 aferente prevenirii consumului de droguri și 10 aferente asistenței medicale, psihologice și sociale destinate consumatorilor de droguri).

În ceea ce privește subdomeniul ”Prevenirea consumului de droguri” sunt formulate 10 obiective generale, din care: 2 alocate prevenirii în școală, 2 alocate prevenirii în familie, 3 alocate prevenirii în comunitate și, respectiv, 3 campaniilor de informare publică de reducere a cererii de droguri.

În cadrul subdomeniului ”Asistența consumatorilor de droguri”, 5 obiective generale sunt alocate ariei serviciilor de ”identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată” (nivelul I de asistență – servicii de bază pentru consumatorii de droguri și, mai ales, pentru consumatorii cu dependență de droguri injectabile) și 5 obiective generale sunt alocate ariei serviciilor de ”asistență specializată în vederea integrării sociale a consumatorilor de droguri” (servicii integrate de nivel II de evaluare multidimensională a consumatorilor de droguri, medicale, psihologice și sociale, centre ambulatorii de asistență integrată și, respectiv servicii înalt specializate de nivel III - centre de zi, centre rezidențiale tip comunitate terapeutică etc).

Dintre cele 20 obiective, un singur obiectiv din aria asistenței specializată în vederea integrării sociale a consumatorilor de droguri conține în enunț sintagma ”standarde de calitate” – obiectivul B.2.1. ”Dezvoltarea politicilor adecvate standardelor de calitate în vederea asigurării accesului în circuitul integrat de asistență a consumatorilor și consumatorilor dependenți”.

Îndeplinirea acestui obiectiv sistemic se realizează, în principal, pe promovarea și implementarea Standardelor sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială

destinat consumatorilor de droguri, standarde legiferate printr-un act normativ secundar la legea specială privind drogurile - H.G. nr. 860 din 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.

Prin acest act normativ, implicit prin standardizarea sistemului național de asistență, a fost conceput designul unui sistem bazat pe nevoile și particularitățile psihologice ale consumatorilor, cu evidențele științifice existente la acel moment, sistem care a înlocuit vechiul sistem devenit anacronic și insuficient, de tip longitudinal, cu servicii exclusive de tipul cură de dezintoxicare și postcură.

Noul sistem standardizat a fost conceput pornind de la evaluarea resurselor, inclusiv de tip centre, servicii, formare profesională etc, oferind cadrul general pentru obținerea consistenței, echității și continuității ofertei de asistență adresate consumatorilor de droguri și conturarea unor elemente de eficiență și eficacitate a serviciilor. Prin intermediul acestor servicii standardizate, prin procesul de management de caz, este oferit cadrul/ direcțiile necesare pentru asigurarea coordonării asistenței integrate pe tot parcursul referirii și includerii unui caz în diferite tipuri de centre/ servicii.

Totodată, standardizarea sistemului în funcție de evidențele științifice în domeniu, permite abordarea centrată pe răspunsul la multiplele nevoi ale consumatorului de droguri (medicale, psihologice și sociale), răspuns formulat individualizat prin identificarea multidimensională a riscurilor, nevoilor și factorilor de protecție, prin intermediul evaluării consumatorului de droguri pe 5 arii, cu aplicarea criteriilor de orientare, dezvoltarea abordării integrate prin intermediul celor 4 programe integrate de asistență (PIT) și individualizarea abordării corelativ cu asigurarea consensului beneficiarului, prin stabilirea în comun a planului individualizat de asistență (PIA).

În plus, standardizarea sistemului permite, prin aplicarea managementului de caz, asigurarea concomitenței, continuității și adecvării continue a asistenței, în funcție de complianța beneficiarului. De asemenea, creșterea accesului beneficiarilor la servicii și facilitarea unui răspuns sistemic reprezintă obiective care pot fi obținute prin recomandările referitoare la diversificarea serviciilor și promovarea permanentă a măsurilor de reabilitarea și reinserție socială, recomandări formulate de către profesioniști în planul individualizat de asistență (PIA).

Un alt element fundamental al sistemului național standardizat de asistență a consumatorilor de droguri este reprezentat de dezvoltarea rețelei de coordonare locală, prin crearea și dezvoltarea serviciilor de evaluare și management de caz, de la nivelul celor 47 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (CPECA), servicii cu rol local de coordonare, monitorizare și planificare a asistenței consumatorilor de droguri.

Ultimul element cheie al standardizării sistemului național integrat de asistență medicală, psihologică și socială destinat consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri este cel al „topografiei” acestuia, adică al structurării sale pe 3 nivele de asistență.

Primul nivel al sistemului are ca scop dezvoltarea rețelei serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri, adaptate nevoilor consumatorilor de droguri care nu au accesat serviciile sistemului de asistență, în vederea creării unor schimbări pozitive pe termen lung, la nivel individual și la nivelul comunității.

Acest nivel presupune identificarea, atragerea, motivarea și referirea consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți spre serviciile cu nivel crescut de specializare, abordarea necesităților sociale și medicale de bază ale consumatorilor de droguri și coordonarea necesară cu resursele din nivelul 2 și 3.

Nivelul doi al sistemului asigură asistența specializată, monitorizarea și referirea beneficiarilor spre cel de-al treilea nivel, ca și coordonarea necesară între toate nivelurile de intervenție.

Acest element se constituie ca elementul central al sistemului integrat, prin asigurarea procesului de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, respectiv etapele de evaluare (pe 5 arii) a consumatorilor de droguri, stabilirea programului/ elaborarea planului individualizat de asistență, includerea în program a beneficiarului prin semnarea acordului de asistență, implementarea măsurilor prevăzute în planul individualizat de asistență și finalizarea programului de către beneficiar.

Acest nivel reprezintă singura verigă aflată în legătură cu sistemul penal în domeniul drogurilor, respectiv cu instituțiile de aplicare a legii.

Astfel, în conformitate cu principiile justiției terapeutice, actul normativ care introduce standardele sistemului național de asistență reglementează faptul că persoana care consumă ilicit droguri aflate sub control național, poate fi inclusă, cu acordul său și după evaluarea multidimensională făcută de echipa de asistență (medic, psiholog și asistent social) într-un program integrat de asistență, program care cuprinde totalitatea serviciilor de sănătate, psihologice și sociale asigurate în mod integrat prin unități medicale, psihologice și sociale. În această situație, legea dispune obligativitatea evaluării consumatorului de către centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, măsură dispusă de procuror, în scopul includerii consumatorului în circuitul integrat de asistență. Legea prevede posibilitatea neaplicării unei pedepse sau amânarea aplicării pedepsei pentru consumatorii de droguri care respectă măsurile programului integrat de asistență, aceasta fiind, de fapt, un element esențial în abordarea terapeutică și motivațională a consumatorului, pentru a atinge scopul centrat pe reintegrarea sa socială.

Cel de-al treilea nivel de asistență, prin dezvoltarea unor servicii cu nivel crescut de specializare și resurse ce sprijină nivelul 2, are ca scop integrarea socială a consumatorilor

de droguri, prin intensificarea intervențiilor psiho-sociale și motivaționale și alte prin intervenții specifice.

În aria prevenirii consumului de droguri, așa cum s-a menționat și la capitolul 3, subcapitolul Asigurarea calității.

5.2.1.2.Principalele instituții care promovează asigurarea calității în intervențiile din domeniul reducerii cererii de droguri

Componenta de prevenire este descrisă în capitolul 3.

Asistență – Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Ministerul Sănătății și MAI, prin ANA

A. Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale identifică, elaborează și promovează strategiile și politicile guvernului în domeniul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice în deplină concordanță cu politicile comunitare, prevederile Programului de Guvernare și principiile ordinii de drept și ale democrației, fiind garantul instituțional pentru respectarea drepturilor tuturor cetățenilor la măsurile de protecție socială și pentru asigurarea elaborării și implementării cadrului legal necesar îmbunătățirii relațiilor de muncă.

În contextul promovării unui dialog social activ la nivel național, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice acționează pentru asigurarea unei interacțiuni pozitive și dinamice a politicilor sociale și de ocupare a forței de muncă, în vederea îmbunătățirii calității vieții tuturor cetățenilor, asigurării coeziunii sociale și reducerii sărăciei și a riscului de excluziune socială prin asigurarea unui sistem social de calitate, echitabil și accesibil pentru toți cetățenii.

B. Ministerul Sănătății este organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului României și reprezintă autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publică.

Misiunea Ministerului Sănătății este de a elabora - în acord cu Programul de guvernare - politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, a coordona și controla implementarea acestora la nivel național, regional și local și de a răspunde de realizarea procesului de reformă în domeniul sanitar.

Totodată, Ministerul Sănătății organizează, coordonează, îndrumă activitățile pentru asigurarea sănătății populației și acționează pentru prevenirea și combaterea practicilor care dăunează sănătății, inclusive în ceea ce privește consumul de droguri (pentru activitățile de prevenire) și, respectiv dependență de droguri (în cazul serviciilor de sănătate specializate).

Obiectivele strategice ale Ministerului Sănătății sunt: creșterea accesului la serviciile de sănătate; creșterea calității vieții prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical;

revizuirea sistemului de finanțare și implementarea unui control riguros al cheltuielilor publice; promovarea politicilor de sănătate bazate pe dovezi și implicit reaşezarea ponderii componentelor sistemului de sănătate (servicii de sănătate publică, servicii de sănătate comunitare, servicii preventive, asistență medicală ambulatorie, asistență medicală spitalicească); depolitizarea managementului sistemului de sănătate, fundamentat pe criterii de performanță.

În conformitate cu legislația națională în materia sănătății publice - Legea 96 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare – în ceea ce privește serviciile de asistență pentru consumatorii dependenți de opiacee, anual, în baza unor standarde minime, sunt prevăzute servicii de specialitate și, corelativ, resurse financiare în cadrul Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică.

5.2.1.3.Sistemul de acreditare pentru intervențiile furnizate în domeniul reducerii cererii de droguri

A. Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale

Prin punerea în aplicare a Legii nr.197/ 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările ulterioare și, respectiv, a Hotărârii de guvern nr.118 din 19 februarie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.197/ 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice a introdus un nou sistem de acreditare care are în vedere, pe de o parte, acreditarea furnizorilor de servicii sociale și, pe de altă parte, acreditarea serviciilor sociale.

Astfel, MMFPSPV realizează evaluarea furnizorilor de servicii sociale, în vederea acreditării acestora, în baza unui set de criterii administrative, în timp ce, evaluarea serviciilor sociale se va realiza în baza unor standarde minime de calitate specifice diverselor categorii de servicii sociale. Totodată, procedura de acreditare presupune două etape, una de verificare administrativă realizată de personal de specialitate de la nivelul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și una de evaluare în teren, realizată de inspectorii sociali de la nivelul agențiilor teritoriale pentru plăți și inspecție socială.

Noua procedură se aplică atât furnizorilor de servicii sociale care erau deja acreditați la data intrării în vigoare a prevederilor Legii nr.197/ 2012 cu modificările ulterioare, cât și celor noi intrați în sistem.

Conform legii, procedura de evaluare în vederea acreditării serviciilor sociale vizează depunerea cererilor și acordarea licenței de funcționare provizorii pe o perioadă de 1 an, pe baza unei verificări administrative, urmând ca în această perioadă să fie realizată evaluarea de teren pentru acordarea licenței de funcționare. Având în vedere numărul mare de servicii sociale ce trebuie acreditate, legea a prevăzut o perioadă de 12 luni în care să se depună

cererea de acreditare a serviciilor sociale acordate de către furnizorii de servicii sociale care dețineau certificat de acreditare conform legislației anterioare, precum și o perioadă de 1 an pentru realizarea evaluării în teren conform noii proceduri.

De asemenea, în cazul acreditării serviciilor sociale, în prima etapă de evaluare se verifică fișa de autoevaluare completată de furnizorul de servicii sociale în baza standardelor minime de calitate specifice serviciului pentru care se solicită acordarea licenței de funcționare.

Rezumând, principalele noutăți aduse de Legea nr.197/ 2012, cu modificările și completările ulterioare urmăresc:

I. Crearea unui sistem de evaluare, monitorizare și control echitabil și transparent:

- acreditarea furnizorilor de servicii sociale pe baza unor criterii specifice și acordarea certificatului de acreditare pe perioadă nedeterminată;
- acreditarea serviciilor sociale, în baza standardelor minime de calitate și acordarea licenței de funcționare pe o perioadă de cinci ani urmată de reacreditarea acestora;
- încadrarea opțională, la cererea furnizorului, a serviciilor sociale acordate pe trei nivele de calitate, în baza unor indicatori de performanță.

II. Organizarea unor structuri de specialitate la nivelul MMFPSPV cu responsabilități în domeniu:

- compartimentul de acreditare (analizează rapoartele de evaluare și propune acordarea/ neacordarea acreditării);
- compartimentul de standardizare (elaborează standarde, indicatori, ghiduri metodologice, proceduri).

III. Introducerea de sancțiuni pentru nerespectarea legislației în domeniu.

Reglementările cuprinse în Legea nr.197/ 2012, cu modificările și completările ulterioare își propun atingerea următoarelor rezultate:

- Eliminarea conflictului de interese în evaluarea calității serviciilor, cauzat de participarea, la evaluarea serviciilor sociale, a reprezentanților unor instituții și organizații furnizoare de servicii sociale, așa cum se realizează în prezent;
- Transparență și claritate a procedurii de acreditare: utilizarea de către evaluatori a unor proceduri unice și transparente;
- Recunoașterea/ încurajarea performanței serviciilor sociale, prin încadrarea în nivele de calitate;
- Realizarea monitorizării și controlului în domeniu, pe criterii egale, echitabile și transparente, precum și introducerea unor sancțiuni clare în caz de încălcare a prevederilor legale;
- Coordonarea și monitorizarea unică a condițiilor de asigurare a calității în domeniul serviciilor sociale de către MMFPSPV;

- Realizarea evaluării în teren, după o planificare strictă, de către inspectorii sociali; de asemenea se reduc costurile, inspectorii sociali având oricum atribuția de a efectua activități de evaluare și control a serviciilor sociale.

Prin implementarea normelor de aplicare ale legii și, respectiv prin aplicarea standardelor serviciilor sociale, inclusive, serviciilor adresate consumatorilor de droguri, sunt stabilite următoarele aspecte:

- procedura de acreditare a furnizorilor, documentele justificative solicitate pentru eliberarea certificatului de acreditare, etapele de evaluare și termenele aferente, atribuțiile evaluatorilor, modelul certificatului de acreditare etc;
- procedura de acreditare a serviciilor sociale, documentele justificative solicitate pentru eliberarea licenței provizorii/ licenței de funcționare, etapele de evaluare și termenele aferente, responsabilitățile evaluatorilor și ale inspectorilor sociali, modalitățile de eliberare a licenței de funcționare, modelul fișei de autoevaluare, al raportului de evaluare în teren, al licenței de funcționare;
- procedura de evaluare a nivelelor de calitate și încadrarea în clasele corespunzătoare, documentele solicitate, etapele și termenele de evaluare, modelul siglei aferente clasei de calitate;
- modalitățile de acordare a deciziilor de suspendare sau retragere a acreditării furnizorului și serviciului social.

În aplicarea prezentelor normelor metodologice, pe lângă modelul certificatului de acreditare, al licenței de funcționare, al siglei aferente clasei de calitate, modelul fișei de autoevaluare, al raportului de evaluare în teren, în anexe sunt prevăzute modele la o serie de alte documente ce sunt utilizate în cadrul procedurilor, după cum urmează:

- Model cerere de acreditare, cerere de licențiere a serviciului/ cerere de reacreditare a serviciului, cerere de încadrare în clase de calitate.
- Model angajament privind respectarea obligației prevăzute la art.10 alin.(3) din Legea nr. 197/ 2012, cu modificările ulterioare și angajament al furnizorului de a notifica MMFPSPV asupra oricăror modificări referitoare la serviciul social acreditat, intervenite după acordarea licenței de funcționare.
- Model notificare de acreditare a serviciului, notificare de retragere a acreditării provizorii a serviciului social, notificare de reacreditare a serviciului social.
- Model referat de evaluare a furnizorului, referat de evaluare a serviciului social, referat de evaluare a calității serviciului social.
- Model decizie de acreditare a furnizorului, decizie de respingere a acreditării furnizorului, decizie de acordare a licenței provizorii, decizie de acordare a licenței de funcționare, decizie de retragere a licenței provizorii, decizie de reacreditare a serviciului social,

decizie de încadrare a serviciului social într-o clasă de calitate, decizie de respingere a cererii de încadrare în clase de calitate a serviciului social, decizie de suspendare a acreditării serviciului social, decizie de retragere a acreditării serviciului social, decizie de retragere a acreditării furnizorului.

- Model raport de evaluare a calității pentru încadrarea într-o clasă de calitate, raport de constatare pentru suspendarea/ retragerea acreditării serviciilor sociale.
- Impactul social preconizat de aplicarea reglementărilor de implementare a unui sistem standardizat de autorizare a serviciilor sociale și furnizorilor de servicii sociale sunt:
- Asigurarea, menținerea și îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor sociale va avea impact direct asupra calității vieții beneficiarilor finali - persoanele vulnerabile, inclusiv consumatorii de droguri și consumatorii dependenți. Aceste persoane, aflate în situație de risc social, pot astfel să se adreseze unei game mai largi și diversificate de servicii sociale și să primească ajutor și suport specializat, în conformitate cu nevoile individuale, dar și cu așteptările lor.
- Furnizorii de servicii sociale își pot dezvolta activitatea în domeniu, în baza unor reglementări clare și accesibile, cu respectarea unor principii de bază ale pieții, cum ar fi transparența și concurența.
- Respectarea principiului transparenței privind calitatea serviciilor va avea impact atât asupra furnizorilor de servicii sociale, asigurând un mediu concurențial pentru promovarea bunelor practici și a performanței, cât și asupra gestionării eficiente a fondurilor publice și a resurselor umane și materiale utilizate.

B. Ministerul Sănătății

Conform reglementărilor în domeniu, programele naționale de sănătate reprezintă cadrul implementării obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice de către Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică. Acestea se adresează populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și prelungirea vieții de bună calitate, principalelor domenii de intervenție ale sănătății publice și răspund priorităților naționale identificate prin Strategia națională de sănătate.

Programele naționale de sănătate sunt finanțate de la bugetul de stat, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, din fonduri externe rambursabile și nerambursabile, din venituri proprii, donații și sponsorizări, precum și din alte surse, potrivit legii.

Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar implementarea acestora se realizează de către Ministerul Sănătății și/ sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

Beneficiarii programelor naționale de sănătate sunt persoanele care au calitatea de asigurat și persoanele care au domiciliul în România și care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse.

Activitățile principale ale Programului de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică sunt:

- asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodenanță;
- testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate utilizate în cadrul acestui program sunt:

I. Pentru tratamentul de substituție cu agoniști de opiacee:

I.1. Criteriile de includere a pacienților:

- vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- diagnostic DSM IV/ ICD 10 de dependență de opiacee;
- test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

I.2. Criteriile de orientare pentru includerea în tratamentul de substituție:

- afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;
- comportament de consum cu risc;
- HIV/ SIDA;
- femei însărcinate;
- comorbidități psihiatrice;
- comorbidități somatice;
- polidependență.

I.3. Criterii de excludere a pacienților:

- nerespectarea îndeplinirii recomandărilor medicale primite pe parcursul programului;
- nerespectarea regulamentului de organizare internă al furnizorului de servicii medicale;
- refuzul de a se supune testării pentru depistarea prezenței drogurilor sau metaboliților acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;
- comportamente agresive fizice ori verbale;
- falsificarea de rețete sau orice alt tip de document medical;
- consumul și traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;
- înscrierea simultană la mai multe unități sanitare care derulează programul de tratament de substituție.

II. Pentru tratamentul de substituție cu antagoniști de opiacee (Naltrexona):

II.1. Criterii de includere a pacienților:

- vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- diagnostic DSM IV/ ICD 10 de dependență de opiacee;
- test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abținere între 7 și 14 zile;
- declarația pacientului pentru abținerea totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimțământ informat asupra riscurilor și beneficiilor tratamentului cu naltrexona.

II.2.Criterii de excludere a pacienților:

- test pozitiv de opiacee;
- semne și simptome clinice de consum recent de opiacee;
- semne clinice și paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatorii de evaluare ai Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică:

1) indicatori fizici:

- numărul de bolnavi în tratament substitutive;
- numărul de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor.

2) indicatori de eficiență:

- costul mediu/ bolnav cu tratament de substituție/ an: 1.405 lei;
- costul mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină: 9,40 lei.

Consumatorii de droguri identificați cu infecția HIV, în baza criteriilor de orientare și indicatorilor fizici anuali stabiliți de Ministerul Sănătății, pot accesa Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV.

Legea sănătății nr. 95/ 2006, cu modificările și completările ulterioare reglementează și faptul că Autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății Publice, care pun în aplicare politica și programele naționale de sănătate publică pe plan local, identifică problemele locale prioritare de sănătate publică, elaborează și implementează acțiuni locale de sănătate publică.

Suplimentar, legea reglementează asistența medicală profilactică și curativă, tip de asistență la care, nediscriminatoriu, au acces și consumatorii de droguri și consumatorii dependenți, asistență care poate fi desfășurată prin:

- cabinete medicale ambulatorii ale medicilor de familie și de alte specialități, centre de diagnostic și tratament, centre medicale, centre de sănătate, laboratoare, precum și prin alte unități sanitare publice și private;
- unități sanitare publice și private cu paturi.

Aceste unități medicale au obligația asigurării condițiilor de mobilitate a informației medicale în format electronic, prin utilizarea sistemului dosarului electronic de sănătate al pacientului. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu acest sistem din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure condițiile de securitate și confidențialitate în procesul de transmitere a datelor.

C. Caracterul integrat al cadrului legislativ în material standardelor minime pentru serviciile de nivel 1, 2 și 3 din cadrul sistemului național integrat de asistență medical, psihologică și socială a consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți este asigurat de reglementările Ordinului comun al Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și Ministerului Internelor și Reformei Administrative 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, cu modificările și completările ulterioare .

Ordinul comun este structurat în 2 părți:

1. Criteriile și metodologia de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, accepțiunea sintagmei “centre de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri” fiind cea din legislația specială în materie, respectiv cea prevăzută la art.29 alin (1) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, regulament aprobat prin H.G. nr. 860/ 2005, cu modificările și completările ulterioare. În cadrul acestei anexe sunt prevăzute criteriile cumulative pe baza cărora sunt autorizate aceste centre, precum și documentele de conformitate necesare procesului de autorizare.

2. Standardele minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de servicii pentru consumatorii de droguri care sunt structurate în 4 tipuri:

- Standarde referitoare la cabinetele medicale, psihologice și asistență socială din cadrul centrelor de furnizare servicii pentru consumatorii de droguri, standarde referitoare la spațiile de lucru din cadrul Centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centrelor de zi, centrelor tip comunitate terapeutică, locuințelor protejate, centrelor de asistență integrată a adicțiilor, centrelor de dezintoxicare și, respectiv centrelor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.
- Standarde referitoare la asigurarea serviciilor, respectiv criteriile minime privind serviciile oferite de centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centrele de zi, centrele tip comunitate terapeutică, locuințele protejate, centrele de asistență integrată a

adicțiilor, centrele de dezintoxicare și, respectiv centrele de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

- Standarde referitoare la organizarea și funcționarea centrelor menționate anterior.
- Standarde referitoare la structura de personal din cadrul centrelor menționate.

5.2.1.4.Sistemul educațional specific pentru profesioniștii din domeniul reducerii cererii de droguri

A. În ceea ce privește sistemul educațional din România, componenta academică, în cadrul Universității București, Facultatea de Asistență Socială, a fost organizat, începând cu anul 2004, singurul programul de master în domeniul reducerii cererii de droguri, program denumit "Prevenirea traficului și consumului ilicit de droguri". Această specializare de master își propune pregătirea de specialiști practicieni sau cercetători în domeniu, cu calificare recunoscută la nivel internațional, care să formeze un corp profesional de viitori funcționari publici, lucrători în sectorul neguvernamental sau liber-profesioniști în domeniu.

Programul de master acreditat, cu o durată de 24 luni, este structurat pe următoarele discipline cheie:

- Aspecte juridice privind regimul substanțelor stupefiante, psihotrope și precursorilor;
- Teoria și practica consilierii antidrog;
- Sociologia victimei;
- Instituții și programe europene antidrog;
- Deontologia profesională a asistentului social în activitatea antidrog;
- Politici sociale și tendințe în prevenirea consumului ilicit de droguri;
- Managementul programelor antidrog;
- Psihologia socială aplicată;
- Terapia și asistența persoanelor toxicodependente;
- Justiția terapeutică;
- Drept administrativ în asistența socială;
- Metode și tehnici de prevenire a consumului ilicit de droguri;
- Prevenirea și asistența consumatorilor de droguri în penitenciare;
- Protecția drepturilor omului în asistența și terapia persoanelor toxicodependente.

Activitățile didactice sunt susținute de către profesori, conferențieri și lectori doctori titulari și/sau asociați din cadrul Facultății de Sociologie și Asistență Socială, iar activitățile practice sunt realizate în instituții publice și în organizații nonguvernamentale, în baza unor protocoale încheiate cu acestea (Agenția Națională Antidrog și structurile subordonate, Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia", Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor „Sf. Stelian“, Inspectoratul General al Poliției de Frontieră etc).

Din corpul profesoral al masterului face parte din anul universitar 2013-2014 și un specialist în domeniul reducerii cererii de droguri din cadrul Agenției Naționale.

În conformitate cu legea cadru educației naționale – Legea nr. 1/ 2011 a educației naționale, cu modificările și completările ulterioare -, programele de studii universitare de master reprezintă al II-lea ciclu de studii universitare și se finalizează prin nivelul 7 din EQF/ CEC (Cadru european al calificărilor pentru învățare pe tot parcursul vieții) și din Cadru Național al Calificărilor. Acestea au o durată normală de 1-2 ani și corespund unui număr minim de credite de studii transferabile, cuprins între 60 și 120.

Acreditarea pentru o universitate a unui domeniu de studii universitare de master, împreună cu stabilirea numărului maxim al studenților care pot fi școlarizați și cărora li se poate acorda o diplomă de absolvire se realizează prin hotărâre a Guvernului, în urma evaluării externe realizate de către ARACIS (Agenția Română de Asigurare a calității în învățământul Superior) sau de către o altă agenție de asigurare a calității, din țară sau străinătate, înregistrată în Registrul European pentru Asigurarea Calității în Învățământul Superior (EQAR).

B. În ceea ce privește calificările, ca urmare a inițiativei și eforturilor unor profesioniști în domeniul reducerii cererii de droguri din cadrul ANA, în COR - Clasificarea Ocupațiilor din România – a fost introdusă ocupația de “consilier în adicții”, ca o componentă a grupei ocupaționale de “specialiști în asistență socială și consiliere”, având ca și condiționalitate de acces nivelul 4 de instruire (studii superioare). Standardul ocupațional a fost aprobat, în anul 2011, de Autoritatea Națională pentru Calificări (ANC), singura instanță care asigură în România implementarea cadrului general pentru realizarea formării profesionale continue și dezvoltarea de calificări necesare susținerii unei resurse umane naționale competitive.

Standardul descrie activitățile consilierului în domeniul adicțiilor care lucrează în sectorul public sau privat - instituții care oferă servicii de asistență socială, asistență medicală, centre de recuperare de tip ambulatoriu sau rezidențial, spitale, biserici, penitenciare, departamente de asistență socială, de tip zonal sau local, afiliate instituțiilor de stat, cum ar fi Direcțiile de Sănătate Publică, Direcțiile de Asistență Comunitară din cadrul Primăriilor, Direcțiile de Asistență Socială și Protecția Copilului etc.

Consilierul în domeniul adicțiilor lucrează atât la nivel individual, cât și în echipa multidisciplinară, fiind specialistul care informează și previne (component de prevenire), consiliază persoanele afectate direct sau indirect de dependență, care realizează dialogul cu pacienții/ beneficiarii, întocmește dosarele de caz, evaluează complexitatea cazului de dependență/ codependență, îndrumă pacienții/ beneficiarii spre stabilirea tratamentului, consiliază din punct de vedere spiritual, monitorizează pacienții în timpul tratamentului, soluționează conflictele intra și inter-personale, consiliază pacienții aflați în recădere, asigură propria dezvoltare personală și profesională. Munca de consilier în domeniul adicțiilor,

presupune desfășurarea activităților atât în cadrul instituției angajatoare, cât și în cadrul instituțiilor partenere (școli, spitale, biserici etc.).

Pentru a deveni consilier în domeniul adicțiilor, sunt necesare următoarele studii: licențiat în domeniul socio-medical și experiență în acest domeniu. Cunoștințele și abilitățile necesare sunt:

- cunoștințe teoretice despre tehnici, tipuri și strategii de comunicare și lucru în echipă;
- cunoștințe despre psihologia vârstelor (copii, tineri, adulți);
- cunoștințe teoretice despre problematica dependenței/ codependenței (cauze, factori declanșatori, metode de recuperare, prevenirea recăderii etc.);
- noțiuni despre utilizarea metodelor, tehnicilor și instrumentelor de mediere, negociere și soluționare a conflictelor;
- cunoștințe despre dinamica grupurilor;
- noțiuni generale din domeniul socio-uman (sociologie, asistență-socială, psihologie, teologie, medicină etc.);
- cunoștințe despre metode/ terapii utilizate în abordarea consumatorilor de droguri;
- capacitatea de a utiliza instrumente de culegere de informații, de testare și evaluare;
- abilități de a utiliza internetul și de operare PC etc.

C. În ceea ce privește formarea continuă, Agenția Națională Antidrog, prin Centrul Național de Formare și Documentare în Domeniul Drogurilor (CNFDD), pe baza programei cadru de formare în domeniul adicțiilor, organizează programe de formare în domeniile:

- Prevenirea consumului de droguri
- Consiliere antidrog
- Politici publice antidrog.

Printre alte atribuții, Centrul Național de Formare și Documentare în Domeniul Drogurilor, implementează programe de formare continuă și perfecționare pentru personalul propriu și alte categorii de personal cu atribuții în domeniu (medici, psihologi, asistenți sociali, cadre didactice, polițiști etc.), coordonează și monitorizează derularea de sesiuni de informare și formare în domeniul drogurilor la nivelul structurilor teritoriale proprii și acreditează programele de formare propuse de alți furnizori de formare, conform programei-cadru de formare în domeniul drogurilor și în acord cu obiectivele documentelor programatice din domeniu.

5.2.1.5. Noi abordări în furnizarea celor mai bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri

1. În domeniul asistenței specializate de nivel 3 (servicii specializate destinate consumatorilor de droguri) și al prevenirii selective (pentru grupurile vulnerabile, aflate în situații de risc).

În contextul resurselor financiare extrem de limitate alocate domeniului reducerii cererii de droguri în perioada 2012-2014 și al unei rate curente de absorbție a fondurilor comunitare foarte scăzute - 8,53% în anul 2012 -, specialiștii Serviciului Reducerea Cererii de Droguri din cadrul Agenției Naționale Antidrog au aplicat și câștigat, în cadrul Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, proiectului tip grant “Egalitate pe piața muncii – Șansa TA la un viitor mai bun!”, ID 135606.

Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane reprezintă documentul cadru cheie propus de România și aprobat de Comisia Europeană, care definește strategia de dezvoltare, intervenția Fondului Social European sprijinind atingerea obiectivelor în domeniul dezvoltării resurselor umane.

Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU) a fost elaborat în conformitate cu prevederile Orientărilor Strategice Comunitare privind Coeziunea, cu Strategia Lisabona privind ocuparea și locurile de muncă, ținându-se cont de Regulamentul Consiliului (CE) nr. 1083/ 2006 privind stabilirea dispozițiilor generale pentru

Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de Coeziune, Regulamentul Consiliului (CE) nr. 1081/ 2006 privind Fondul Social European și Regulamentul Comisiei (CE) nr. 1828/ 2006 stabilind regulile pentru implementarea Regulamentului Consiliului

(CE) nr. 1083/ 2006 privind stabilirea dispozițiilor generale pentru Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de Coeziune.

Obiectivul general al POS DRU îl constituie dezvoltarea capitalului uman și creșterea competitivității, prin corelarea educației și învățării pe tot parcursul vieții cu piața muncii și asigurarea de oportunități sporite pentru participarea viitoare pe o piață a muncii modernă, flexibilă și inclusivă a 1650000 persoane.

Obiectivele specifice ale POS DRU au fost :

- Promovarea educației și formării inițiale și continue de calitate, inclusiv educația superioară și cercetarea;
- Promovarea culturii antreprenoriale și creșterea calității și productivității muncii;
- Facilitarea inserției tinerilor și a șomerilor de lungă durată pe piața muncii;
- Dezvoltarea unei piețe a muncii moderne, flexibile și inclusive;
- Promovarea inserției/ reinserției pe piața muncii a persoanelor inactive, inclusiv din zonele rurale;
- Îmbunătățirea serviciilor publice de ocupare;
- Facilitarea accesului grupurilor vulnerabile la educație și pe piața muncii.

Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane este structurat pe 7 Axe Prioritare și 21 Domenii Majore de Intervenție, după cum urmează:

Tabel 5-1: Structura Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane

Nr. crt.	Axe prioritare	Domenii majore de intervenție
1.	Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere	1.Acces la educație și formare profesională inițială de calitate; 2.Calitate în învățământul superior; 3.Dezvoltarea resurselor umane în educație și formare profesională; 4.Calitate în FPC; 5.Programe doctorale și post-doctorale în sprijinul cercetării.
2.	Corelarea învățării pe tot parcursul vieții cu piața muncii	1.Tranziția de la școală la viața activă; 2.Prevenirea și corectarea părăsirii timpurii a școlii; 3. Acces și participare la FPC.
3.	Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor	1.Promovarea culturii antreprenoriale; 2.Formare și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității; 3.Dezvoltarea parteneriatelor și încurajarea inițiativelor partenerilor sociali și societății civile.
4.	Promovarea măsurilor active de ocupare	1.Dezvoltarea și implementarea măsurilor active de ocupare; 2.Promovarea sustenabilității pe termen lung a zonelor rurale în ceea ce privește dezvoltarea resurselor umane și ocuparea forței de muncă.
5.	Promovarea incluziunii sociale	1.Dezvoltarea economiei sociale; 2.Îmbunătățirea accesului și a participării grupurilor vulnerabile pe piața muncii; 3.Promovarea egalității de șanse pe piața muncii; 4.Inițiative trans-naționale pentru o piață inclusivă a muncii.
6.	Asistență tehnică	1.Sprijin pentru implementarea, managementul general și evaluarea POS DRU; 2.Sprijin pentru promovare și comunicare POS DRU.

Sursa:ANA

Proiectul “Egalitate de șanse pe piața muncii – Șansa TA la un viitor mai bun!” a fost câștigat în cadrul Axei prioritare 6, Domeniului Major de intervenție 6.3., “Promovarea egalității de șanse pe piața muncii”.

Axa Prioritară 6 urmărește dezvoltarea programelor specifice pentru dezvoltare personală, atât în scopul consolidării motivației pentru participarea la educație și formare profesională, cât

și în vederea integrării grupurilor vulnerabile pe piața muncii. Scopul final al acestei axe prioritare este facilitarea accesului pe piața muncii și promovarea unei societăți incluzive și coezive bazate pe înțelegerea și respectarea la nivel general a drepturilor omului.

Domeniul Major de Intervenție 6.3., “Promovarea egalității de șanse pe piața muncii”, vizează dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în societatea românească.

Proiectul “Egalitate de șanse pe piața muncii – Șansa TA la un viitor mai bun!” reprezintă un nou tip de abordare, sistemic comprehensivă, având, prin particularitățile grupului țintă (465 femei consumatoare de droguri sau la risc de consum și 75 femei aparținând altor grupuri vulnerabile în conformitate cu definiția acestora din Memorandumul JIM, ratificat de România), precum și prin serviciile oferite în cadrul proiectului (calificarea a 540 femei în diverse ocupații profesionale, corelativ cu servicii de consiliere psihologică și socială în scopul creșterii motivației pentru schimbare), o componentă de prevenire selectivă și una de asistență specializată.

Proiectul își propune implementarea unui set de acțiuni integrate pentru sprijinirea accesului pe piața muncii a 540 persoane, din care 465 femei (femei consumatoare de droguri și femei la risc de consum prin vulnerabilitatea psihosocială) și 75 persoane aparținând altor grupuri vulnerabile. Nevoile grupurilor țintă au fost identificate ca urmare a studiilor efectuate la nivel național ce relevă, în general, rate ridicate ale șomajului în România și, în particular, rate crescute ale șomajului la nivelul regiunii Sud Est, ca urmare a efectelor accentuate ale crizei economice globale, șomajului structural, scăderii opțiunilor de angajare la nivel regional/local.

Proiectul se subsumează priorităților generale și specifice stabilite în POSDRU 2007 – 2013 de furnizare de formare profesională pentru dezvoltarea competențelor forței de muncă, precum și obiectivelor stabilite prin Strategiile și Politicile Naționale de Dezvoltare, subsecvente politicilor și Strategiei Europene pentru egalitatea între femei și bărbați 2010 - 2015.

Prin toate obiectivele și activitățile sale, proiectul propus integrează în activitățile sale dezideratele celor mai recente Strategii Naționale și Regionale de Ocupare a Forței de Muncă, respectiv implementarea obiectivului de coeziune și incluziune socială pe piața muncii.

Obiectivul general al proiectului este dezvoltarea abilităților și competențelor profesionale pentru 540 femei, în special femei consumatoare de droguri sau aflate în risc de consum de droguri și alte grupuri vulnerabile, în vederea creșterii capacității de ocupare pe piața muncii în regiunea Sud Est.

Obiectivele specifice ale proiectului sunt:

- Dezvoltarea abilităților și competențelor profesionale pentru 465 femei, în special femei consumatoare de droguri (sau la risc), precum și 75 femei din alte grupuri vulnerabile.
- Consolidarea egalității de gen și de șanse pentru 325 femei, prin combaterea inegalităților, în special cele bazate pe etnie, dizabilități, vârstă și gen.
- Consolidarea accesului egal pe piața muncii, prin promovarea principiului egalității de șanse și gen în comunitate.

- Principalele activități ale proiectului, excluzând activitățile transversale (cele de management al proiectului și achiziții publice de bunuri și servicii), sunt:
- Furnizarea de cursuri de formare profesională. Cursurile propuse sunt orientate către facilitarea accesului pe piața muncii a grupurilor țintă, fiind organizate 15 serii de cursuri de calificare de nivel 1 pentru ocupațiile de lucrător în comerț și confecționar-asamblor articole din textile, 1 serie de calificare de nivel 2 în ocupația operator introducere, prelucrare și validare date (OIPVD) și 11 serii de cursuri perfecționare/ inițiere în competențele inspector resurse umane, competențe antreprenoriale, contabilitate (asistată de calculator), OIPVD. Aceste cursuri vor asigura accesul la formare pentru femeile cu nivel scăzut de studii, în special persoane consumatoare de droguri sau la risc (nivel economic scăzut, persoane inactice pe piața muncii etc).
- Furnizarea de servicii de consiliere socială drept sprijin pentru combaterea inegalităților, mai ales a celor bazate pe etnie, dizabilități și vârstă pentru 325 de femei din grupul țintă.
- Implementarea unor campanii de informare privind egalitatea de șanse și gen adresate autorităților publice și partenerilor sociali, prin organizarea a 2 campanii de informare în județele din regiunea SUD-EST (Constanța și Tulcea), campanii ce includ diseminarea informațiilor on line și în presa scrisă, două mese rotunde și trei dezbateri publice.

2. În domeniul asistenței specializate de nivel 2 corelativ cu implementarea conceptului de justiție terapeutică în România

După intrarea în vigoare a noului Cod Penal, la data de 1 februarie 2014, au fost aduse modificări Legii nr. 143/ 2000, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 187/ 2012 pentru punerea în aplicare a Legii nr. 289/ 2009 privind Codul Penal, în sensul adaptării pedepselor pentru infracțiunile prevăzute în legea specială potrivit logicii sancționatorii a noului Cod penal, actualizării trimiterilor la normele din Partea specială a Codului penal, dezincriminării unor fapte, precum și aplicării prevederilor art. 19 ca și alternativă la pedeapsa închisorii.

Prin întărirea rolului de legătură a centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog între sistemul de aplicare a legii și managementul serviciilor de asistență destinate consumatorilor de droguri, au fost create premisele necesare pentru punerea în practică a conceptului de justiție terapeutică.

În România, funcția principală a penitenciarului și-a mutat treptat accentul de pe domeniul custodial (prin care se urmărea izolarea infractorului de societate, prin prisma pericolului social pe care-l reprezenta) pe domeniul educațional-recuperativ (psiho-social și terapeutic), prin desfășurarea numeroaselor programe educative și de asistență psihosocială în vederea scăderii riscului recidivei și creșterii șanselor de reinserție și reintegrare socială.

Spre deosebire de sistemul actual de justiție penală și celelalte forme comunitare de aplicare a legii, justiția terapeutică reprezintă un progres semnificativ înregistrat în elaborarea și implementarea unui sistem eficient de abordare a grupurilor vulnerabile, așa cum sunt ele definite în Memorandumul privind Incluziunea Socială (JIM) și în Legea asistenței sociale 292/ 2011. Din perspectiva justiției terapeutice, consumatorul de droguri și consumatorul dependent sunt abordați din perspectiva patologiei medicale și sociale și, implicit, a serviciilor și intervențiilor integrate specializate medicale, psihologice și sociale.

Justiția terapeutică reprezintă, în esență, promovarea rolului legii ca agent terapeutic, principiile acesteia fiind centrate pe „modalitățile psihosociale” prin care legile și procesele juridice afectează indivizii implicați în procesul penal. Justiția terapeutică reprezintă o abordare orientată către rezultate, determinând efectele produse de sistemul legislativ în materie și analizând cauzele acestora, principiul fundamental asimilat jurisprudenței terapeutice fiind opțiunea terapeutică dar neexcluzând măsurile de manifestare a actului de justiție.

Cadrul de aplicare a prevederilor pentru punerea în aplicare a Legii nr. 289/ 2009 privind Codul Penal este stabilit prin Regulamentul de aplicare a Legii nr.143/ 2000, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea de Guvern 860/ 2005, cu modificările și completările ulterioare.

În acest act normativ secundar sunt definiți termeni și expresii ca: servicii medicale, servicii sociale, dependența de droguri, polidependență, urgență, diagnostic dual: sindrom de abstenență, intoxicație acută, supradoză, reducerea riscurilor asociate consumului, afecțiuni asociate consumului, decese datorate consumului, dezintoxicare, manager de caz, metaboliți.

În Hotărârea de Guvern 860/ 2005, cu modificările și completările ulterioare, se remarcă abordarea logică și sistemică a „prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri”, cadrul fiind asigurat de definirea măsurilor de prevenire și combatere. Dacă pentru măsurile de combatere a fost suficientă referirea la activitățile desfășurate de organele administrației publice și organele judiciare, măsurile de prevenire sunt definite și chiar exemplificate. Astfel, măsurile de prevenire a consumului ilicit constau în totalitatea activităților desfășurate de către instituțiile abilitate, în scopul evitării începerii consumului, întârzierii debutului acestuia, trecerii la un consum cu risc mai mare și promovării unui stil de viață sănătos; acestea pot fi: informare, educare, comunicare-sensibilizare, conștientizare, câștigare de abilități etc

Programele de prevenire pe baza cărora se desfășoară măsurile exemplificate se elaborează conform unor standarde de calitate, elaborate de Agenția Națională Antidrog, pe baza evaluării necesităților și în raport cu anumite criterii: situația populației căreia se adresează, a mediului în care se implementează și a tipului de drog avut în vedere.

Dezvoltarea dispozițiilor legale privind programele integrate de asistență se realizează în mod sistematic, în funcție de etapele procesului de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială:

- evaluarea, care are ca scop selectarea tipului de program pentru beneficiar;
- stabilirea programului și elaborarea planului individualizat de asistență;
- includerea într-un program integrat de asistență, prin semnarea acordului de asistență;
- elaborarea planului individualizat de asistență;
- implementarea măsurilor prevăzute în planul individualizat;
- monitorizarea și evaluarea implementării măsurilor prevăzute în planul individualizat și a rezultatelor acestora;
- terminarea programului.

Prima etapă a procesului de asistență a consumatorului se desfășoară în următoarele cazuri:

- la solicitarea consumatorului sau a reprezentantului legal, în cazul minorilor, sau a persoanelor cu capacitate de exercițiu restrânsă;
- la dispoziția procurorului sau, după caz, a altui organ judiciar;
- în situații de urgență;
- la solicitarea altor furnizori de servicii, atunci când consumatorul s-a adresat direct acestora.

Deosebit de importantă în selectarea serviciilor în concordanță cu nevoile personale ale beneficiarului, evaluarea se realizează pe arii multiple:

- Potențial acut de intoxicație și/ sau de sindrom de abstenență bazat pe istoricul personal și de consum și pe semnele specifice ale acestora;
- Condiții biomedicale și complicații curente care, deși nu au legătură cu sindromul de abstenență sau intoxicarea, necesită tratament deoarece pot genera riscuri sau pot complica procesul de asistență și reabilitare;
- Condiții psihologice și/ sau psihiatrice și complicații, precum și alte condiții care pot genera riscuri sau pot afecta procesul de asistență și reabilitare, cum sunt: acceptarea/ rezistența la tratament, potențial de recădere, continuarea utilizării etc;
- Condiții sociale și familiale care pot fi surse de suport individual, familial sau comunitar sau pot îngreuna/ împiedica procesul de asistență și reabilitare;
- Situația juridică anterioară și prezentă.

Monitorizată de managerul de caz, evaluarea este efectuată de personalul centrului de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, precum și de alți furnizori de servicii. Regulamentul de aplicare a legii conține dispoziții referitoare la elaborarea raportului de

evaluare, prezentarea acestuia consumatorului și exprimarea acordului de includere în program, diferențind situațiile în funcție de calitatea beneficiarului. Astfel, dacă evaluarea se realizează la solicitarea procurorului, procedura stabilită de lege este următoarea: instituțiile medico-legale au obligația să transmită centrului de prevenire, evaluare și consiliere antidrog o copie a raportului de expertiză toxicologică, în termen de 5 zile de la dispunerea acesteia de către procuror pentru întocmirea raportului de evaluare.

Pentru consumatorul care se prezintă la centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog pentru acordarea de servicii de asistență sau la solicitarea altor furnizori de servicii, atunci când consumatorul s-a adresat direct acestora - evaluarea se realizează fără expertiza toxicologică.

Acordul consumatorului cu includerea în program este exprimat prin semnarea de către acesta a unui contract terapeutic la care este anexat planul individualizat de asistență.

În situația în care evaluarea a fost solicitată de către procuror, acesta prezintă învinuitului/ inculpatului raportul de evaluare cu recomandarea de includere într-un program integrat de asistență și îi solicită acordul.

Ultima etapă a procesului de asistență, finalizarea programului intervine în următoarele cazuri:

- la finalizarea programului;
- la solicitarea consumatorului, caz în care se impune semnarea unui document, după informarea completă asupra consecințelor unei astfel de acțiuni;
- la schimbarea programului, ca urmare a evaluării implementării măsurilor de asistență.

Caracterul multidisciplinar al serviciilor de asistență pentru consumator presupune clarificări cu privire la furnizorii acestora. Creșterea accesibilității consumatorilor la serviciile de asistență este permisă de varietatea pachetelor de servicii ale furnizorilor, aceștia putând fi atât publici (serviciul public de asistență psiho-socială, prevenire, evaluare și consiliere antidrog, serviciul public de asistență medicală - de urgență, primară, ambulatorie sau de specialitate - serviciul public de asistență socială, potrivit legislației în vigoare, alte servicii publice, cât și privați - asociații și fundații și orice alte forme organizate ale societății civile, persoane fizice și juridice autorizate în condițiile legii, organisme internaționale care desfășoară activități în domeniu.

Sunt reglementate, de asemenea, tipurile de centre în care se furnizează servicii de asistență pentru consumatorii de droguri:

- centrul de evaluare, prevenire și consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog: acordă unul sau mai multe servicii de asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu și asigură managementul de caz;
- centrul de zi: acordă servicii de asistență în regim ambulatoriu, pe o perioadă de 12 ore;

- centrul rezidențial, sub formă de comunitate terapeutică, locuință protejată, locuință socială, centre vocaționale care acordă servicii de asistență în regim hotelier;
- centrul de asistență integrată a adicțiilor: acordă unul sau mai multe servicii de asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu;
- centrul de dezintoxicare în regim spitalicesc care acordă servicii medicale de dezintoxicare într-o structură de tip intraspitalicesc;
- centrul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri care acordă servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri în regim ambulatoriu sau de unități mobile;
- alte categorii de instituții publice sau private, prevăzute de lege.

În contextul abordării inovative tip justiție terapeutică, în aplicarea reglementărilor în vigoare, începând cu data intrării în vigoare a noului Cod Penal și a Codului de Procedură Penală (01.02.2014), procurorul dispune evaluarea persoanei consumatoare de droguri de către centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în scopul includerii acesteia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

La nivelul Agenției Naționale Antidrog a fost elaborată o procedură specifică de lucru, care are ca scop reglementarea activității de evaluare a consumatorilor de droguri, ca urmare a aplicării art. 19 din Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

În scopul monitorizării și eficientizării activității de evaluare a consumatorilor de droguri ca urmare a aplicării art. 19 din Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, prin aplicarea, la nivelul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, a procedurii de lucru PI-146-ANA-Edițiile 1 și II -2014, a fost realizată o colectare trimestrială centralizată a indicatorilor specifici.

Astfel, în anul 2014, Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT) a emis 896 ordonanțe de evaluare, dintre care 615 la nivelul municipiului București și 281 în restul țării, pentru 1120 persoane consumatoare de droguri.

În funcție de repartiția solicitărilor de evaluare ca urmare a emiterii ordonanței procurorului, pe unitate de timp în anul 2014, situația este următoarea: trimestrul I- 172 persoane; trimestrul II- 321 persoane; trimestrul III- 385 persoane; trimestrul IV- 231 persoane.

Se remarcă o pondere mai ridicată a solicitărilor de evaluare ca urmare a consumului de droguri în trimestrele II și III, cunoscut fiind faptul că, în perioada estivală, comportamentul de consum de droguri este manifestat în mai mare măsură.

Din perspectiva distribuției teritoriale a ordonanțelor și a persoanelor pentru care s-a dispus evaluarea, ca urmare a emiterii unei ordonanțe, ponderea majoră a acestora este atribuită municipiului București.

Având în vedere necesitatea eficientizării și armonizării activității de evaluare a persoanelor consumatoare de droguri urmare a punerii în aplicare a prevederilor art. 19 din Legea 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru asigurarea continuității programelor de asistență integrată din capitală, începând cu luna august 2014, la nivelul municipiului București funcționează programul unic de evaluare a persoanelor consumatoare de droguri. Competența teritorială a programului unic include municipiul București, precum și 5 județe limitrofe. Astfel, pentru trimestrele III și IV, ordonanțele de evaluare (reprezentând 53% din totalul pe 2014) și, după caz, ordonanțele de includere în asistență, au fost gestionate de către specialiștii acestui program.

În funcție de starea privativă sau neprivativă de libertate în care se găsesc persoanele pentru care a fost emisă ordonanța de evaluare, în perioada de referință, la nivel național, din totalul de 1120 persoane pentru care s-a dispus evaluarea, 1001 persoane (89%) se aflau în libertate și 119 persoane (11%) se aflau în arest.

Din perspectiva gradului de adresabilitate a persoanelor consumatoare de droguri către CPECA, în vederea realizării evaluării ca urmare a dispunerii, de către procuror, a acestei măsuri, la nivel național, aproximativ 74% (829 persoane) s-au adresat către centre, la nivel național, în perioada de referință (pentru 291 persoane a fost transmisă notificare de neprezentare a acestora la CPECA în vederea evaluării).

Totodată, din cele 829 persoane care au răspuns prin prezentare la solicitarea de evaluare, 710 persoane și-au exprimat acordul scris de participare la evaluarea specializată ca urmare a consumului de droguri.

Astfel, din perspectiva adresabilității către CPECA a persoanelor consumatoare de droguri care, prin ordonanță de evaluare, au primit măsura de evaluare a consumului de droguri, reprezentarea națională este următoarea: în teritoriu, 272 persoane au fost de acord cu evaluarea, 90 exprimându-și dezacordul, iar în municipiul București, 438 persoane au fost de acord cu evaluarea, în vreme ce 29 persoane și-au exprimat dezacordul.

Din perspectiva furnizării serviciilor de specialitate, pentru toate persoanele care și-au exprimat acordul și au parcurs etapele de evaluare specializată ca urmare a consumului de droguri, conform legii, au fost realizate rapoarte de evaluare și transmise către structurile emitente ale ordonanțelor de evaluare. Astfel, 710 rapoarte au fost transmise pentru persoanele evaluate, la nivel național, în anul 2014.

În ceea ce privește recomandările de includere a persoanei evaluate în circuitul de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, pentru 55 de persoane a fost realizată o astfel de

propunere, reprezentând 76,4% din totalul persoanelor evaluate, conform criteriilor identificate în cadrul evaluării. În perioada de referință, la nivelul CPECA pentru 304 persoane au fost propuse măsuri de asistență specializată ulterioară, ca urmare a consumului de droguri, fiind emise 119 ordonanțe de includere în circuitul integrat de asistență.

Situațiile speciale care au fost gestionate prin reglementări instituționale:

- Ordonanțe de evaluare emise pentru persoane consumatoare de droguri care se află în stare de arestare preventivă;
- Ordonanțe de evaluare emise pentru persoane consumatoare de droguri care se află în stare de arest la domiciliu;
- Ordonanțe de evaluare emise pentru persoane consumatoare de droguri care se află temporar în sfera de competență teritorială a organelor care au declanșat procedura penală și, implicit, a CPECA corespondent;
- Ordonanțe de evaluare emise pentru persoane consumatoare de droguri care nu au împlinit vârsta de 18 ani;
- Ordonanțe de evaluare emise pentru persoane care nu au document de identitate valid.

6. CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE

6.1. DECESE 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. Prin măsurarea obiectivă a unor indicatori de evaluare a tendințelor de consum (consecințele asociate folosirii anumitor droguri, grupe populaționale cu risc) și prin stabilirea tipului de substanțe consumate și a dozelor de consum practicate, este posibilă semnalarea promptă a elementelor de consum problematic de droguri și obținerea unor reacții rapide și adaptate în domeniul politicilor antidrog.

Decesele asociate consumului de droguri sunt decese de cauză violentă, în care un factor traumatic chimic (substanțele consumate) sau actul administrării acestuia și consecințele sale are un rol direct sau cauzal condiționant. 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 determină, în mod obligatoriu, efectuarea autopsiei medico-legale pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

Însușirea prevederilor legislative în domeniu, de către personalul medical, dar și de către organele de cercetare a determinat, în ultimii ani, o creștere progresivă a numărului de cazuri de deces corelate consumului de droguri pentru care a fost dispusă analiza judiciară și medico-legală, fapt care a condus la reducerea subraportărilor cauzate de neinvestigarea medico-legală și judiciară a cazurilor asociabile consumului de droguri. În ultima perioadă, însă, apar noi dificultăți ce țin de nuanțarea criteriilor de definire a „drug related deaths”.

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” și se referă la *decesul care survine la scurt timp de la consumul uneia 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. În absența cunoașterii, atât a criteriologiei de clasificare, cât și a

În temeiul prevederilor Ordonanței 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare

legislației, această categorie ridică dificultăți reale de triere și încadrare a cazului. 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 care 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.

Astfel, aceste cazuri "indirecte", aflate la limita cauzalității medico-legale (imposibilitatea dovedirii unei legături de cauzalitate indubitabile între actul consumului de droguri și cauza medicală a decesului, de cele mai multe ori de cauza patologică și nu violentă) sunt cele care nu mai sunt congruente definiției *cazului medico-legal*, conform legislației românești. Constatăm și lipsa de unitate procedurală din partea organelor de anchetă în dispunerea expertizelor medico-legale în astfel de cazuri, respectiv în managementul medico-legal – privind investigarea toxicologică exhaustivă. De aici rezultă, cel mai probabil, raportarea defectuoasă (mai corect colectarea incompletă de cazuistică) a acestor tipuri de cazuri. Nefiind subiectul expertizelor medico-legale aceste cazuri nu au cum să fie colectate prin Registrul Special de Mortalitate care funcționează în cadrul instituției medico-legale. Registrul Special de Mortalitate, cu acoperire a întregului teritoriu, cuprinde date de la nivelul Institutului Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București și, teoretic, de la nivelul institutelor regionale de medicină legală și a tuturor serviciilor de medicină legală județene. Nefiind triate toxicologic este plauzibil ca o parte a cazuisticii să nu se regăsească în raportări, și așa lapidare, incomplete teritorial.

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 histopatologice, inclusiv ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului; se evită astfel

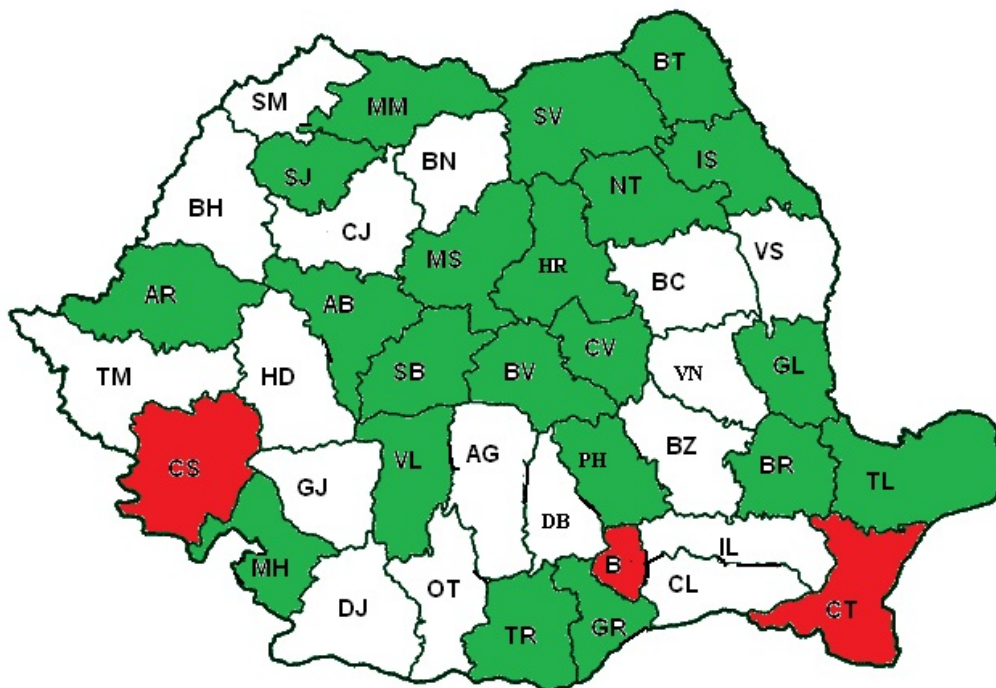
(ne)încadrarea unui caz doar pe baza informațiilor imediat disponibile din momentul înregistrării decesului (uneori neconcludente și incomplete – având în vedere relativa lipsă de specificitate a tablourilor lezionale, care doar prin analiza integrativă și coroborată, inclusiv de excludere, susțin raționamentul 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 care 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.

Aspectele mai sus semnalate, generate de noua criteriologie de încadrare și raportare (cu lărgirea ariei de racolare a cazuisticii și în afara celei medico-legale) necesită, din nou, o regândire și implementare a unui sistem de colectare extins, care să poată surprinde și mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri ce nu are la bază o cauză directă violentă. Este necesară extinderea colectării de date la nivelul Registrului General de Mortalitate, în paralel cu educarea medicilor în direcția completării adecvate a certificatelor constatatoare ale deceselor, care să permită selecția primară a cazuisticii de interes la nivelul instituțiilor de raportare – Direcții de sănătate publică, Direcții de Evidență a Persoanelor și Stare Civilă. Este necesară și întărirea obligațiilor de unitate procedurală și metodologică de dispunere a expertizelor medico-legale, respectiv de management medico-legal și raportare pentru centralizare.

Datele prezentate provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să gestioneze cazurile de tip mortalitate directă și eventual cele „indirect” asociate consumului de droguri (atunci când există indicii temeinice că în lanțul causal statutul de consumator de droguri are o valoare cauzală). 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 – 19303 de cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Harta 6-1: Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, la nivelul unităților teritorial-administrative (județe), 2014 (nr. cazuri)



Sursă: INML București

Pentru anul 2014, actuala raportare are la bază cazuistica INML “Mina Minovici” București. La nivel teritorial, doar 24 instituții medico-legale (din cele 41 instituții medico-legale existente) din țară au furnizat informații pentru 2014. În ciuda eforturilor 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 de reglementare cu statut de obligație de raportare poate fi una dintre explicații. Surprinde lipsa raportării din partea IML Timișoara care are în dotare unul dintre cele 3 laboratoare performante din țară, precum și lipsa datelor (cel puțin) din partea tuturor institutelor de medicină legală, care ar fi putut oferi o privire mai amplă asupra fenomenului la nivel național.

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 (sub rezerva existenței totuși, din partea personalului medical clinic, respectiv a serviciilor de anatomie patologică a spitalelor, a unei lipse de consecvență privind transformarea cazurilor de deces indirect – cel mai frecvent consecutive unor complicații infecțioase apărute la consumatori de droguri – în cazuri medico-legale).

Distribuția la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) a cazuisticii este nesustenabilă statistic și, mai ales, comparativ cu alte surse de furnizare de informații privind incidența consumului de droguri pe întreg teritoriul țării. Compararea cu valorile înregistrate de alți indicatori cheie în alte zone ale țării (de exemplu: tratamentul de urgență acordat în camerele de gardă) susține discrepanța mai sus menționată. Ca o observație punctuală, există institute de medicină legală teritoriale care nu au raportat în perioada 2005-2015 niciun caz de deces corelat consumului de droguri, în ciuda numărului de urgențe medicale înregistrate la nivel local și de analize toxicologice efectuate la cadavru în vederea detectării drogurilor (spre comparație, în București au fost efectuate în anul 2014, 87 analize pentru detecția drogurilor, în 32 de cazuri).

Din populația de 2 milioane de locuitori a Bucureștiului și împrejurimilor sale se înregistrează 50 decese (directe și indirecte), iar din restul țării, cu o populație de 18 milioane, doar alte 6 cazuri de decese (două în Caraș Severin, unul în Ilfov, trei în Constanța).

Explicația continuă să aibă aceleași baze, semnalate constant, încă din anul 2006, dar care în ciuda unor eforturi susținute, încă nu se dovedesc corectabile în totalitate. Astfel:

- Continuăm să întâlnim neînțelegerea criteriologiei și 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 cazurilor în categoria cazurilor de competența medico-legală și implicit, subraportare.
- Rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici a deceselor asociate consumului de droguri (eșecul triajului pe baza datelor de istoric medical, a stigmatelor de consum 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, și dificultățile implicite de identificare toxicologică a acestora, au accentuat și mai puternic această greșită dogmă de corelare a cauzei decesului cu intoxicația doar în prezența indubitabilă și obiectivată toxicologic a unei doze cu potențial letal.
- 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 medicale 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 corelat consumului de droguri.
- Deși, în ultimii ani, constatăm 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 - cazuistica deceselor direct asociate consumului de droguri, prin complicații infecțioase, rămâne strict apanajul Bucureștiului.

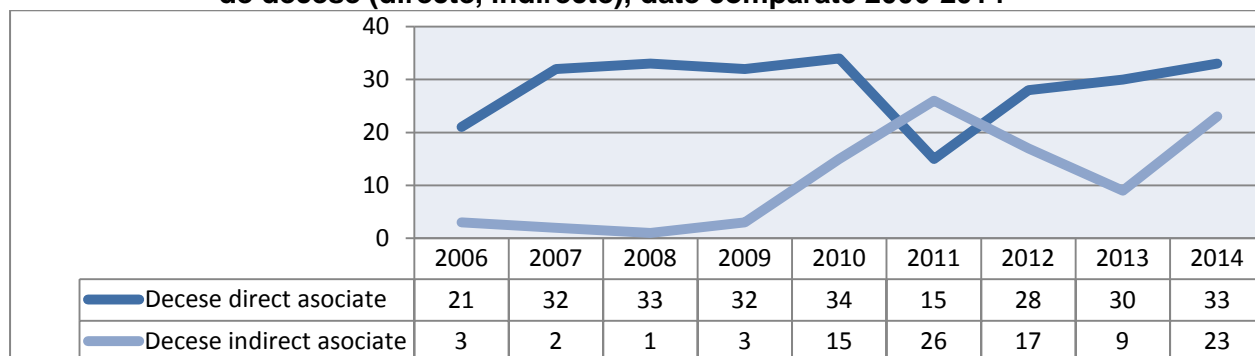
- Prin nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de deces traumatice (accidente rutiere, suicid, crime), posibil însă survenite sub intoxicație, sau chiar în cazuri suspecte de decese asociate consumului de droguri – cel mai frecvent din motive pecuniare – un eșantion potențial de selecție a cazurilor dispăre. Tot aici întâlnim 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).

În acest context, gradul de subraportare la nivel național este semnificativ, consecință a lipsei de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice, precum și de limitări financiare.

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, la nivel național (în lipsa datelor de la 17 instituții medico-legale județene), în anul 2014, au fost declarate 33 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 23 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

Grafic 6-1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2014

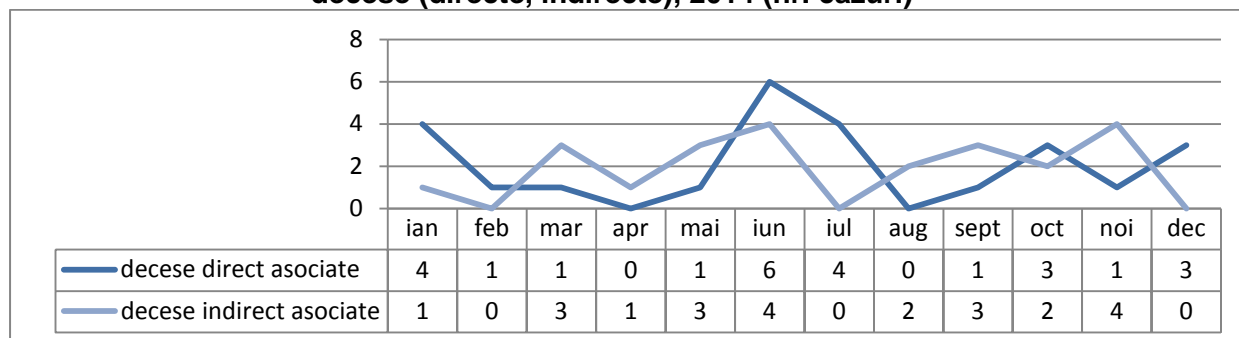


Sursa: INML București

Referitor la distribuția lunară a cauzisticii înregistrate, se remarcă absența unor vârfuri de incidență (ca semn potențial al unor circumstanțe permeabile legate de distribuție, disponibilitate, calitate a dozelor etc.), vârfuri de incidență 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) - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic. Aglutinarea însă a circa 33% din cazuri în perioada mai-iulie, suprapusă vacanțelor de vară,

ar putea fi un indiciu cu rol de semnalizare a necesității implementării unor programe alternative necesare educării și ocupării timpului liber.

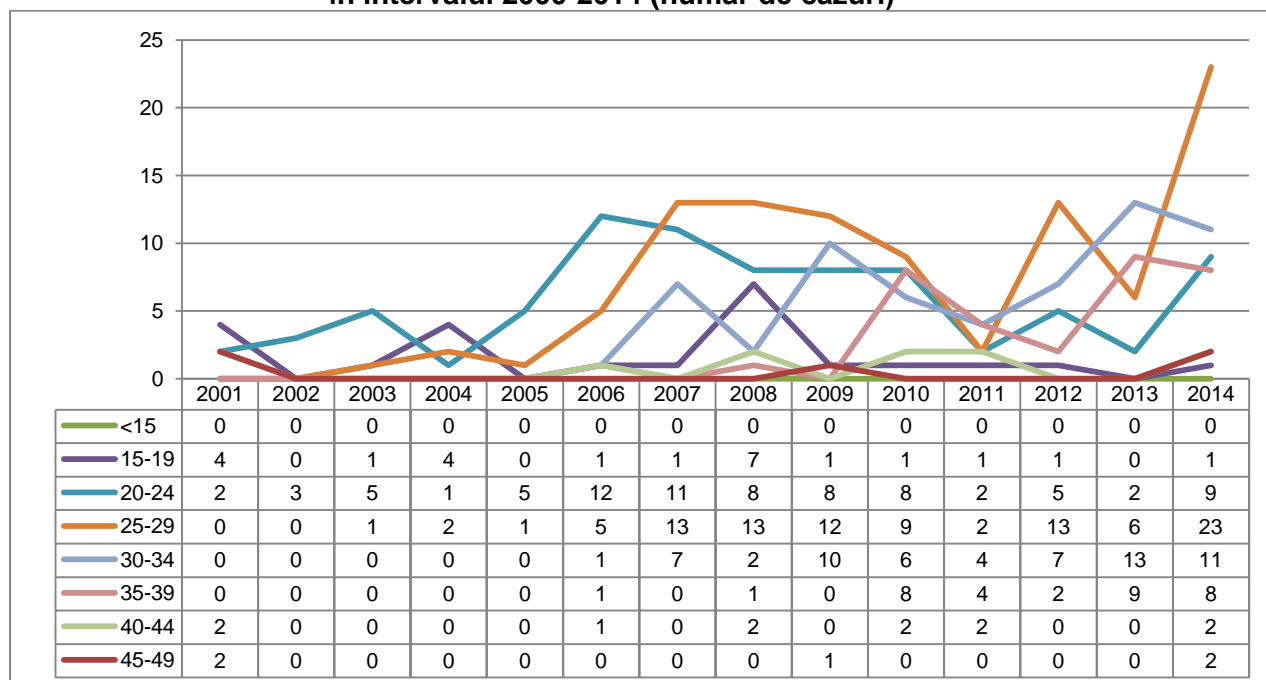
Grafic 6-2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2014 (nr. cazuri)



Sursa: INML București

În privința vârstei de deces, se observă că, spre deosebire de anul 2013, cazurile de deces asociat consumului de droguri, înregistrate în anul 2014, au survenit la persoane din toate categoriile de vârstă. Cu toate acestea, majoritatea persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri reprezintă segmentul de vârstă 25-29 ani (41,1% din totalul deceselor asociate direct consumului de droguri).

Grafic 6-3: Evoluția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, în intervalul 2000-2014 (număr de cazuri)

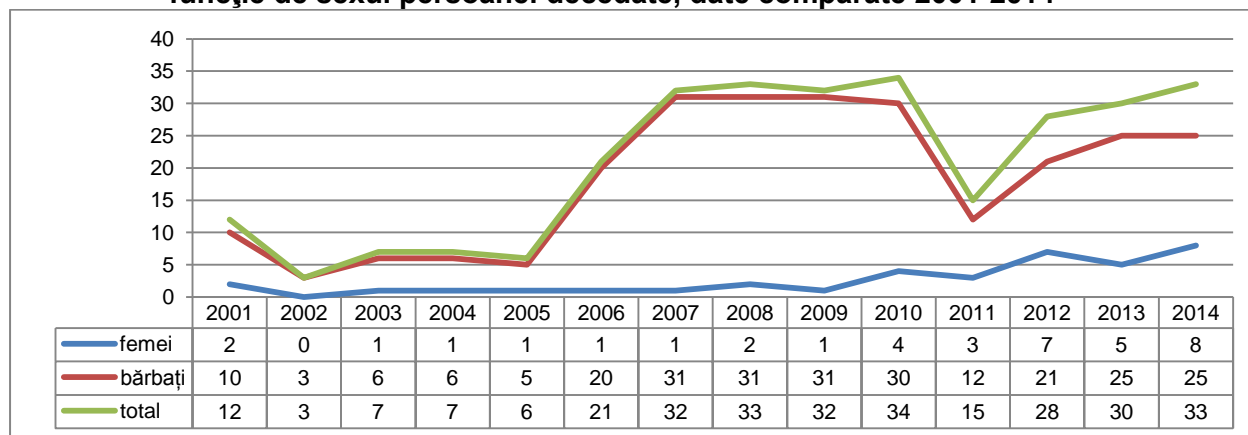


Sursa: INML București

6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri

În anul 2014, au fost declarate, la nivel național, 33 cazuri de deces asociat în mod direct consumului de droguri, dintre care 25 cazuri în rândul bărbaților și 8 cazuri în rândul femeilor. În ultimii ani, se remarcă o creștere a decesului de cauză directă în rândul femeilor.

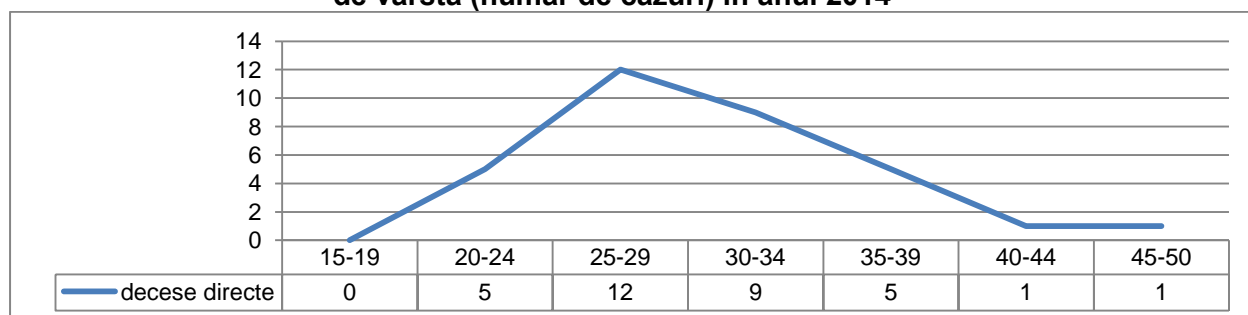
Grafic 6-4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2014



Sursa: INML București

Sub raportul vârstei, se constată că cele mai multe decese directe (36,3%) au survenit în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-29 ani. De asemenea, 27,3% dintre persoanele decedate prin supradoză aveau vârsta cuprinsă în intervalul 30-34 ani, 15,2% în intervalul 20-24 ani, respectiv în intervalul 35-39 ani, iar 3% în intervalul de vârstă 40-44 ani, respectiv 45-50 ani. Vârsta medie de deces a fost de 30,09 ani. Pentru cazuistica deceselor direct asociate consumului de droguri, se revine astfel la tendința crescătoare semnalată începând cu anul 2007, valoarea din anul 2013 reprezentând cea mai mare vârstă medie de deces, înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare. De menționat că, nu s-a înregistrat niciun deces prin supradoză în rândul persoanelor sub 19 ani.

Grafic 6-5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2014



Sursa: INML București

În funcție de locul decesului, în anul 2014, se constată următoarele, pentru cazurile de mortalitate directă:

- 11 decedați la domiciliu,
- 2 în loc public (stradă),

- 8 decedați în alte locuințe,
- 3 decedați la spitale,
- 1 decedat în închisoare.

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. Se remarcă, însă, scăderea adresabilității către unitățile medicale în fazele agonale, în trecut 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, dar care, conform acestui trend, tind să își piardă din impact. A crescut, însă, semnificativ numărul deceselor survenite în alte locuințe, decât în cele de domiciliu, care însă, în absența altor date demografice nu poate fi corelat cu modificări de comportament la injectare – menționăm că nu au existat cazuri de decese în serie/ concomitente, ca expresie a unor practici de consum în grup.

6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri

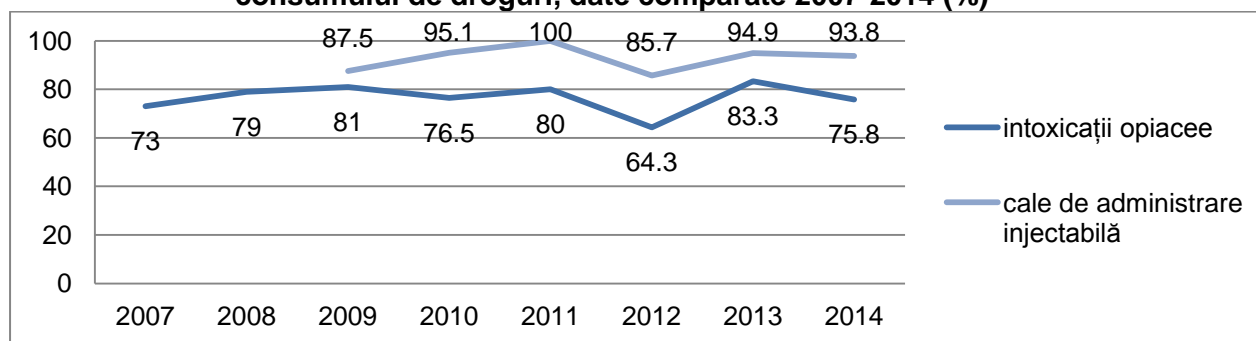
În cursul anului 2014, în rețeaua medico-legală, s-au efectuat 574 examene toxicologice vizând identificarea prezenței stupefiantelor din probe biologice provenite de la cadavre. În prezent, declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitându-se importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi. Prin urmare, în toate cele 33 decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute, preponderent, la Laboratorul de Toxicologie al INML București.

În 29 cazuri de deces direct asociat consumului de droguri, au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri, doar 4 cazuri fiind fără antecedente cunoscute/ documentabile sau stigmat de uz cronic. Acest aspect (decesul survenit în cazul consumatorilor cronici) susține posibilul rol al campaniilor de informare și prevenire prin popularizarea politicilor de *harm-reduction*, dar și compensarea lipsei de informații în rândul consumatorilor de droguri problematici privind tehnica de consum, cu scăderea riscului de deces la primele doze (administrare mimetică în anturaj a dozei, concentrației și a frecvenței acestuia sau posibila racolare de către *dealeri*, prin oferirea, inițial, a unor doze de calitate ridicată - cu risc crescut de deces la debutul consumului sau după perioade de abținere, cu pierderea toleranței anterior dobândite). În toate aceste cazuri, au fost decelate la examenul necropsic, elemente specifice consumului cronic de droguri, și anume: scleroze vasculare periferice superficiale sau granuloame postinjectare repetitivă, cicatrice cutanate postinfecții la locurile de puncție sau automutilări, tatuaje, cașexie. Existența acestor elemente confirmă faptul că, decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită

concentrației scăzute a dozelor la nivelul străzii) ci, mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de abuz, care asociază stigmat generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de deces direct asociat consumului de droguri, au fost implicați consumatori de droguri injectabile – exclusiv pe cale intravenoasă - existând doar două cazuri care au implicat administrare per os (medicamente). Calea de administrare a drogurilor în cazul deceselor prin supradoză este, preponderent, injectabilă, în 7 cazuri aceasta fiind asociată cu alte tipuri de administrare, și anume: cu fumatul unor derivate de cannabis (2 cazuri), cu fumatul și inhalatul (1 caz), precum și cu administrarea per os (4 cazuri). De asemenea, calea de administrare injectabilă 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). În anul de referință, 15,2% dintre cazurile de deces prin supradoză au fost identificate cu HIV, iar 42,4% cu VHC.

Grafic 6-6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007-2014 (%)

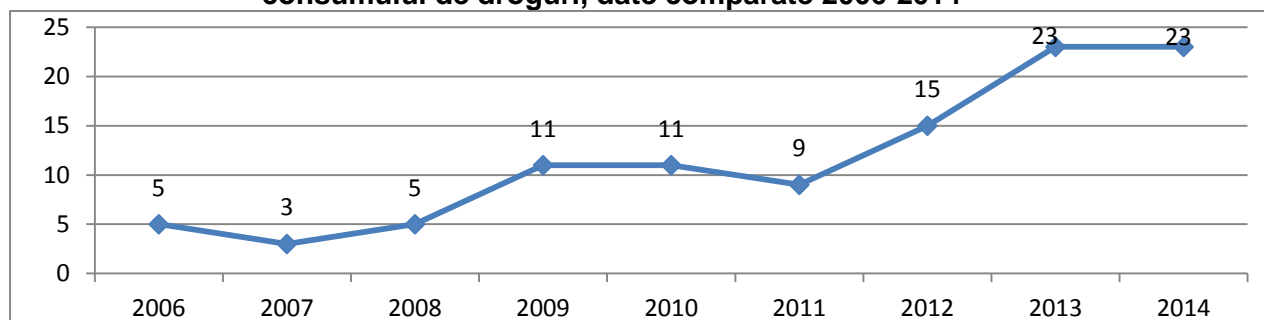


Sursa: INML București

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție (metadonă - decelată în 23 cazuri dintre cele directe – 69,7% din decesele asociate consumului de droguri) este în creștere alarmantă față de anul 2007 (3 cazuri).

Incidența consumului de heroină – identificată în doar 4 cazuri – confirmă tendința ultimilor ani de virare a consumului de la heroină spre alte substanțe, cu posibilități de procurare mai facile, prețul de vânzare nefiind un argument minor.

Grafic 6-7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2014



Sursa: INML București

În ciuda semnalărilor anuale de incidență a metadonei (medicament, cu regim special de prescriere și eliberare, și chiar de administrare), mult prea mare în cazuistica deceselor asociate consumului de droguri în anul 2014, circa trei sferturi dintre decese se datorează acesteia. Tendința și, mai ales, amploarea actuală impun de urgență revizuirea circuitului metadonei, disponibilitatea ei pe piață reflectându-se și în numărul foarte mare de decese consecutive. Aceste semnalări necesită implementarea unor măsuri urgente de prevenire a deturnării metadonei din circuitul licit și monitorizarea prescripțiilor.

Spectrul substanțelor detectate în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri continuă să fie dominat de opiacee (26 cazuri în total) – metadonă în principal (23 cazuri reprezentând aproximativ 70% din totalul deceselor directe asociate consumului de droguri), heroină (4 cazuri), dar și tramadol, identificat incidental, cu rol de substanță asociată, nu tanatogeneratoare (1 caz); alte substanțe identificate în cazurile de deces prin supradoză înregistrate în anul 2014 sunt: cocaină (2 detecții), benzodiazepine (10 detecții), barbiturice (1 detecție), antipsihotice/ anxiolitice/ sedative (2 detecții), amfetamina (1 caz), MDMA (1 caz), și SNPP (3 cazuri, dintre care 1 caz în asociere cu THC¹⁸).

În 15 cazuri de deces (11 metadonă, 1 heroină, 1 cocaină, 1 caz amfetamină și unul SNPP), a fost implicată doar o singură substanță, valoare de 5 ori mai mare decât cea înregistrată în anul 2013, iar în 14 cazuri a fost identificată o singură clasă (6 cazuri în 2013), aspecte ce denotă orientarea consumatorilor spre substanțe unice și renunțarea, treptată, la combinațiile de policonsum. Celelalte cazuri au fost reprezentate de asocieri de substanțe, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie pe post de potențator/ nuanțator al efectelor vizate. Într-un singur caz, decesul a fost determinat de substanțe cu uz medical, deturnate spre consumul stupefiant (în acest caz nu a fost identificat un alt drog ilegal).

Similar anului precedent, și în anul 2014 se menține tendința asocierii stupefiantelor cu alcool – 8 cazuri (cu valori de până la 2,4 g‰), comparativ cu doar 2 cazuri în 2012.

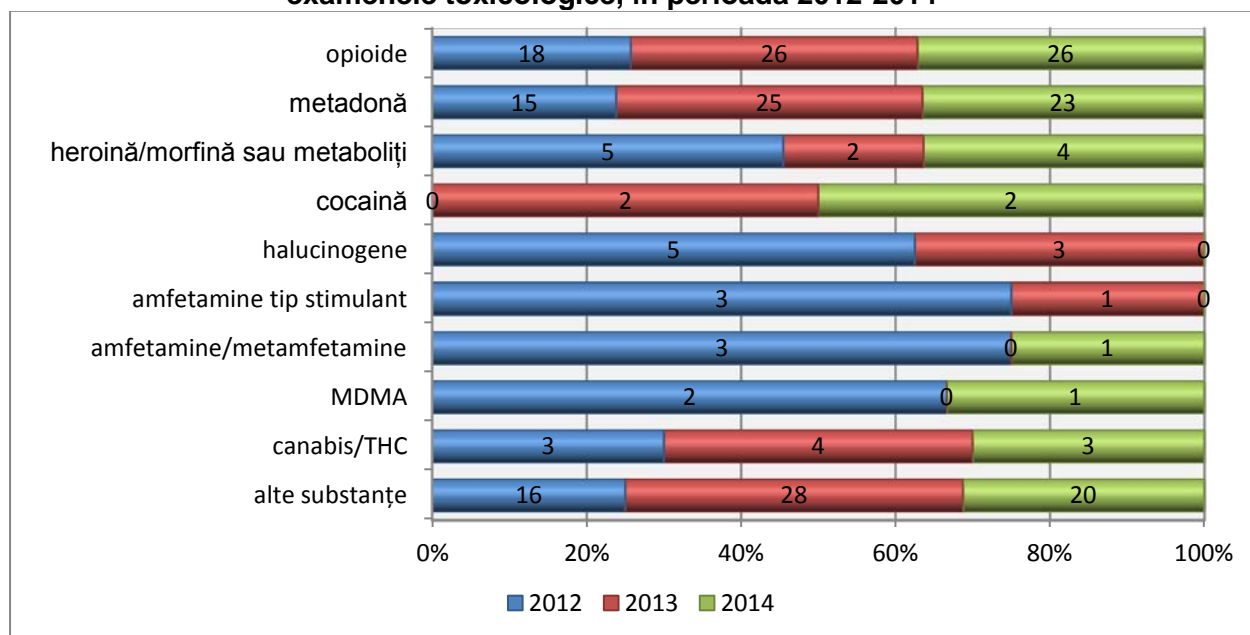
A scăzut semnificativ incidența substanțelor sedative, anxiolitice sau antipsihotice (posibil datorită creșterii farmaco-vigilenței și controlului la vânzarea din farmacii), cu menținerea relativ constantă a prezenței diazepinelor, dar cu restrângerea spectrului general medicamentos întâlnit în cazuistică. În doar 4 cazuri de deces direct asociat consumului de droguri, au fost identificate mai mult de 3 clase de substanțe stupefiante.

Nu au fost identificate substanțe halucinogene de tipul LSD, mescalină, phenciclidină.

¹⁸ 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.

În concluzie, pentru anul 2014, tabloul statistic relevă că decesele directe corelate consumului de droguri în România sunt consecința evidentă a consumului abuziv de metadonă (70%), în care aceasta este combinată cu benzodiazepine și alte medicamente sedative – mirtazapină, nortriptilină (9 cazuri din cele 23 cazuri de decese asociate consumului de droguri în care a fost identificată metadonă), însă mult mai frecvent decât în anii anteriori, fiind identificată singură – 11 cazuri, sau în asociere cu alcoolul – 2 cazuri, sau cu heroina – 1 caz.

Grafic 6-8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2014



Sursa: INML București

Numărul încă mare de cazuri în care au fost decelate spectre toxicologice complexe întărește potențialul augmentativ non-linear al asocierilor medicamentoase, 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.

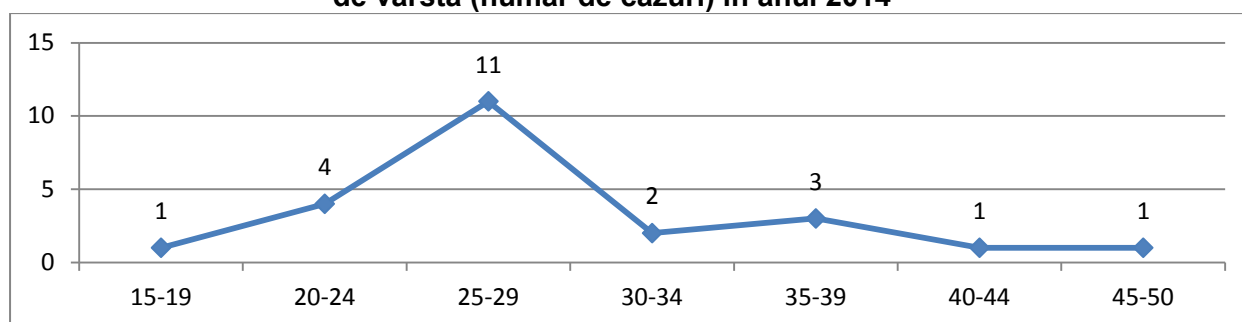
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri

În anul 2014, au mai fost înregistrate 23 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente) – 17 bărbați și 6 femei, 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 intoxicația (cazuri cu așa-zisă *cauzalitate*

*indirectă*¹⁹) (un caz de suicid, un caz de înec și unul de traumatism cranian favorizate de intoxicație cu substanțe psihoactive, unul de decompensare de către consumul de droguri a unei patologii latente cardio-vasculare, respectiv 19 cazuri de patologie conexă consumului cronic de droguri).

Sub raportul vârstei, se constată că cele mai multe decese indirecte (47,8%) au survenit în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-29 ani. De asemenea, 17,4% dintre persoanele decedate aveau vârsta cuprinsă în intervalul 20-24 ani, 13% în intervalul 35-39 ani, 8,6% în intervalul 30-34 ani, iar 4,4% în intervalul 40-44 ani, 45-50 ani, respectiv 15-19 ani. Vârsta medie de deces pentru cazurile de deces indirect a fost de 29,07.

Grafic 6-9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2014



Sursa: INML București

Numărul mare al acestor cazuri de *deces indirect* 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 prosectorală – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare – o parte din această creștere datorându-se creșterii *vizibilității* acestor cazuri pentru statistică. Cu toate acestea, în absența accesării datelor potențiale oferite de registrul general de mortalitate, este extrem de plauzibil ca mortalitatea indirectă să se situeze la valori mult mai mari.

În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă preponderent patologia progresiv acumulativă lentă a stilului de viață, a 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 (29,07) pentru

¹⁹ *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.

decesele indirect asociate este mai redusă decât vârsta medie (30,09) a deceselor direct asociate consumului de droguri (care reflectă supradozele). Explicația cea mai plauzibilă a acestei „oscilări” aparent ilogice este oferită de schimbarea semnificativă a spectrului substanțelor de abuz, de la drogurile consacrate – în special heroină, care aproape că a dispărut din cazuistică – către droguri cu potență tanatogeneratoare redusă - *per se* (SNPP) sau doar la doze mari (metadonă) – 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 injecții pe zi (SNPP), fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele *amfetamin-like* ale unora dintre aceste substanțe, de aici derivând 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 *consumatorii problematici de droguri*, cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea lor naturală sau la schimbarea modelelor de consum.

6.1.4.Tendințe

Comparativ cu anii anteriori, sinusoida numărului cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, pare a se plafona din nou, la niveluri comparative cu perioada 2007-2010. În anul 2014, valorile cazurilor de intoxicație letală tind să revină la media anterioară prin creșterea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, mai ales a consumului de opiacee.

În privința patologiei asociate consumului de droguri, identificată în cazul deceselor directe se observă, în ultimii 5 ani, o tendință de reducere a prezenței acesteia la persoanele decedate prin supradoză. Astfel, în anul 2010, în aproximativ o treime din cazurile de decese direct asociate consumului de droguri au fost identificate elemente de patologie severă, similară cu cea din cazurile indirecte²⁰, dar în care cauza decesului a fost în mod clar stabilită ca datorându-se acțiunii farmacologice a substanțelor psihoactive. În anul 2011, în o cincime din cazuri a fost identificată o patologie semnificativă în cazurile de deces direct asociat 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 care conduce la deces prin complicații, nu prin *supradoze*.

²⁰ majoritatea afecțiunilor fiind reprezentate de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, tuberculoza pulmonară, ciroza hepatică postvirală, endocardita infecțioasă), dar și de complicații ale actului injectării drogului 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, tromboembolie generată de produși insolubili – talc); semnalăm scăderea marcată a incidenței endocarditei infecțioase la toxicomanii români: de la circa 10% din cazuistică în anul 2010, atât din decesele direct asociate, cât și din cazurile de mortalitate indirectă la cazuri sporadice în ultimii ani (expresie a diminuării consumului injectabil de SNPA, care implică o administrare foarte frecventă zilnică injectabilă de droguri înalt contaminate)

Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă aseptie/ antiseptie sau a unor doze înalt contaminate. Un exemplu comparativ îl are practica solubilizării la cald a heroinei în vederea administrării parenterale, care 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. În anii 2012 și 2013, doar într-un caz, respectiv 3 cazuri de deces direct consecutiv acțiunii farmacologice a drogului a mai fost surprinsă o patologie asociată potențial severă - abces la locul de injectare, fasciită necrozantă, respectiv endocardită infecțioasă emboligenă. În anul 2014, aceste complicații nu au mai fost întâlnite în cazul deceselor directe, acestea prezentând doar stigmat cronice ale injectării. Acest lucru este superpozabil perioadei 2005-2009, în care aceste decese directe nu asociau o patologie acută supra-adaugată (spre deosebire de anii 2010-2011), ca expresie a reînțarcerii la substanțele de consum consacrate – opiacee (dar cu orientare spre metadonă, în detrimentul heroinei).

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 histopatologic.

Pentru cazuistica deceselor direct asociate consumului de droguri, se revine la tendința crescătoare semnalată începând cu anul 2007, valoarea din anul 2013 reprezentând cea mai mare vârstă medie de deces, înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare. Aproximativ jumătate din cazuri a avut vârsta de peste 30 de ani. Valorile arată tendința „naturală” de îmbătrânire a populației de consumatori, cu deces survenit după istoric prelungit de uz de droguri.

În anul 2014, domină categoric intoxicațiile cu opiacee, procent în scădere față de anul 2013 (vârful incidenței acestor substanțe în rândul deceselor asociate consumului de droguri în ultimii 9 ani), pe fondul restrângerii diversității spectrului de substanțe identificate în cazuistică: heroină, cocaină, canabinoizi, MDMA, amfetamină – din categoria substanțelor non-medicamentoase, respectiv alte 8 substanțe din categoria medicamentelor, incluzând metadona. Pentru comparație, în anul 2012, detecțiile toxicologice în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri au surprins nu mai puțin de 26 categorii de substanțe psihoactive.

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție este în creștere alarmantă față de anul 2007.

În relativă concordanță cu tendința ultimilor ani la nivel european, după o lungă absență din cazuistică, începând cu anul 2013 a reapărut cocaina drept cauză de deces direct asociat consumului de droguri.

Nu au mai fost înregistrate decese consecutive doar intoxicației cu psiholeptice (un singur caz a asociat benzodiazepina cu alcool), dar prezența acestor substanțe a fost relevată într-un număr suficient de cazuri, de multe ori doar cu valoare de excipient sau potențator al substanței primare vizate din doză, valoare ce susține o reîntoarcere la modelul primilor ani de monitorizare a deceselor asociate consumului de droguri în România, dominați de combinația de tip opioid cu medicație sedativă.

6.1.5. Concluzii

- În majoritatea cazurilor de deces direct, înregistrate în anul 2014, au fost relevate elemente caracteristice consumului cronic, aspect ce indică faptul că decesul a survenit, îndeosebi, în rândul consumatorilor cu istoric îndelungat de consum. Calea de administrare a drogurilor este, predominant, injectabilă, iar substanțele detectate (în urma efectuării examenelor toxicologice) fac parte, în cea mai mare parte, din clasa opiaceelor – metadonă, în principal. De asemenea, în aproximativ jumătate dintre decesele prin supradoză a fost implicată o singură substanță.
- Prezența redusă a patologiei asociate consumului de droguri la persoanele decedate prin supradoză reflectă revenirea consumatorilor la substanțele de consum clasice – opiacee, dar cu orientare spre metadonă și, mai puțin, spre heroină. Astfel, în anul 2014, există tendința de revenire la media anterioară, prin creșterea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, mai ales a celei asociate consumului de opiacee.
- Este extrem de probabilă o subraportare a cazuisticii prin neincluderea în baza de date a Registrului Special de Mortalitate (gestionat de către instituția medico-legală) a deceselor „indirect” corelate consumului de droguri, prin caracteristicile particulare ale definirii lor, care le eludează din analiza medico-legală, dar mai ales, prin lipsa de unitate metodologică de dispunere a expertizelor medico-legale și de management medico-legal al cazurilor, respectiv de raportare.
- Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidență foarte mare a metadonei, în creștere alarmantă (în condițiile statutului de medicament aflat sub control farmaceutic riguros).
- Se constată persistența patologiei consecutive injectării de produși insolubili, probabil cu sursa din comprimatele sau tabletele deturnate din circuitul farmaceutic sau terapeutic (în concordanță cu procentul major reprezentat de către metadonă în determinismul decesului).

- Apariția unor vârfuri de incidență pe parcursul lunilor de vară ale anului trecut atrage atenția asupra necesității implementării unor programe alternative suprapuse vacanțelor.
- Calea de administrare continuă să rămână predominant injectabilă, cu riscurile inerente, implicit ale patologiei “de seringă”.
- Drogul cel mai tanatogenerator continuă să rămână din categoria opiaceelor, dar tot mai rar însă în asocieri cu produși medicamentoși. Se constată menținerea unor substanțe din spectrul deceselor direct asociate consumului de droguri, rar observat în anii trecuți (tramadol, cocaină).
- Tendința de scădere a consumului de SNPP, frecvent întâlnite în cauzistică în anii anteriori, care a condus la decese indirecte mult mai numeroase (dificultățile de detecție toxicologică, perceperea unui risc de *supradoză* „scăzut”), 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.

6.1.6.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 Serviciilor Județene Medico-Legale arondate prin care s-au stabilit reguli și obligații de siguranță toxicologică care 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, *workshop*-uri, 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 corelate 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, cu virarea, de la definirea strictă a substanței, spre clasa căroră aparțin sau incriminarea modalităților de vânzare.
15. Introducerea intervențiilor terapeutice precoce în rândul consumatorilor problematici de droguri depistați cu infecția HIV, pentru prevenirea extinderii epidemiei.
16. Adoptarea unor ghiduri naționale de referință pentru tratamentul substitutiv cu metadonă și identificarea posibilităților de introducere pe piață a metadonei în formă lichidă.

6.2.URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

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)

Ca și în anul anterior, au fost incluse în analiză și episoadele de urgență în care s-a menționat exclusiv consumul de alcool, fiind înregistrate astfel 5846 urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, ceea ce înseamnă cu 11,3% mai mult decât în perioada anterioară.

În funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 50,5% (față de 51,0% în 2013) au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 21,5% (față de 16,4%) au fost înregistrate ca urmare a problemelor de sănătate survenite pe fondul consumului de droguri ilicite, 13,8% (față de 15,4%) dintre urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive s-au datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, în 10,3% (față de 14,4%) dintre cazuri a fost raportat consumul de droguri multiple, în 3,7% (față de 2,3%) dintre cazuri urgența medicală a fost atribuită consumului unor substanțe necunoscute, iar în 0,2% (față de 0,4%) dintre cazuri a fost vorba de solicitări de recoltare de probe biologice pentru efectuarea de examene toxicologice.

Tabel 6-1: Distribuția urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2014

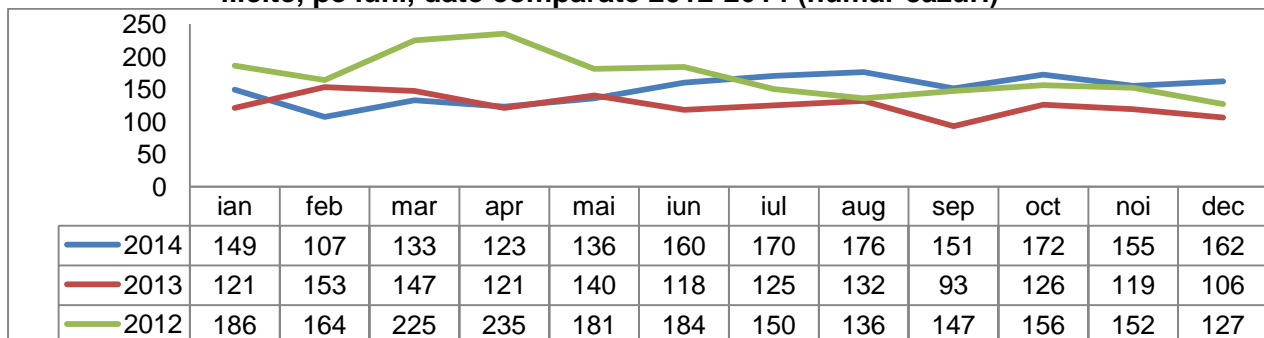
Tipul consumului care a generat urgența medicală	2011	2012	2013	2014
Consum de droguri multiple	476	709	755	604
Consum exclusiv de alcool	123	2316	2681	2952
Consum exclusiv de droguri ilicite	1455	1461	864	1256
Consum exclusiv de medicamente	365	715	808	805
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	148	119	123	215
Recoltare probe	11	53	23	14
Total	2578	5373	5254	5846

Sursa: ANA

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

La nivel național, în 2014, au fost înregistrate 1794 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație). Cea mai mare creștere se înregistrează în luna decembrie, când numărul cazurilor este cu 50% mai mare decât în aceeași lună a anului anterior. Spre deosebire de anul anterior, dinamica cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite prezintă o evoluție relativ constantă, diferențele de la o lună la alta fiind mult mai mici.

Grafic 6-10: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2012-2014 (număr cazuri)

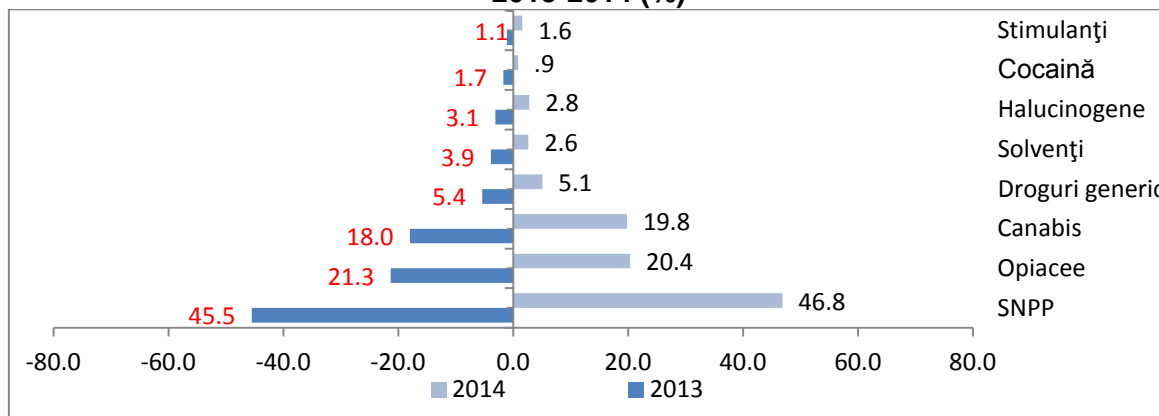


Notă: nu au fost incluse cazurile pentru care nu a fost specificată luna de înregistrare a urgenței medicale

Sursa: ANA

Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, 46,8% au fost datorate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive („etnobotanice”), în 20,4% s-a declarat consum de opiacee (heroină, metadonă sau opiacee generic), iar în 19,8% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis. Totodată, în 2,8% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, într-o proporție similară, consum de solvenți volatili (2,6%), în timp ce, în 0,9% dintre cazuri s-a declarat consum de cocaină, iar pentru 1,6% dintre cazuri a fost consemnat consumul exclusiv de stimulanti. De asemenea, în 5,1% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate.

Grafic 6-11: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate (consum exclusiv), date comparate 2013-2014 (%)



Sursa: ANA

În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor consumate au fost realizate determinări toxicologice pentru 1187 pacienți (66,7%), în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. În cea mai mare parte, determinările toxicologice efectuate au fost calitative (79,2%).

6.2.2. Informații suplimentare referitoare la urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite

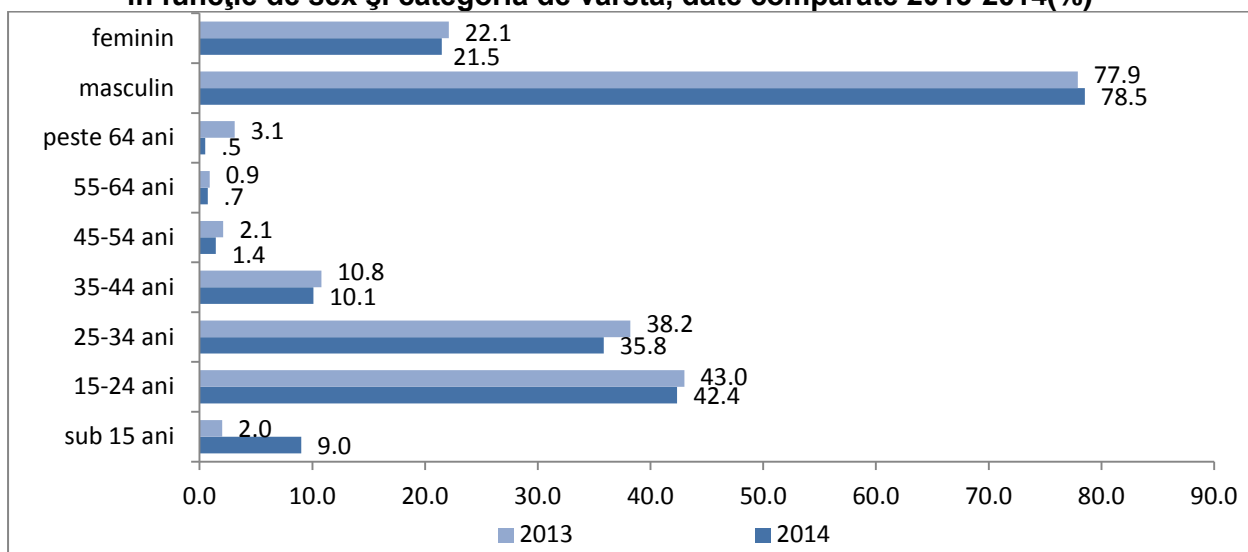
6.2.2.1. Caracteristici socio-demografice

Distribuția cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, care au fost raportate în anul 2014, prezintă în continuare o repartitie inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților –78,5% bărbați (față de 77,9% în 2013), comparativ cu 21,5% femei (față de 22,1% în 2013).

Raportate la vârstă și sex, caracteristicile persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență ale spitalelor în anul 2014, pentru probleme datorate consumului de droguri, se prezintă astfel:

- majoritatea (87,2% față de 83,2% în 2013) sunt persoane cu vârsta sub 34 ani, 11,5% (față de 12,8%) sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 ani, iar restul (1,2% față de 4%) sunt persoane de peste 54 ani (din analiză au fost excluse persoanele a căror vârstă nu a fost raportată);
- vârsta medie este de 25,72 ani (față de 26,47 ani în anul anterior), fiind relativ similară pentru cele două categorii de sex: 25,75 ani pentru bărbați, comparativ cu 25,70 ani, cât se înregistrează în cazul femeilor;
- similar anului anterior, atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare este grupa 15-24 ani (42,2% în cazul bărbaților, respectiv 42,6% în cazul femeilor).

Grafic 6-12: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de sex și categoria de vârstă, date comparate 2013-2014(%)



Sursa: ANA

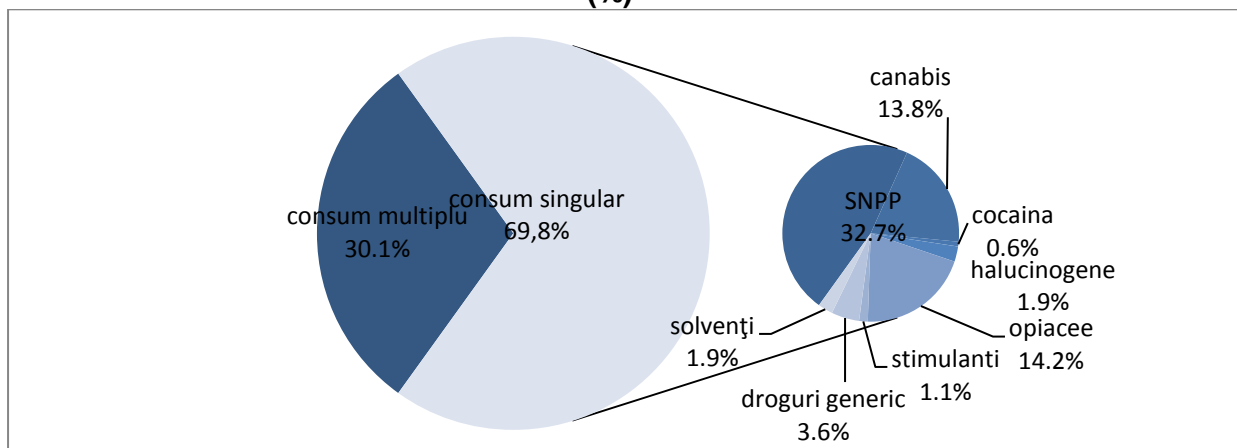
Între cele două sexe, se observă că există diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește categoria de droguri consumată: într-o proporție mai mare decât femeile, persoane de sex masculin care au apelat la serviciile de urgență consumaseră SNPP (48,7% dintre bărbați, față de 39,5% dintre femei). În schimb, în cazul femeilor este mai mare ponderea celor care au acuzat probleme medicale ca urmare a consumului de opiacee: 26,1% dintre femei, față de 19,1% dintre bărbați. În cazul consumului de cannabis, se observă proporții relativ similare ale bărbaților și femeilor care au apelat la asistență medicală de urgență: 19,8% dintre bărbați, respectiv 19% dintre femei.

În 51,3% (față de 45,0% în anul anterior) dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de droguri ilicite, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 35,9% (față de 38,2%) aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, în 11,6% (față de 12,9%) dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-54 ani.

6.2.2.2. Modelul de consum

În ceea ce privește modelul de consum, peste două treimi din cazurile de urgență s-a înregistrat consumul unei singure substanțe psihoactive (69,3%), în timp ce, în 30,1% din cazuri s-a observat consum de droguri multiple.

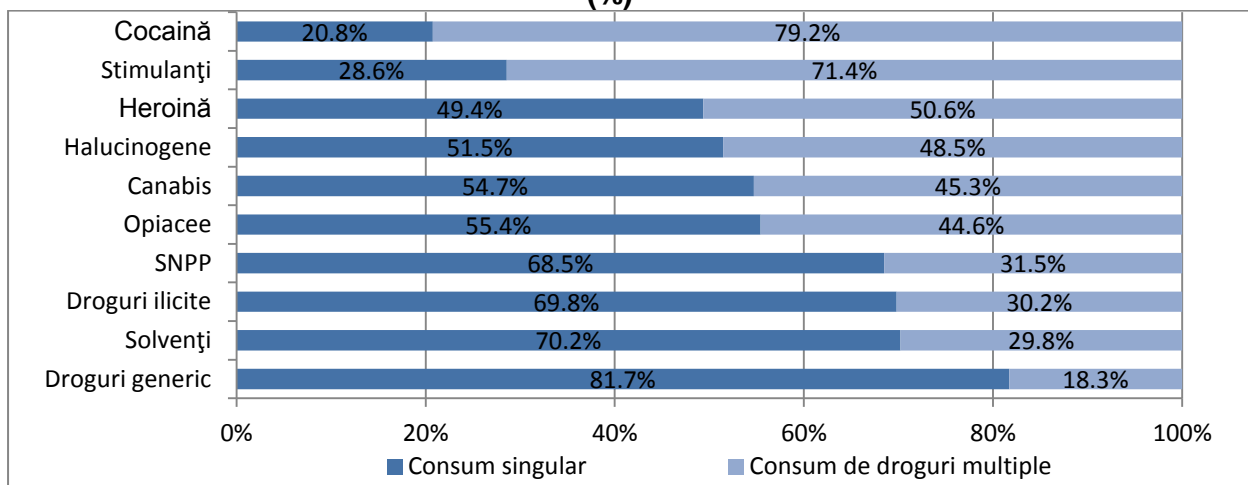
Grafic 6-13: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2014 (%)



Sursa: ANA

Între cele două sexe, nu există diferențe semnificative în privința modelului de consum adoptat: 70,8% (față de 58,4% în anul anterior) dintre bărbații prezentați în urgență pentru consum de droguri ilicite au declarat consum singular, în timp ce, 66,1% (față de 56,8%) dintre femeile consumaseră, de asemenea, un singur tip de substanță ilicită.

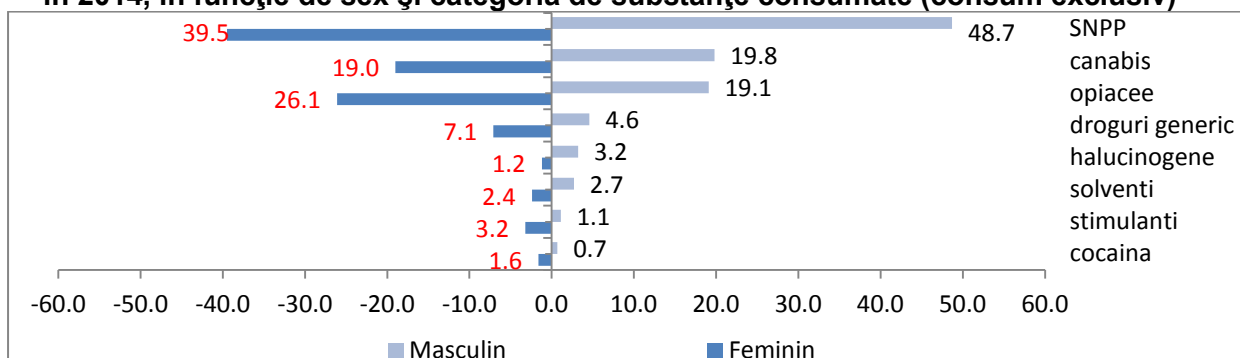
Grafic 6-14: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2014 (%)



Sursa: ANA

Consumul simultan al mai multor substanțe psihoactive a fost înregistrat în special în cazul urgențelor medicale determinate de consumul de cocaină (în 79,2 % dintre cazuri a fost declarat consumul de droguri multiple), stimulanți (71,4%) și heroină (50,6%).

Grafic 6-15: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2014, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv)



Sursa: ANA

6.2.2.3. Tipologia diagnosticelor 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 diagnosticelor de urgență, pe baza clasificării ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*), recomandată de Organizația Mondială a Sănătății. Pornind de la aceste considerente, diagnosticile consemnate de medici în Fișa standard de înregistrare a urgenței medicale datorată consumului de substanțe psihoactive au fost încadrate, după cum urmează:

- **intoxicație acută:** poate include trauma, inhalarea vomei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- **utilizarea nocivă:** cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care virusul a fost contactat ca urmare a injectării de substanțe psihoactive sau episoade de tulburare depresivă secundară la consumul de alcool.
- **dependența:** 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.
- **sindrom de întrerupere a consumului (sevrajul):** grup de simptome severe care apar ca urmare a întreruperii totale sau parțiale a consumului unei substanțe psihoactive, după o utilizare îndelungată a acesteia. Sindromul de întrerupere a consumului poate fi complicat de convulsii sau de sevrajul cu delir.
- **tulburări psihotice și de comportament:** 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. Se caracterizează prin halucinații, distorsiuni perceptive, iluzii, tulburări psihomotorii 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.

Tabel 6-2: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (consum singular sau mixt)

	Masculin  78,5%	Feminin  21,5%	Total
Vârsta			1794
vârsta medie:	25,75	25,70	25,72
vârsta minimă:	7	10	7
cea mai frecventă vârstă:	18	23	23
Modelul consumului			
consum singular:	70,8%	66,1%	69,8%
consum de droguri multiple:	29,2%	33,9%	30,2%
Diagnosticul de urgență			
intoxicație	59,3%	54,0%	58,4%
utilizare nocivă	12,6%	19,1%	14,0%
dependență	7,6	7,8%	7,6%
sevrăj	8,7%	8,9%	8,7%
tulburări psihotice și de comportament	9,6%	8,4%	9,3%
alte diagnostice	1,6%	1,6%	1,6%
recoltare	0,5%	0,3%	0,4%
Calea de administrare			
oral	8,9%	17,7%	10,9%
pulmonar sau fumat	51,1%	36,9%	48,2%
intranazal sau prizat	4,1%	4,0%	4,1%
parenteral sau intravenos	22,3%	25,7%	22,9%
înhalare	0,0%	0,0%	0,0%
mixt dar neinjectabil	6,9%	6,8%	6,8%
mixt inclusiv injectabil	6,7%	8,8%	7,1%

Sursa: ANA

În ceea ce privește simptomatologia cazurilor de urgență raportate, se constată că, din cele 1794 cazuri, 58,4% (față de 46,7% în anul anterior) s-au datorat unor intoxicații acute cu droguri ilicite, 14,0% (față de 10,9%) au fost ca urmare a utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite, în 7,6% (față de 14,0%) s-a consemnat diagnosticul de dependență 8,7%

(față de 9,4%) au prezentat sindrom de întrerupere a consumului la diferite substanțe (sevrăj), în 9,3% (față de 12,6%) s-au înregistrat tulburări psihotice și de comportament, iar 1,6% (față de 5,6%) 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 0,4% (față de 0,8%) dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite, s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării de determinări toxicologice.

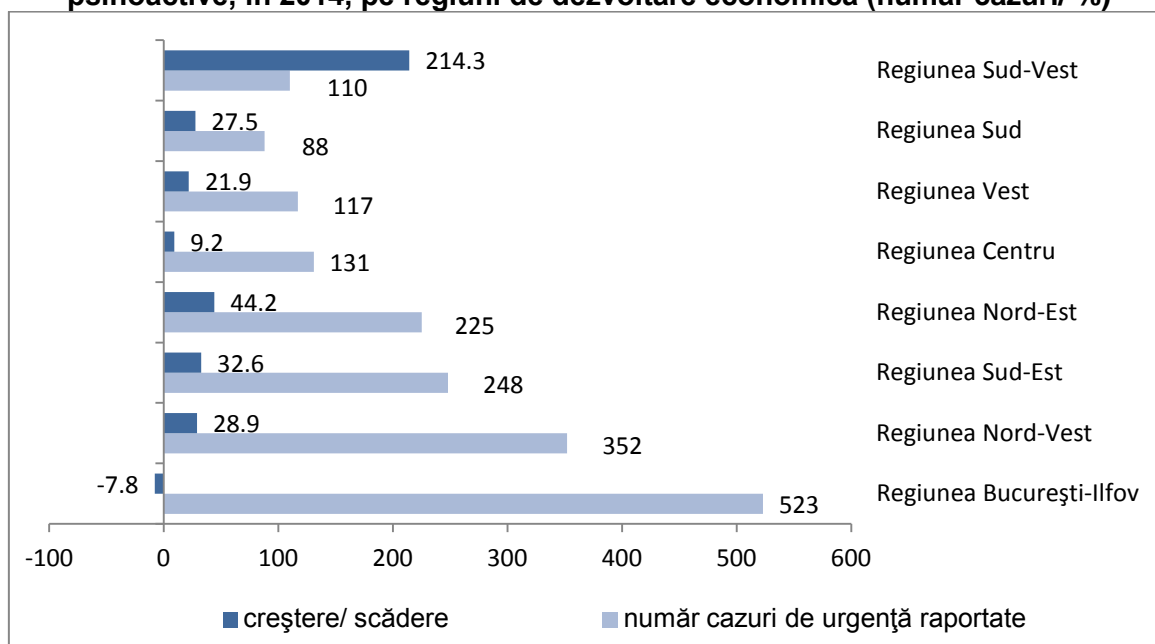
În ceea ce privește calea de administrare a drogurilor ilicite care au cauzat urgența medicală, se constată că, pentru cazuistica urgențelor anului 2014, este specifică calea pulmonară sau prin fumat, prezentă în 48,2% (față de 37,8% în 2013) dintre cazuri. Urmează calea parenterală sau intravenoasă, utilizată în 22,9% (față de 21,9%) dintre cazurile de urgență analizate. Pentru 4,1% (față de 4,0%) dintre cazuri s-a utilizat administrarea intranasală sau prizată a drogului, în timp ce, în doar 6,8% (față de 10,1%) dintre cazuri, substanța psihoactivă a fost administrată pe cale mixtă, dar neinjectabilă, iar pentru 7,1% (față de 12,1%) dintre cazuri a fost declarat consum mixt, inclusiv injectabil

6.2.2.3.Repartizarea geografică a cazuisticii

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 2014, situația se prezintă astfel:

- Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) – 352 cazuri (față de 273 cazuri);
- Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – 117 cazuri (față de 96 cazuri);
- Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – 225 cazuri (față de 156 cazuri);
- Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – 248 cazuri (față de 187 cazuri);
- Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) – 131 cazuri (față de 120 cazuri);
- Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – 110 cazuri (față de 35 cazuri);
- Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – 88 cazuri (față de 69 cazuri);
- București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov) – 523 cazuri (față de 567 cazuri).

Grafic 6-16: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2014, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)



Sursa: ANA

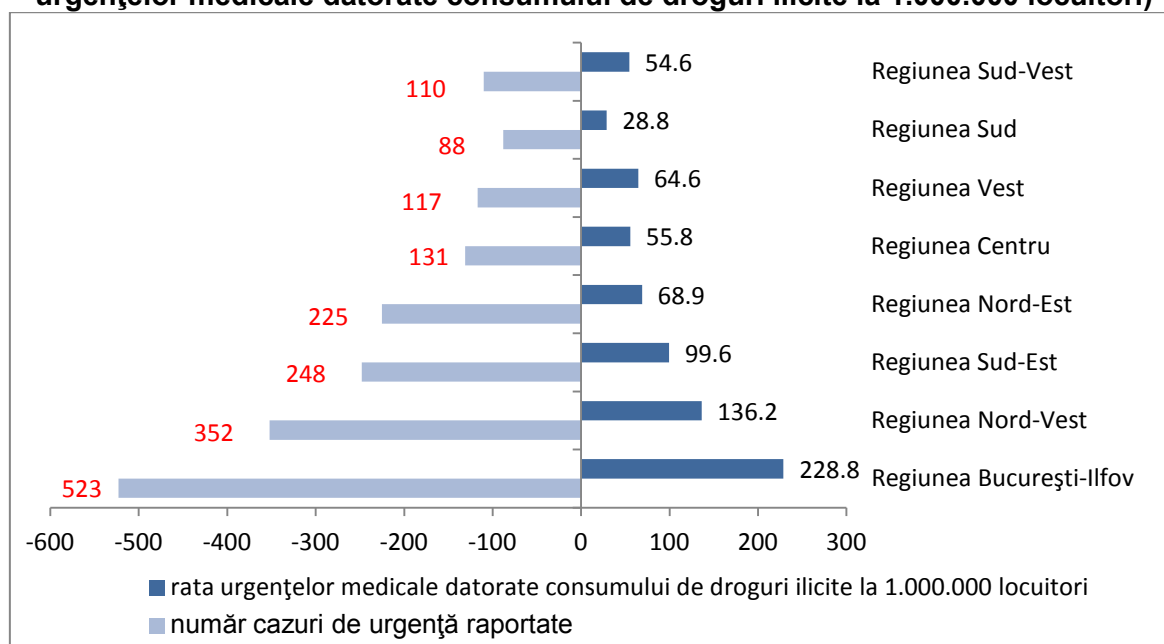
Deși numărul unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2014, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea evoluție a cauzisticii de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

- **regiunea București-Ilfov:** scăderea cu 7,8% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente a cauzisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, semnalată prima dată în 2011)
- **regiunea Centru:** creșterea cu 9,2% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate anul anterior)
- **regiunea Nord-Est:** creștere cu 44,2% a numărului de cazuri (revenire la tendința crescătoare a cauzisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, observată în perioada 2011-2012)
- **regiunea Nord-Vest:** creșterea cu 28,9% a numărului de cazuri (confirmarea tendinței crescătoare înregistrate în anul 2012)
- **regiunea Sud:** creșterea cu 27,5% a numărului de cazuri (revenire la tendința crescătoare a cauzisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, observată în perioada 2011-2012)
- **regiunea Sud-Est:** creșterea cu 32,6% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate anul anterior)
- **regiunea Sud-Vest:** triplarea numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate în 2012)
- **regiunea Vest:** creșterea cu 21,9% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate în 2011)

Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar într-una singură (regiunea București-Ilfov) se înregistrează scăderea numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, profilându-se astfel o expansiune a zonelor teritoriale în care se raportează o astfel de problematică.

Raportat la numărul de locuitori, cea mai mare rată a urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite la 1.000.000 locuitori se înregistrează la nivelul regiunii București-Ilfov (228,8 cazuri de urgență la 1.000.000 locuitori), în timp ce, la polul opus, se situează regiunea Sud, cu o rată de 28,8 cazuri de urgență la 1.000.000 locuitori.

Grafic 6-17: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive în 2014, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ rata incidenței urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite la 1.000.000 locuitori)

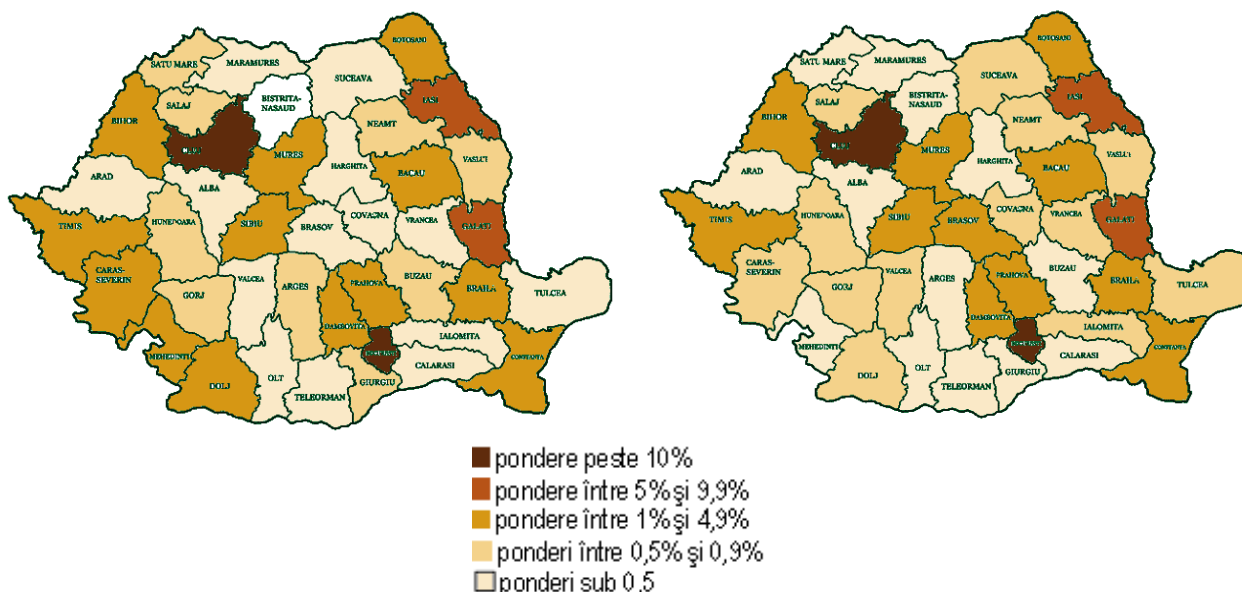


Sursa: ANA

Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea județelor și la delimitarea unor zone de risc, după cum urmează:

- **Zonă de risc foarte mare (ponderi peste 10%):** București, Cluj
- **Zonă de risc mare (ponderi între 5% și 9,9%):** Galați, Iași
- **Zonă de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%):** Mureș, Timiș, Dolj, Brăila, Constanța, Botoșani, Bihor, Dâmbovița, Prahova, Sibiu, Bacău, Caraș-Severin, Mehedinți
- **Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%):** Buzău, Vaslui, Giurgiu, Hunedoara, Sălaj, Argeș, Neamț, Gorj, Satu-Mare
- **Zonă de risc foarte mic (ponderi sub 0,5%):** Alba, Vâlcea, Arad, Călărași, Covasna, Harghita, Olt, Ialomița, Suceava, Vrancea, Brașov, Teleorman, Maramureș, Tulcea, Bistrița-Năsăud, Ilfov

Harta 6-2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2013-2014



Sursa: ANA

Spre deosebire de anii anteriori, când în municipiul București, ponderea urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite era de peste o treime (37,8%), în 2014, se observă o scădere a acestei ponderi la 29,2%. Această scădere are loc pe fondul creșterii ponderilor cazurilor înregistrate în celelalte județe, cele mai importante creșteri fiind observate în: județul Cluj - creștere de la 14,1% la 16,1%, județul Iași – creștere de la 5% la 7,2%, județul Brăila – creștere de la 1,4% la 3,5%, județul Dolj – creștere de la 0,9% la 3,7%.

În continuare, în segmentul teritorial format din Municipiul București și județele Cluj, Iași și Galați, se acumulează peste jumătate (58,1%) din numărul total al urgențelor medicale determinate de consumul de droguri ilicite.

Totodată, în alte 13 județe (Mureș, Timiș, Dolj, Brăila, Constanța, Botoșani, Bihor, Dâmbovița, Prahova, Sibiu, Bacău, Caraș-Severin, Mehedinți) grupate în zona de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%) se cumulează aproape o treime din numărul total al acestor cazuri (30,8%), în timp ce, în zona de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%) sunt incluse în 2014, 9 județe și cumulează doar 6,5% din numărul total al cazurilor de urgență. În ultima zonă, cea de risc foarte mic, alcătuită din restul de 16 județe, se regăsesc doar 4,6% din numărul urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate în anul 2014.

Comparativ cu anul anterior, numărul unităților teritoriale aflate în zona de risc foarte mare se menține, județul Cluj consolidându-și poziția, alături de Municipiul București, în rândul zonelor cu cele mai însemnate probleme în rândul urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite. Totodată, se remarcă menținerea numărului de județe aflate în zona de risc mare (2 județe – Iași și Galați). Pe de altă parte, se observă creșterea

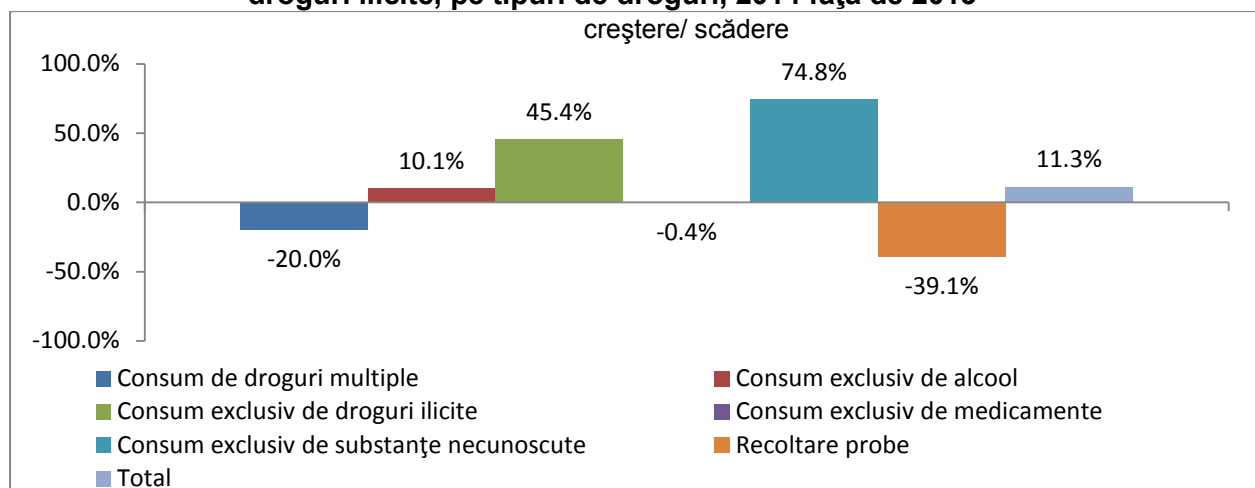
numărului județelor din zona de risc mediu (de la 11 județe la 13 județe), concomitent cu scăderea numărului județelor aflate în zona de risc scăzut (mic și foarte mic) (de la 27 la 25 județe).

6.2.4.Tendințe

Comparativ cu anul anterior, evoluția numărului de urgențe medicale datorate consumului de substanțe psihoactive prezintă următoarele variații:

- creșterea cu 74,8% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de substanțe necunoscute;
- creșterea cu 45,4% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de droguri ilicite;
- creșterea cu 11,3% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consum exclusiv de medicamente, administrate fără prescripție medicală;
- scăderea cu 39,1% a numărului persoanelor care s-au prezentat la secțiile de primiri urgențe pentru recoltarea de probe în vederea efectuării de determinări toxicologice;
- scăderea cu 20% a numărului cazurilor de urgență în care s-a declarat consumul de droguri multiple.

Grafic 6-18: Evoluția cazuisticii urgențelor medicale datorate exclusiv consumului de droguri ilicite, pe tipuri de droguri, 2014 față de 2013



Sursa: ANA

Pe ultimii 3 ani, evoluția numărului de cazuri de urgență raportate ca urmare a consumului de droguri ilicite a fost fluctuantă. Astfel, după o scădere în 2013 cu 26,5% a numărului de astfel de cazuri, în 2014, se observă o creștere cu 19,5% a numărului de urgențe medicale înregistrate.

Comparativ cu anul 2013, pe tipuri de droguri, analiza urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite relevă următoarele:

- **creșterea:**

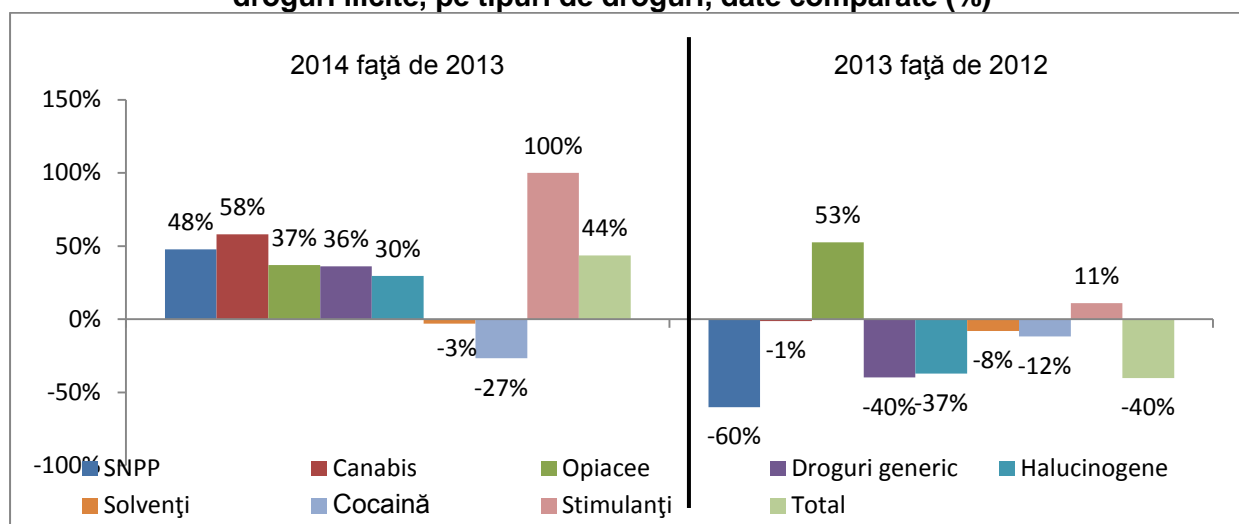
- cu 58% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de canabis;
- cu 47,9% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de SNPP;
- cu 37,1% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de opiacee;
- cu 36,2% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de droguri generic (fără a se menționa tipul substanței consumate).
- cu 29,6% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de halucinogene
- dublarea numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de stimulanți.

- **scăderea:**

- cu 2,9% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de solvenți volatili
- cu 26,7% a numărului de cazuri de urgențe datorate consumului exclusiv de cocaină.

Comparativ cu anul anterior, se remarcă schimbări de tendință pentru cazuistica de urgență determinată de consumul de SNPP, canabis, droguri generic (fără a se menționa tipul substanței consumate) și halucinogene. Totodată, se observă menținerea tendinței ascendente pentru cazuistica de urgență datorată consumului de opiacee, respectiv celui de stimulanți. În schimb, urgențele medicale datorate consumului de cocaină și cele datorate consumului de solvenți continuă să scadă.

Grafic 6-19: Evoluția cazuisticii urgențelor medicale datorate exclusiv consumului de droguri ilicite, pe tipuri de droguri, date comparate (%)



Sursa: ANA

Se remarcă o scădere a ponderii cazuisticii de urgență în care a fost raportat consumul de droguri multiple – de la 41,8%, la 30,2% (valoare similară anului 2012 – 28,5%), conturându-

se astfel o schimbare a tendinței semnalate în anii anteriori, privind proliferarea consumului mixt de droguri.

Se observă creșterea ponderilor cazurilor în care administrarea drogurilor s-a realizat pe cale pulmonară sau prin fumat, ceea ce se corelează cu creșterea cazuisticii în care s-a declarat consum exclusiv de cannabis.

6.2.5. Concluzii

În peste două treimi din cazurile de urgență datorate consumului de droguri ilicite s-a înregistrat consumul unei singure substanțe psihoactive. Dintre acestea, cea mai mare parte a fost cauzată de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive. În ceea ce privește calea de administrare a drogurilor ilicite care au determinat urgența medicală, se constată că, pentru cazuistica urgențelor anului 2014, este specifică calea pulmonară sau prin fumat.

Evoluția numărului de urgențe medicale raportate ca urmare a consumului de droguri ilicite a fost fluctuantă în ultimii 3 ani. Astfel, după o scădere în 2013 a numărului de astfel de cazuri, în 2014, se observă o creștere, datorată în primul rând numărului mai mare de cazuri în care a fost menționat consumul de SNPP. Comparativ cu anul anterior, se remarcă schimbări de tendință pentru cazuistica de urgență determinată de consumul exclusiv de SNPP, cannabis, droguri generic (fără a se menționa tipul substanței consumate) și halucinogene.

Totodată, se observă menținerea tendinței ascendente pentru cazuistica de urgență datorată consumului de opiacee, respectiv celui de stimulanți. În schimb, urgențele medicale datorate consumului de cocaină și cele datorate consumului de solvenți continuă să scadă.

6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Odată cu creșterea prevalențelor pentru infecția cu HIV și a hepatitelor virale B și C, înregistrate progresiv în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București, începând cu anul 2009 (asociată temporal cu emergența fenomenului SNPP) și continuând cu declararea focarului epidemiologic de HIV în 2011 (evidențiat în datele privind notificările noilor cazuri confirmate de infectare), sistemele de monitorizare care furnizează date pentru indicatorul privind bolile infecțioase asociate consumului de droguri și-au probat în mod evident utilitatea. Deși momentul 2011 a fost depășit, cifrele indicând o stabilizare (la cote ridicate) a epidemiei anterior menționate, specialiștii și autoritățile din România consideră că sunt necesare eforturi mai susținute, atât în ceea ce privește îmbunătățirea colectării datelor specifice pentru fundamentarea de măsuri de reducere a riscurilor, cât și pentru suplimentarea resurselor și, inerent, a răspunsurilor de politici publice cu care să fie abordat fenomenul.

Considerând atât notificările din sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor infecțioase, cât și prevalențele identificate în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI) admiși la tratament ca urmare a consumului de droguri ori înregistrați în

programe de schimb de seringi, se poate afirma că **anul 2014 a reprezentat o perioadă de stabilizare în ceea ce privește dinamica infectărilor cu HIV și hepatite virale B și C a CDI**, reflectată de valorile indicatorilor de monitorizare.

A. Notificări

În ceea ce privește tendința evidențiată de notificările privind infectarea cu HIV în rândul CDI, în 2014, se observă o stabilizare sau chiar un ușor declin al numărului de cazuri raportate. Considerând faptul că, datorită eficacității sistemului de tratament, în România se înregistrează o rată ridicată de supraviețuitori (peste 6000) din totalul de 12886 persoane care trăiau cu HIV la 31 decembrie 2014, aflați în intervalul de vârstă 20-29 ani (membrii a ceea ce specialiștii numesc *cohorta românească*), experții în domeniu consideră că există ipoteza îngrijorătoare a iminenței unui nou val epidemiologic generat prin transmitere transversală, la nou născuți, de la mamele consumatoare de droguri din cohorta menționată. Marea majoritate a cazurilor infectate cu HIV din România (peste 90%) prezintă sub-tipul genotipic F1, unic în Europa. Un aspect semnificativ de menționat este faptul că toți CDI confirmați cu HIV sunt înregistrați și integrați în scheme specifice de tratament anti-retroviral (TARV) - mai mult de 8000 persoane infectate cu HIV beneficiază anual de astfel de tratament. Îngrijorător este faptul că, în rândul CDI infectați cu HIV se constată, de asemenea, rate ridicate ale co-infecțiilor cu hepatite virale, TB sau BTS, precum și rate reduse de aderență la tratamentul specific.

Analizând datele privind **noile cazuri confirmate** de CDI infectați cu HIV/ SIDA și hepatite virale B și C în 2014, raportate de sistemul de supraveghere epidemiologică național, se poate constata o serie de aspecte relevante.

Există limite semnificative în ceea ce privește metodologia standard pentru colectarea **notificărilor pentru hepatite**, care nu permite obținerea de date exhaustive privind consumatorii de droguri. Astfel, dincolo de caracteristicile relaționate cu specificul manifestării bolii, fișa standard de colectare de date include *itemi* care pot furniza doar informații minimale privind consumatorii de droguri injectabile.

În 2014, subraportarea este evidentă: din **249 cazuri de HVB acută**, intrate în supraveghere epidemiologică, nu s-a înregistrat nici un consumator de droguri și doar **un CDI** (de sex masculin, aflat în grupa de vârstă 55-64 ani) a fost raportat dintre **26 cazuri de HVB cronică**. Un **singur caz de CDI infectat cu HVC cronică** (de sex masculin, aflat în grupa de vârstă 55-64 ani), din totalul celor 20 cazuri constatate, a intrat în supraveghere epidemiologică. Între cele 84 cazuri de HVC cronică notificate, nu a fost semnalat niciun CDI.

Notificările privind noile cazuri de **infecțare cu HIV/ SIDA**, raportate de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș” și analizele realizate pentru aceste cazuri, indică evoluția descendentă a fenomenului.

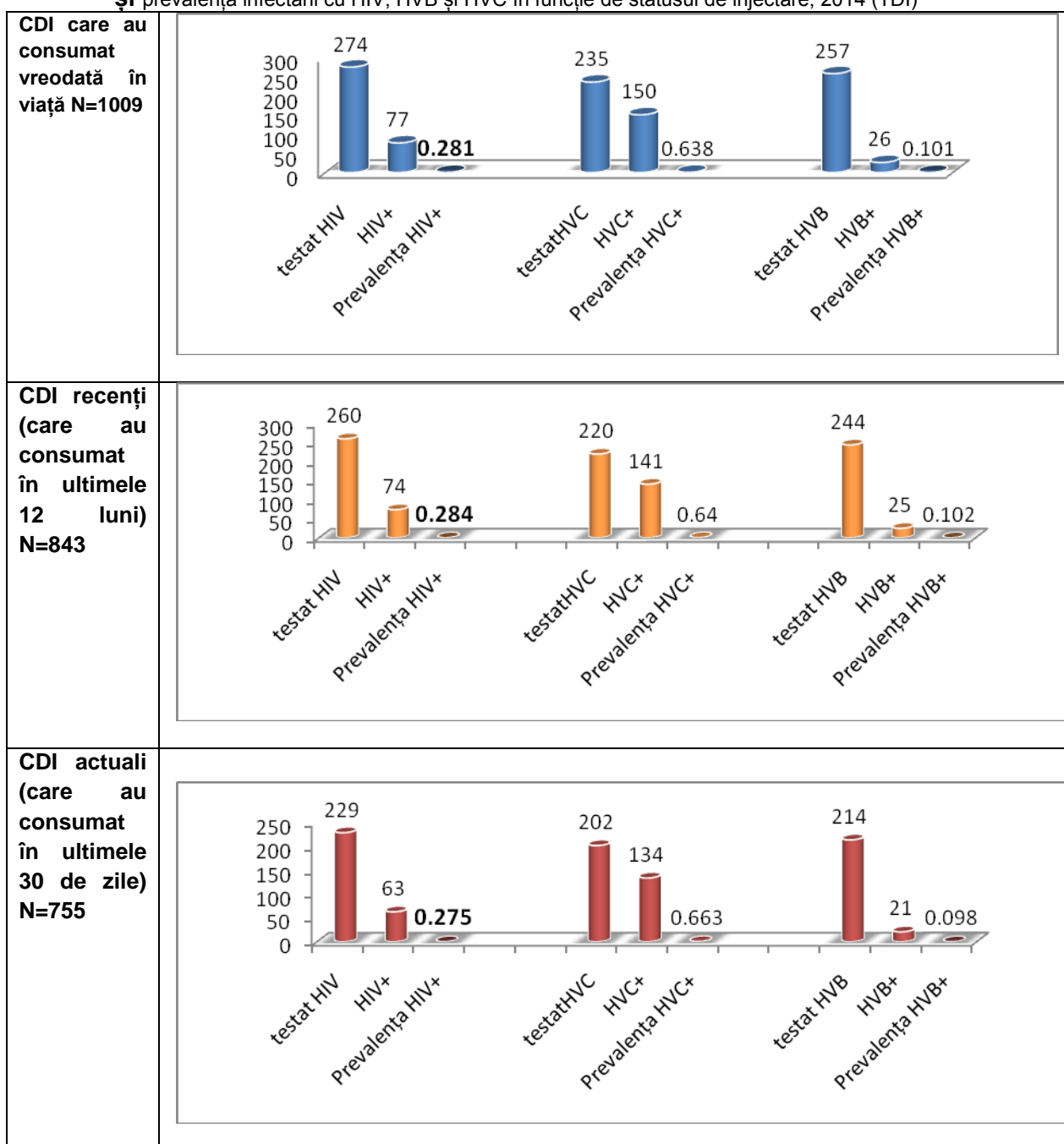
Astfel, considerând calea de transmitere probabilă, în anul 2014, au fost detectate 165 noi cazuri de infecțare cu HIV/ SIDA la CDI (157 CDI și 8 BSB/ CDI). Dintre acestea, 144 de cazuri sunt CDI de sex masculin și 21 de sex feminin, marea majoritate fiind din București (137 de cazuri). Distribuția pe grupe de vârstă arată o concentrare în intervalul de vârstă 25-34 ani (100 cazuri). De asemenea, 83 dintre cazurile notificate sunt doar purtători de HIV, în timp ce, 82 au dezvoltat deja SIDA.

B.Prevalență

Datele colectate pentru stabilirea prevalenței bolilor infecțioase provin din baza de date TDI (în principal, se utilizează informații auto-declarate de beneficiari despre statusul serologic propriu, precum și date privind testările și rezultatele acestora efectuate în timpul tratamentului) și din cea de monitorizare a programelor de schimb de seringi (creată începând cu 2012).

Analiza datelor care indică prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI aflați în tratament relevă prezența semnificativă a unor comportamente de risc, cum este utilizarea în comun a echipamentelor de injectare, în contextul unei populații vulnerabile socio-economic, cu un profil socio-educational care predispune la marginalizare și din care mai mult de un sfert are antecedente penale.

Grafic 6-20: Numărul de testări valide, numărul celor care-și declară statusul serologic și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de statusul de injectare, 2014 (TDI)



Sursa: ANA

Întrucât nu sunt disponibile date comportamentale recente (ultimul studiu de supraveghere serologică și comportamentală a fost realizat în 2012), este greu de apreciat gradul de expunere la riscul de infectare cu HIV și hepatite virale B și C în cazul sub-grupeii de CDI activi din București, apreciată, anterior, drept cea mai vulnerabilă în acest sens. Prevalențele înregistrate în rândul CDI din programele de schimb de seringi sunt însă comparabile cu cele remarcate în cazul CDI din serviciile de asistență specializate. Acest fapt justifică

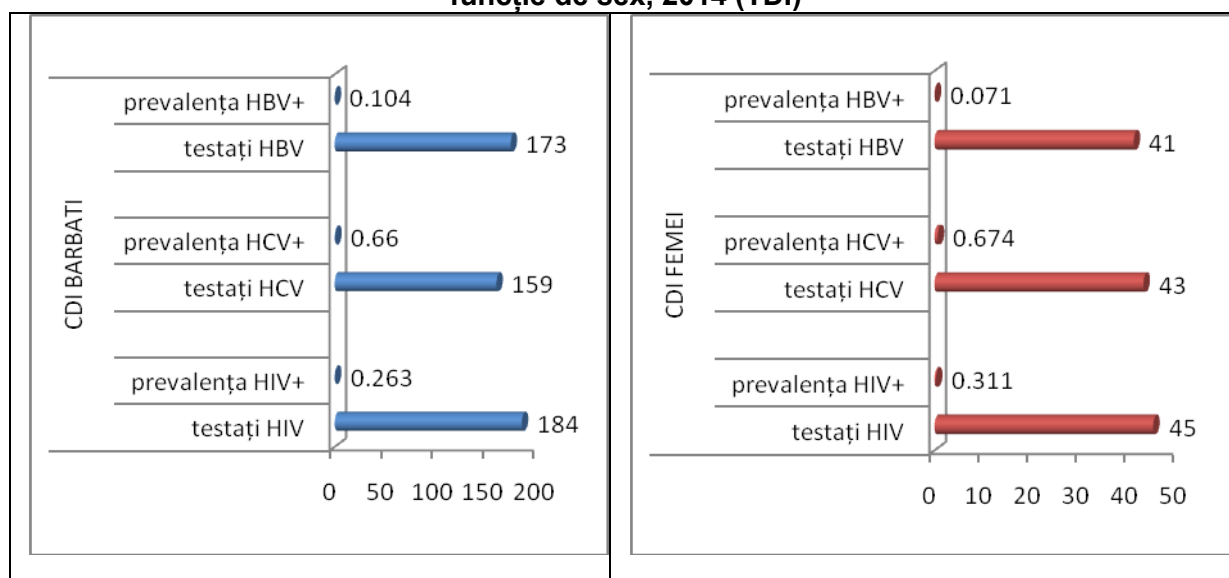
menținerea unui nivel de alertă epidemiologică și continuarea monitorizării și acoperirii cu servicii de reducere a riscurilor asociate consumului injectabil de droguri.

În anul 2014, în baza de date TDI, au fost înregistrate 755 cazuri de consumatori de droguri injectabile (CDI), un număr semnificativ redus, comparativ cu cele înregistrate în anii anteriori²¹.

Definiția cazului pentru datele luate în analiză include: consumatori de droguri **admiși la tratament în anul 2014**, care s-au declarat **consumatori actuali** de droguri injectabile (declară că au consumat drogul principal pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile)²².

Analiza comparativă a datelor privind numărul de testări valide, precum și numărul celor care și declară statusul serologic și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC, în funcție de statusul de injectare, respectiv consumatorii actuali de droguri injectabile (în ultimele 30 de zile), consumatorii recenți (în ultimele 12 luni) și consumatorii care și-au injectat droguri la un moment dat, relevă faptul că aceste date sunt consistente, înregistrându-se diferențe minore.

Grafic 6-21: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de sex, 2014 (TDI)



Sursa: ANA

Profilul populației analizate are, prin prisma caracteristicilor socio-demografice, următoarea configurație:

- sex – se remarcă o preponderență clară a bărbaților (82,1%).

²¹ Aspect datorat, în mare măsură, modificării procedurii de selecție a cazurilor.

²² Cazurile au fost selectate prin "intersectarea" variabilei "calea de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile anterior admiterii la tratament" (atributul: consum injectabil) cu variabila "timpul trecut de la ultima injectare cu orice substanță psihoactivă" (atributul: injectare în ultimele 30 de zile). Prin utilizarea acestei proceduri a fost determinat de asemenea numărul consumatorilor care și-au injectat vreodată droguri (1009 cazuri) și numărul consumatorilor recenți – utilizatori în ultimele 12 luni (834 cazuri), dar s-a optat pentru analiza cazurilor de consumatori actuali pentru a asigura comparabilitatea datelor în analizele de tendință.

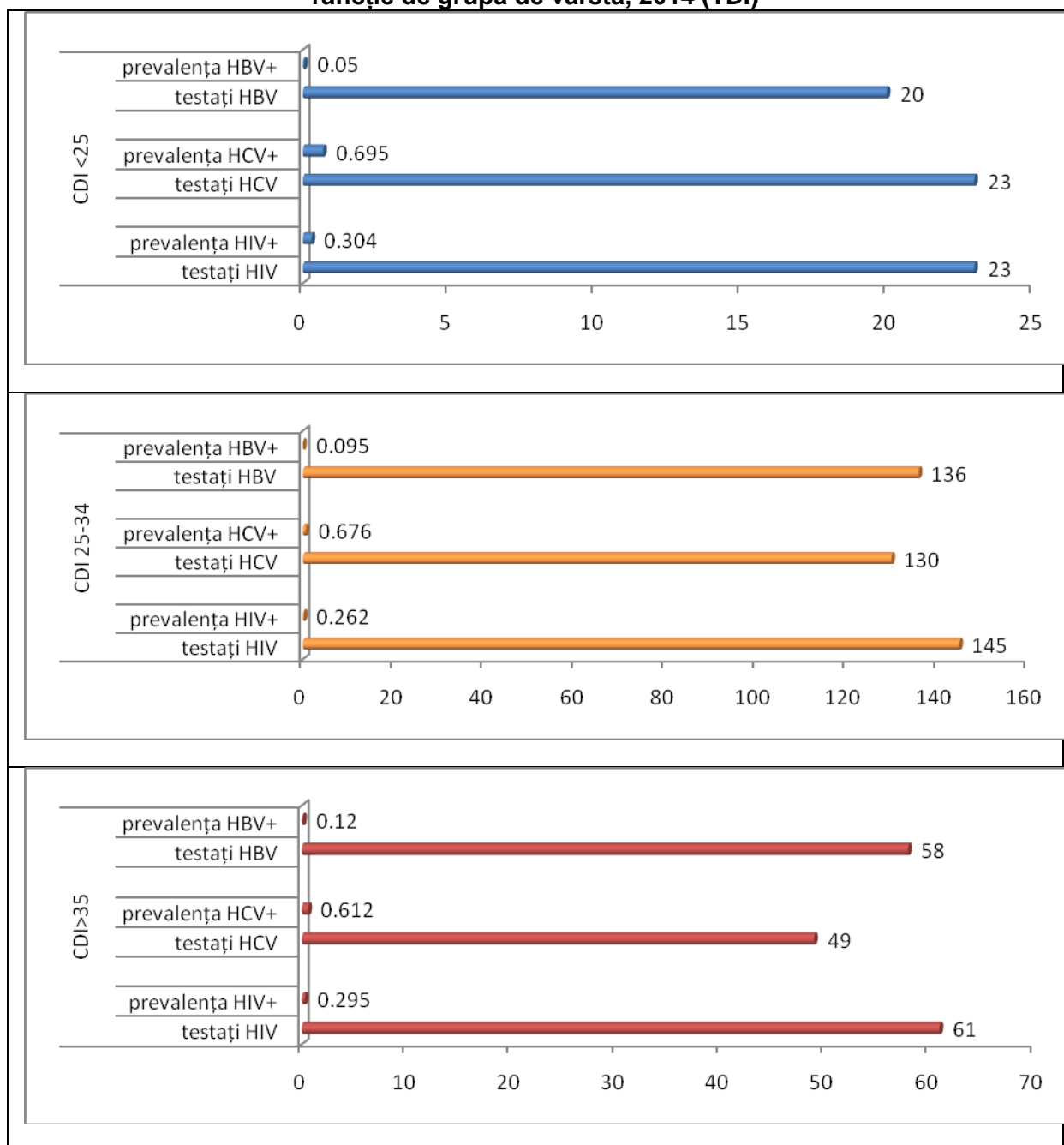
- vârstă – populația se concentrează majoritar în grupele de vârstă 30-34 ani (38,7%).
- drog principal – majoritatea a consumat heroină (95,1%), urmată, la mare distanță, de cei care au consumat SNPP (2,6%), iar apoi de cei care au consumat metadonă (0,8%).
- distribuție geografică – se constată o semnificativă concentrare a cazurilor în zona București-Ilfov (91,7%); alte județe în care locuiesc CDI fiind Prahova (2,3%) și Dâmbovița (1,6%).
- nivel maxim de studii complete – cel mult studii liceale: o proporție semnificativă dintre consumatori sunt absolvenți de studii liceale (24,8%), 23,2% au studii gimnaziale, 13,25% au studii primare și 4,2% nu au fost niciodată la școală.
- status ocupațional principal – 46,1% din populația de CDI selectată sunt persoane fără ocupație; alte categorii înregistrate au fost: 20,5% - angajați pe perioadă determinată, 8,6% lucrează fără acte legale, iar 5,2% sunt pensionați pe caz de boală.

După cum se observă din datele prezentate anterior, chiar dacă tabloul s-a îmbunătățit ușor față de anii anteriori (în sensul creșterii procentului consumatorilor de droguri injectabile integrați pe piața muncii), populația continuă să prezinte un risc major de excluziune socială. Acești consumatori nu dispun de mijloace financiare stabile și, din punct de vedere al educației, întrunesc, în măsură redusă, condițiile necesare pentru angajare pe piața muncii, constituind astfel o populație vulnerabilă economic și social care are nevoie de asistență specializată.

Pentru 61% din cazuri, există stabilit un diagnostic psihiatric, aproximativ 27% dintre beneficiari au antecedente penale și 27,1% dintre cazuri se angajează în comportamente riscante de consum (utilizare în comun de ace și seringi).

Majoritari ca proporție în populația analizată, bărbații înregistrează prevalențe ușor mai reduse pentru HIV și HVC, față de femei și o valoare mai mare a prevalenței pentru HVB.

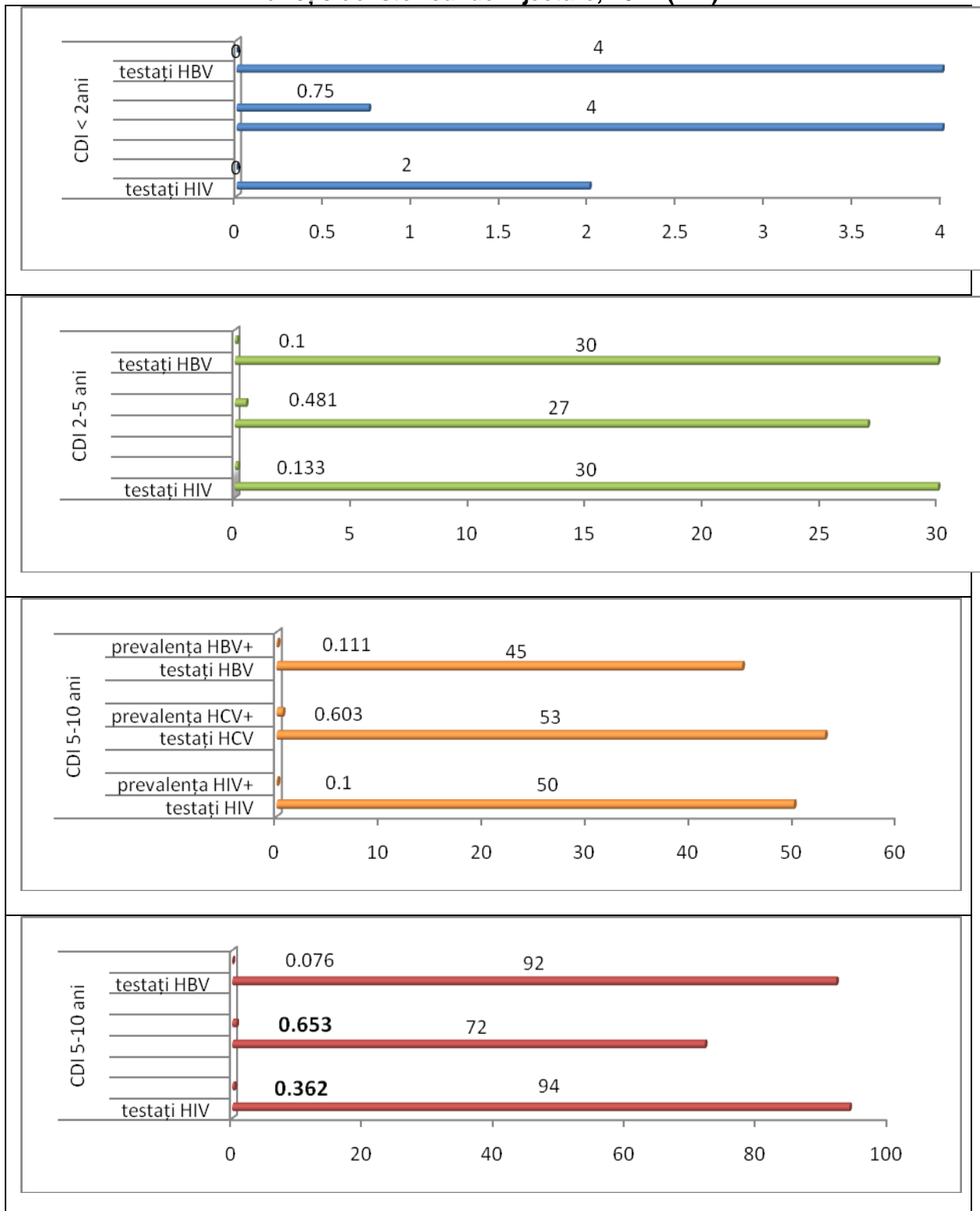
Grafic 6-22: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de grupa de vârstă, 2014 (TDI)



Sursa: ANA

Deși sunt cel mai bine reprezentați, ca volum, în populația de consumatori de droguri injectabile aflați în tratament în anul 2014, cei din grupa de vârstă 25-34 de ani înregistrează cea mai ridicată prevalență doar pentru HVB, în timp ce, pentru HIV și HVC cele mai ridicate valori ale prevalenței se înregistrează în cazul celor din grupa de vârstă sub 25 ani.

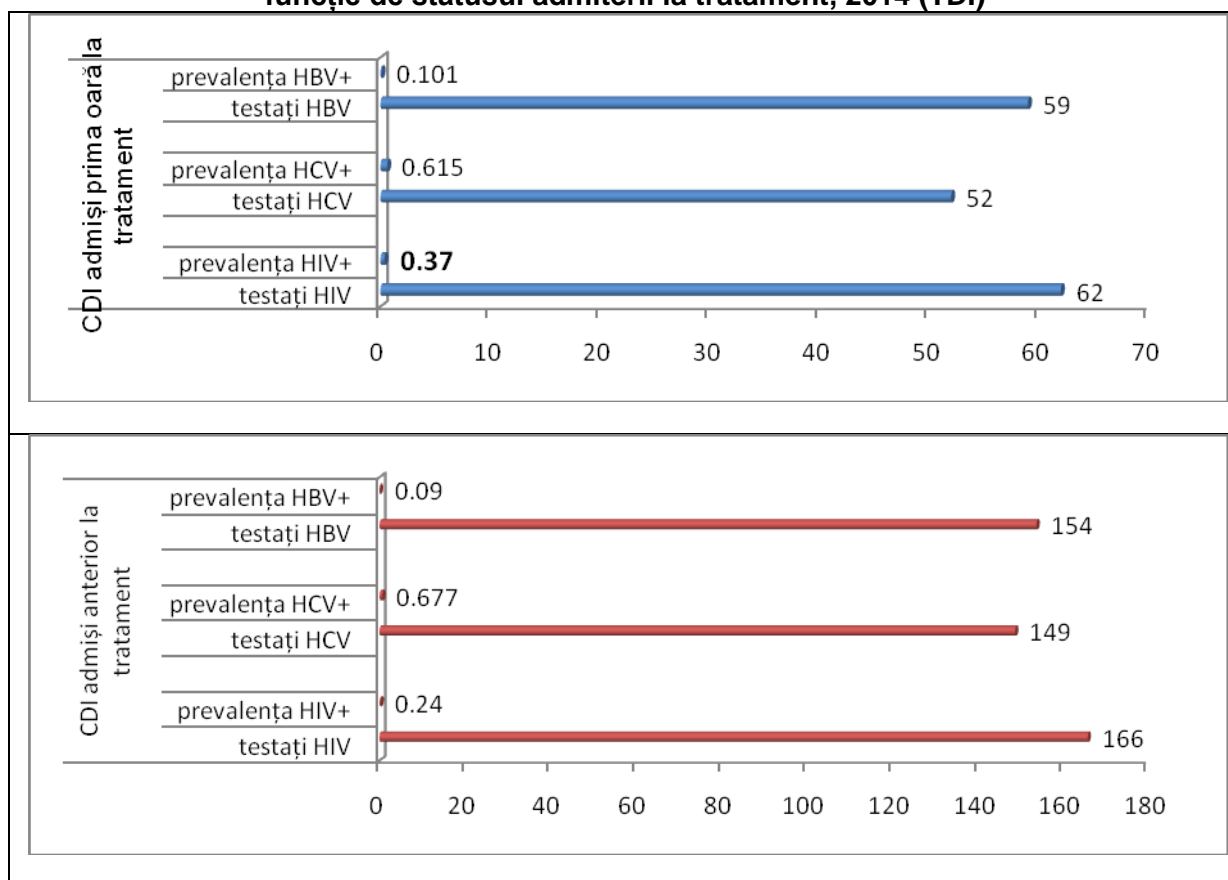
Grafic 6-23: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de istoricul de injectare, 2014 (TDI)



Sursa: ANA

De asemenea, cele mai ridicate prevalențe ale infectării cu HIV și HVC au fost identificate în rândul celor cu istoric îndelungat de injectare, cazurile de noi consumatori de droguri injectabile fiind irelevante ca număr și prevalență.

Grafic 6-24: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de statusul admiterii la tratament, 2014 (TDI)



Sursa: ANA

Cu toate că, se regăesc în număr mai mic față de cei admiși anterior la tratament, care, de altfel, înregistrează o prevalență mai crescută pentru infecția cu HVC, consumatorii de droguri injectabile admiși pentru prima oară la tratament sunt mai predispuși la infectarea cu HIV (0,4%) și HVB (0,1%).

Din perspectiva caracteristicilor socio-demografice, comportamentelor de consum și a istoricului personal în relație cu drogurile, populația de CDI aflați în tratament, are următorul profil:

- **CDI infectat cu HIV:**

CDI este preponderent de sex masculin (78,2%), cu antecedente penale (39,1%), dar fără legătură cu drogurile (31,3%), consumator de heroină (90,6%), cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (53,1%), admis anterior la tratament (62,5%), rezident în București (98,4%), a utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 12 luni (45,3%), are preponderent studii primare (31,3%) sau gimnaziale (25%), s-a prezentat la tratament din inițiativă proprie (76,6%), are o locuință stabilă (81,3%), în care stă cu părinții sau familia (57,8%) și are copii (42,2%). În 29% din cazuri, prezintă co-infecție cu HVC și în 17,2%, co-infecție cu HVB.

- **CDI infectat cu HVC:**

CDI este preponderent de sex masculin (78,4%), cu antecedente penale (37%), consumator de heroină (90,3%), istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (53,1%), admis anterior a tratament (59,7%), locuiește în București (94%), a utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 12 luni (24%), are preponderent studii gimnaziale (28,4%) sau liceale (21,6%), s-a prezentat la tratament din inițiativă proprie (73,1%), are o locuință stabilă (86,6%), are copii (50,7%) și locuiește cu părinții ori familia de proveniență (61,9%). În 28,4% din cazuri, prezintă co-infecție cu HIV și în 10,4%, co-infecție cu HVB.

- CDI infectat cu HVB:

CDI este de regulă bărbat (85,7%), fără antecedente penale (38%), consumator de heroină (90,5%), cu istoric îndelungat de injectare (23%), admis anterior la tratament (66,7%), rezident în București (81%), a utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 30 de zile (33%), are preponderent studii gimnaziale (23,8%), s-a prezentat la tratament din inițiativă proprie (61,9%), are o locuință stabilă (85,7%), are copii (52,4%) și locuiește cu ei sau familia de proveniență (74%). În 52% din cazuri, prezintă co-infecție cu HIV și în 66,7%, co-infecție cu HVC.

6.3.1. Prevalența infectării cu HIV, HVB, HVC a consumatorilor de droguri aflați în tratament

În ceea ce privește datele înregistrate în urma testării beneficiarilor aflați în serviciile de tratament pe parcursul procesului terapeutic, deși reduse ca amplitudine, acestea confirmă, în mare măsură, tendințele constatate în cazul datelor autodeclarate.

Tabel 6-3: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat)

Anul	Nr. teste valide	HIV+	Prevalența HIV+(%)
2012	133	23	17,3
2013	147	27	18,4
2014	59	5	8,4

Sursa: ANA

Astfel, în ceea ce privește infectarea cu HIV, se confirmă atât scăderea numărului de teste valide, a numărului de CDI identificați ca HIV pozitivi, cât și scăderea prevalenței HIV în tratament (de la 17,3% în 2012 și 18,4% în 2013, la 8,4% în 2014).

Tabel 6-4: Prevalența HVC+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat)

Anul	Nr. teste valide	HVC+	Prevalența HVC+(%)
2012	144	98	68,1
2013	141	89	63,1
2014	58	38	65,5

Sursa: ANA

Datele pentru HVC sunt mai puțin consistente cu cele autodeclarate în ceea ce privește prevalența (65,5% în 2014), dar confirmă astfel menținerea unui nivel ridicat al HVC în rândul CDI din serviciile de tratament.

Tabel 6-5: Prevalența HVB+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat)

Anul	Nr. teste valide	HVB+	Prevalența HVB+(%)
2012	132	14	10,6
2013	80	3	3,8
2014	13	1	7,6

Sursa: ANA

Prevalența infectării cu HVB rezultată din testări infirmă, de asemenea, tendința reflectată de datele autodeclarate, indicând o creștere a ratei HVB în rândul CDI. Datele trebuie însă considerate cu prudență, întrucât numărul cazurilor analizate este foarte mic.

6.3.2. Prevalența HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri aflați în programele de schimb de seringi

Spre deosebire de consumatorii de droguri injectabile care accesează programele de tratament, consumatorii înregistrați în programele de seringi sunt o populație mult mai "puțin vizibilă", cu caracteristici socio-economice și comportamentale care-i sporesc vulnerabilitatea, mult mai expusă riscului de infectare cu boli infecțioase.

Programele de schimb de seringi au continuat și în 2014 declinul început în anii anteriori, odată cu retragerea finanțării internaționale oferite de Fondul Global pentru Tuberculoză și Malarie și UNODC. Activitatea s-a restrâns, începând cu jumătatea lui 2013 (odată cu finalizarea finanțării POSDRU pentru principalul program de acest tip), numai în municipiul București, centrele de reducere a riscurilor din țară fiind închise, dar nici aici nu s-au putut păstra active decât două centre fixe (tip *drop-in*) din cele trei inițiale (2012-2013), iar din echipele de *outreach* din anii anteriori, a fost păstrată o singură unitate mobilă de schimb de seringi (tip ambulanță socială). Reducerile de personal au condus la utilizarea altor modalități de acordare a serviciului, fiind preferată creșterea numărului de beneficiari utilizați ca distribuitori secundari de echipamente de injectare. De asemenea, centrele specializate ale Administrației Naționale a Penitenciarelor nu au înregistrat nicio solicitare pentru acest tip de serviciu. Cu toate acestea, cu eforturi susținute, s-a reușit menținerea unui nivel ridicat

de distribuire de servicii de reducere a riscurilor, în acord cu nevoile consumatorilor de droguri injectabile din București.

Spre deosebire de consumatorii aflați în tratament, în cazul celor din programele de seringi, modelele de consum sunt în 2014 mai diversificate, în ceea ce privește drogul principal utilizat – 48,6% consumă heroină, 11,6% consumă SNPP, 12% sunt angajați în policonsum și 2% sunt consumatori de metadonă, în timp ce, 19,1% dintre beneficiarii programelor de schimb de seringi nu au declarat drogul principal de consum. Considerând substanțele utilizate și modalitățile lor specifice de consum și coroborând aceste date cu cele semnalate de rapoartele de evaluare, transmise de organizațiile neguvernamentale care implementează programele de schimb de seringi, putem aprecia că, pe parcursul anului de referință a fost menținut un pattern intensiv de injectare în rândul CDI din programele de seringi, aspect care explică valorile prevalențelor infectării cu HIV și Hepatite virale B și C identificate.

Deși este majoritară și aici, populația masculină (76,2%) este mai redusă ca proporție, comparativ cu cea înregistrată în serviciile de tratament (peste 80%), indicând o implicare mai mare a femeilor în consumul activ. Distribuția pe grupe de vârstă este una foarte echilibrată, mai accentuată pentru grupele 25-29 de ani (24%) și 30-34 de ani (29%), dar și celelalte grupe sunt relativ uniform reprezentate. Se remarcă prezența într-un procent important a celor din grupa 14-19 ani (4,8% CDI activi, cu un istoric recent de consum). Preferința pentru accesarea serviciilor de tip centru fix (64,8%) este explicabilă, atât prin reducerea numărului echipelor de *outreach*, cât și prin utilizarea pe scară largă a distribuitorilor secundari de echipamente de injectare (33,8% dintre beneficiari).

Sub aspectul apartenenței la un grup social vulnerabil, se constată că, în populația identificată de CDI activi de droguri, 7,5% sunt lucrători sexuali (sub-grupă cu potențial crescut de difuzare a HIV în populația generală), 15,1% sunt persoane fără locuință, 14% sunt copii ai străzii și 38% sunt persoane de etnie romă.

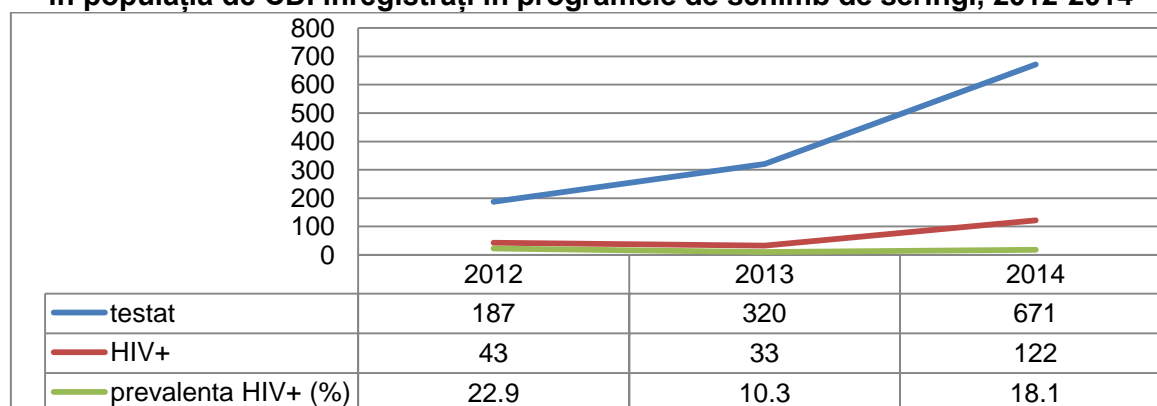
Populația analizată este în totalitate rezidentă în București și împrejurimile acestuia și este asistată proporțional de cele două organizații neguvernamentale specializate în oferirea de servicii de reducere a riscurilor - cei 2694 de beneficiari înregistrați în 2014 s-au adresat organizațiilor neguvernamentale ARAS (2195) și Carusel (499).

6.3.2.1. Infecția cu HIV

Distribuirea, în anul 2014, în cadrul parteneriatului dintre ANA și organizațiile neguvernamentale responsabile de implementarea programelor de schimb de seringi din București, a aproximativ 3000 de teste rapide pentru depistarea bolilor infecțioase, a determinat creșterea numărului de testări valide, comparativ cu anii anteriori.

Consumatorii de droguri injectabile din programele de seringi, identificați în 2014 ca fiind HIV pozitivi (18,1%), prezintă modele de consum diferite decât cei din tratament. În ceea ce privește drogul principal utilizat, în doar 30,8% din cazuri acesta este heroina (confirmând tendințele din ultimii doi ani, de revenire la consumul tradițional de opiacee), 19,2% consumă SNPP (aproape inexistent în cazul consumatorilor de droguri injectabile din tratament), se menține la un nivel similar cu anii anteriori proporția a celor care declară policonsum de droguri (10,7%) și, de asemenea, continuă să se înregistreze cazuri care declară consum de metadonă (2%).

Grafic 6-25: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de CDI înregistrați în programele de schimb de seringi, 2012-2014



Sursa: ANA

Un alt aspect care trebuie remarcat îl reprezintă tendința de echilibrare a proporțiilor consumatorilor de sex feminin cu cei de sex masculin - 64,5% sunt bărbați și 35,2% sunt femei. Analiza cazurilor pe grupe de vârstă indică, de asemenea, o distribuție echilibrată a acestora, cu preponderență în intervalele 30-34 ani (39%) și 25-29 ani (24,6%).

Subpopulația analizată este în totalitate localizată în București. Se observă, de asemenea, o echilibrare a ratelor de contact cu tipurile de servicii - deși în 55,7% dintre cazuri a fost preferat centrul fix de distribuire de seringi, în 44,3% din cazuri serviciul a fost realizat în *outreach*. De asemenea, datele indică faptul că, niciunul dintre consumatorii de droguri injectabile identificați cu HIV nu a beneficiat de servicii de referire.

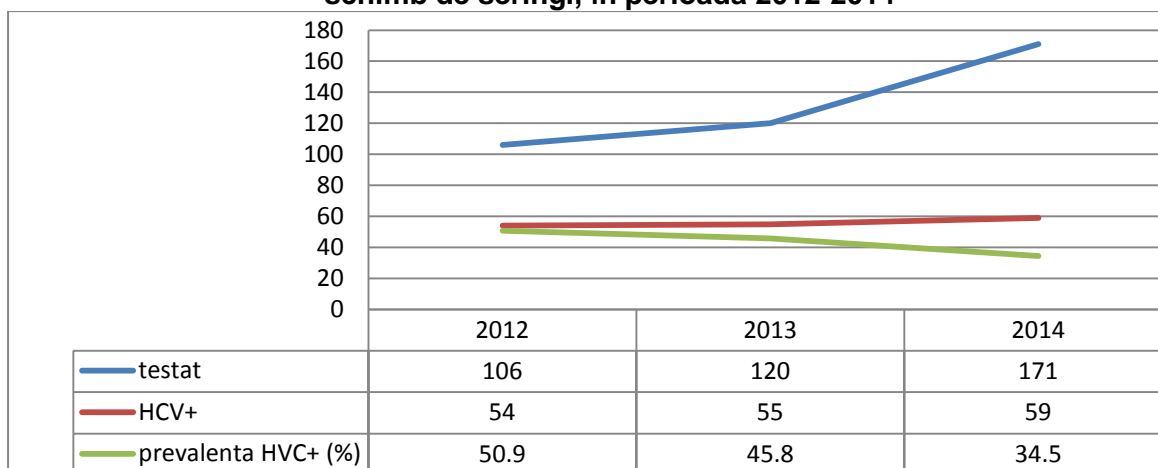
Relativ la vulnerabilitățile de natură socială, se constată că, în 12,3% din cazuri, persoanele infectate sunt lucrători sexuali, 23% sunt persoane fără locuință și copii ai străzii, iar 36,6% sunt persoane de etnie rromă.

În ceea ce privește acoperirea cu servicii, se observă că, în 2014, s-a realizat o medie de 170 seringi distribuite pentru fiecare beneficiar din cei 122 infectați cu HIV (ușor sub pragul considerat eficient la nivel european pentru serviciile de prevenire a riscurilor de acest gen) și s-a înregistrat o rată record de colectare a seringilor utilizate (peste 80%), similară cu cea a întregii populații de consumatori de droguri injectabile din programele de seringi din anul de referință, comparativ cu ratele de sub 30%, înregistrate în anii anteriori.

6.3.2.2. Infecția cu HVC

Și în ceea ce privește infectarea cu HVC, datele privind testările valide indică creșteri comparativ cu anii anteriori, de remarcat fiind însă menținerea unei tendințe stabile a numărului de consumatori de droguri injectabile infectați cu HVC, dar scăderea prevalenței infectării în populația analizată (de la 50,9% în 2012 și 45,8% în 2013, la 34,5% în 2014).

Grafic 6-26: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HVC în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

În cazul beneficiarilor programelor de schimb de seringi infectați cu HVC, majoritatea nu declară drogul utilizat (peste 70%), iar restul declară că utilizează, în mod egal, heroină și SNPP (11,9%). Este, de asemenea, semnificativă echilibrarea ponderii celor două sexe, cu o ușoară preponderență a CDI de sex feminin (57,6%). Și în ceea ce privește tipul de serviciu accesat se observă o inversare a tendințelor, preferință având serviciile oferite în comunitate (59,3% în *outreach*). Acest subgrup populațional este utilizat mai puțin pentru distribuire secundară de echipamente de injectare (18,6%). Referitor la apartenența la o categorie socială vulnerabilă, 18,6% din cazuri sunt lucrători sexuali, 11,9% sunt persoane fără adăpost și copiii ai străzii, iar peste 40% sunt persoane de etnie rromă. În cazul acestei sub-grupe a fost asigurat un număr mediu anual de 129 seringi (față de 200, pragul recomandat la nivel european).

6.3.2.3. Infecția cu HVB

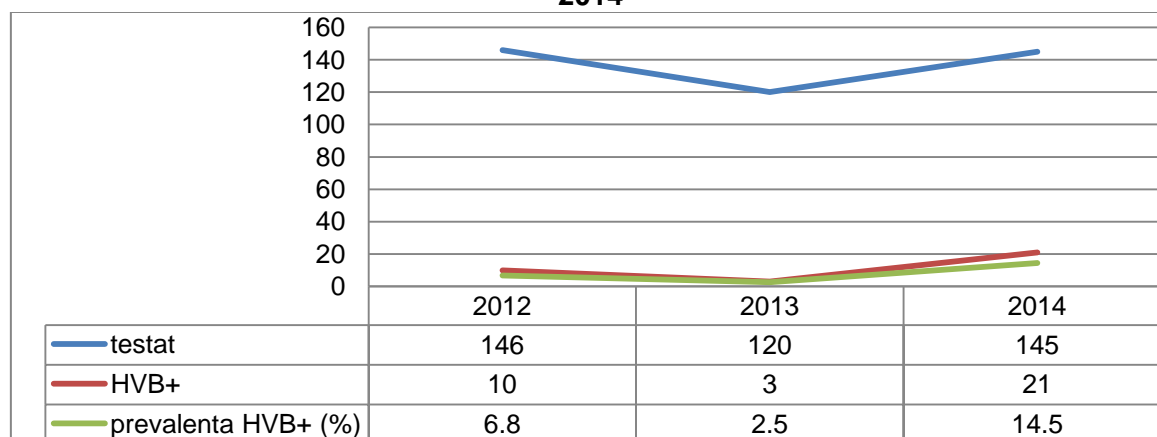
Prevalența infectării cu HVB, în rândul celor înregistrați în programele de schimb de seringi, este una semnificativ mai mare, comparativ cu cea din anii anteriori, în condițiile în care testările valide se mențin la valori similare cu cele din anul 2012 (14,4% în 2014, față de 2,5% în 2013 și 6,8% în 2012).

Și în cazul acestor consumatori, majoritatea preferă să nu declare drogul consumat (85,7%), restul declarându-se, în proporții aproape egale, consumatori de heroină și SNPP.

În cazul consumatorilor de droguri injectabile HVB pozitivi, toți sunt de gen feminin, rezidenți în București și au accesat preponderent serviciile tip *outreach* (57,6%).

Doar 14,3% au fost în anul 2014 distribuitori secundari de seringi, 61,9% sunt lucrători sexuali, 19% sunt copii ai străzii, iar 76% din cazuri sunt de etnie rromă. Și în cazul acestei subgrupe a fost asigurat un număr mediu de seringi mult redus față de pragul european (122 seringi).

Grafic 6-27: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HVB în populația de CDI înregistrați în programele de schimb de seringi, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

Chiar dacă riscul de infectare cu boli infecțioase, la care se expune populația de CDI activi din București, este dificil de estimat și cuantificat în lipsa unor date comportamentale recente, se pot însă identifica, în anul de referință, câțiva factori cu care se asociază acest risc:

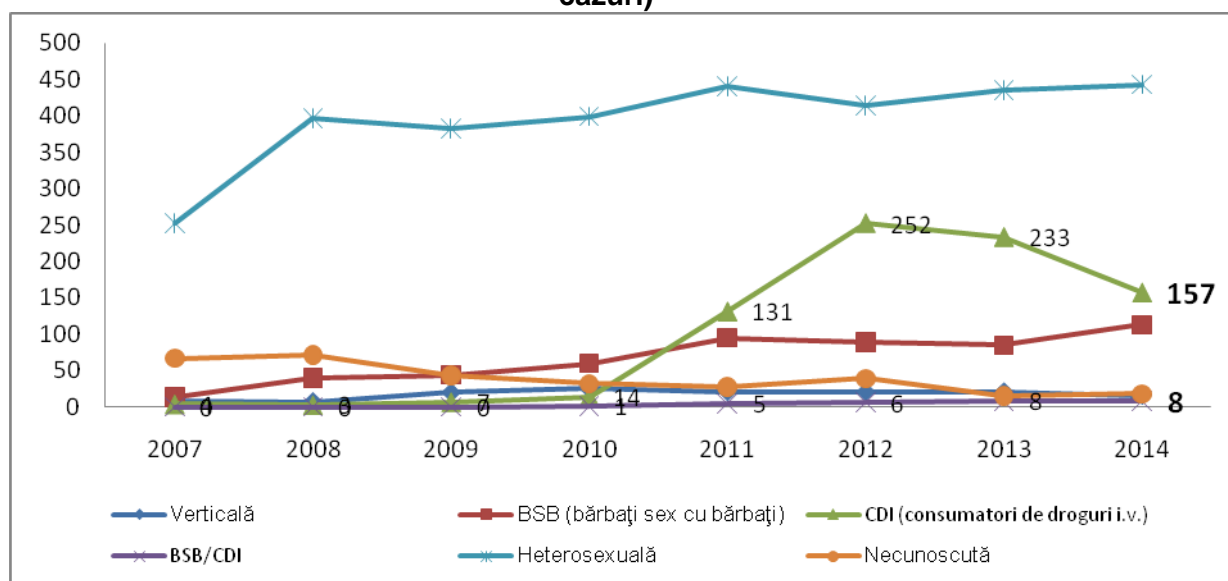
- creșterea gradului de utilizare injectabilă a heroinei, dar și nivelul semnificativ al prezenței SNPP pe piața drogurilor (consumate în amestec cu heroină, sub forma a ceea ce lucrătorii din *outreach* numesc „*speedball-ul săracului*”), precum și prezența în consum a metadonei, menține tipare de injectare intensivă, fapt ce amplifică riscul de infectare.
- menținerea unor rate reduse de furnizare de servicii de reducere a riscurilor (doar 2 centre fixe de schimb de seringi și o singură echipă de *outreach*).
- distribuția relativ uniformă pe grupe de vârstă și apariția în continuare de CDI minori (4,8% în grupa 14-19 ani), care nu au experiență în utilizarea drogului și care se angajează mai ușor în modalități riscante de consum ce îi expun la infectarea cu boli infecțioase.
- prezența unei proporții semnificative de cazuri de lucrători sexuali consumatori de droguri injectabile (vector important de difuzare a infectărilor în grupurile de CDI și în afara acestora).

- disponibilitatea redusă a tratamentului pentru HVC (se consideră prevalența ridicată a acestei boli drept un factor favorizant al co-infecției cu HIV).
- accesul limitat la serviciile publice de asistență medico-socială pentru CDI, din cauza vulnerabilității sociale a acestora (precaritate economică, nivel scăzut al educației, stigmatizare etc).

6.3.3.Tendențe

Creșterea incidenței infectării cu HIV a populațiilor de consumatori de droguri injectabile din România (fenomen localizat, în principal, în București) a început la un an de la apariția pe piață a substanțelor noi cu proprietăți psihoactive (raporturile de cauzalitate directă nu sunt dovedite științific din cauza imposibilității punerii în evidență a acestor substanțe). Dacă până în anul 2009, nu se înregistrau decât accidental câteva cazuri de noi infectări cu HIV în rândul CDI, în perioada 2010-2012 curba incidenței acestor cazuri nou diagnosticate în cadrul sistemului național de supraveghere epidemiologică a devenit brusc ascendentă.

Grafic 6-28: Tendențe în calea de transmitere în România, în perioada 2007-2014 (nr. cazuri)



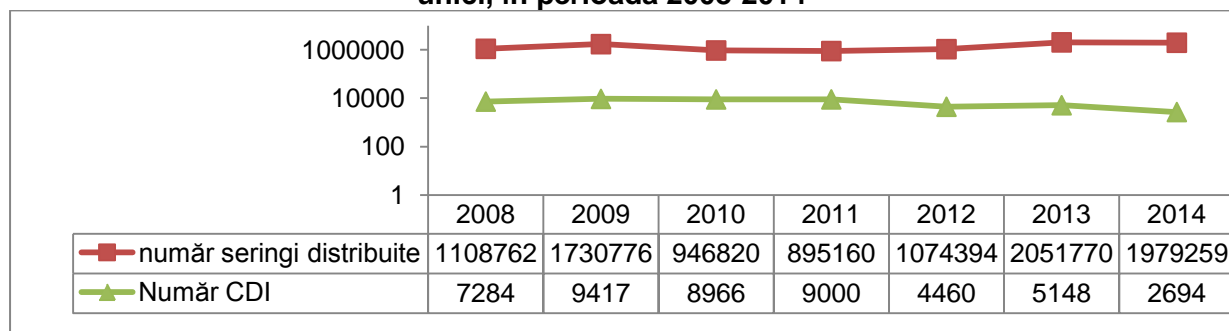
Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof.Dr.M.Balș”

Prin implementarea coordonată a acțiunilor de combatere a traficului ilicit cu aceste substanțe și a intervențiilor directe ale autorităților pentru compensarea deficitului de resurse existent (susținerea temporară a programelor de schimb de seringi, sprijinul pentru identificarea de noi resurse și parteneri), după vârful înregistrat în 2012, curba notificărilor de noi infectări cu HIV a început să devină descendentă (de la 252 de cazuri în 2012, la 233 de cazuri în 2013 și 165 cazuri în 2014).

La nivelul anului 2014, în condițiile reducerii disponibilității unor servicii (închiderea unor centre fixe de schimb de seringi și a unuia de tratament substitutiv), concomitent cu

reducerea consumului de SNPP (aproape inexistent în rândul CDI aflați în tratament), incidența cazurilor noi de HIV în rândul CDI este în scădere, deși se află încă la valori superioare anului 2011, când a fost identificat focarul epidemiologic din București.

Grafic 6-29: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2014



Sursa: ANA

Tendențele prevalențelor bolilor infecțioase asociate consumului injectabil de droguri sunt mai evidențiate în cazul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament (baza TDI oferind posibilitatea realizării unor analize aprofundate).

Astfel, deși a avut o evoluție liniară în perioada 2005-2008, curba prevalențelor HIV a înregistrat valori progresiv ascendente în 2009-2010 pentru ca, începând cu 2011, să evolueze abrupt, marcând, până în 2012, dublarea de la an la an, a valorilor prevalenței înregistrate anterior. În 2014, se remarcă o tendință descendentă, care o confirmă pe cea înregistrată privind notificările noilor cazuri de infectare cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Urmând o traiectorie apropiată de cea a HIV, curba prevalențelor HVB înregistrează o evoluție ușor ascendentă în perioada 2004-2006, iar după vârful înregistrat în 2012, scade până la o valoare similară anilor 2007-2008 (anii cu creșterea cea mai accentuată).

Deși are cea mai sinuoasă evoluție, cu o ușoară tendință descendentă între 2004 -2006, curba prevalențelor HVC evoluează brusc ascendent în 2007 și 2008 și apoi, descendent, până în 2010, după care crește în 2012 la un vârf istoric, de peste 82%. Spre deosebire de curbele celorlalte boli care-și continuă tendința ascendentă și în 2013, curba HVC coboară în 2014 până sub pragul de 70%.

Prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, conform statusului serologic autodeclarat la admiterea în serviciile specializate de tratament al consumatorilor de droguri injectabile, la nivel național, indică următoarele tendințe pentru anul de referință (2014):

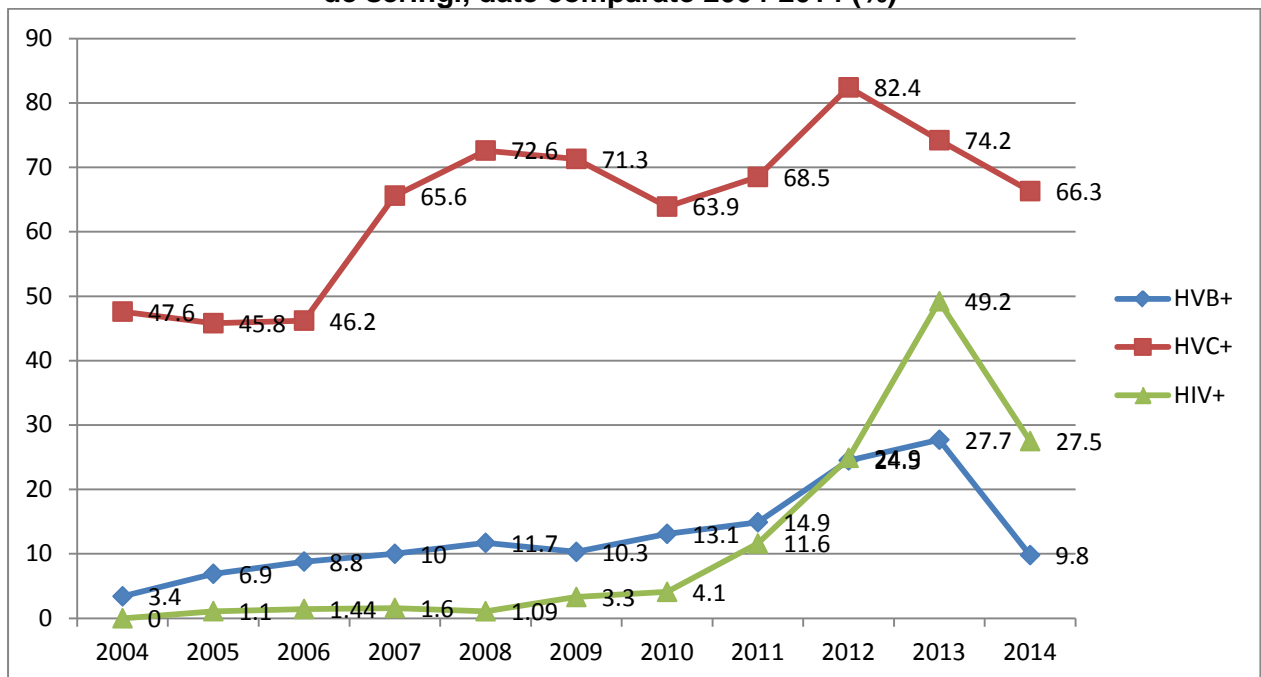
- Scădere semnificativă pentru infecția cu HVB (la limita comparabilă cu cea a anilor 2007-2008);
- Scădere sensibilă pentru infecția cu HVC, față de anul anterior (sub pragul critic de 70%, dar menținându-se la un nivel îngrijorător);

- Scădere semnificativă pentru infecția cu HIV, față de anul anterior, care se menține însă la cote ridicate, comparativ cu 2011 și 2012.

Tendențele identificate ar putea fi explicate prin:

- reducerea, în anul de referință, a frecvenței testărilor rapide pentru HIV și hepatitele virale în rândul CDI aflați în tratament, comparativ cu ultimii doi ani (în cifre absolute numărul de testări aproape s-a înjumătățit).
- menținerea unei rate ridicate de utilizare în comun a echipamentului de injectare (27,1% în 2014), chiar dacă mult redusă comparativ cu anii anteriori, în rândul unei populații relativ stabile de CDI curenți, cu istoric îndelungat de consum (limite în accesarea echipamentelor sterile de injectare).
- limitarea adresabilității la serviciile medico-sociale a potențialilor beneficiari (limite legate de situația socio-economică, de eficacitate redusă a mecanismelor de coordonare a serviciilor de reducere a riscurilor cu cele specializate de tratament, limite de ordin administrativ-birocratic - procedurile de acces și lipsa documentelor de identitate în cazul unora dintre clienți).

Grafic 6-30: Prevalența HVB, HVC și HIV în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2004-2014 (%)



Sursa: ANA

Deși nu există date decât pentru ultimii trei ani (odată cu stabilirea la nivelul ANA a unui sistem de monitorizare a programelor de schimb de seringi), graficul prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în cadrul populației de consumatori activi înregistrați în programele de schimb de seringi din București, relevă evoluții similare cu cele prezentate pentru prevalența HVC, observată în rândul consumatorilor de droguri injectabile

din programele de tratament (scădere de la 50,9% în 2012, la 45,8% în 2013 și 34,5% în 2014).

Curbele prevalențelor HIV și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile sunt asemănătoare (la valori mai mari pentru HIV), dar vârful este observat în anul 2012, pentru HIV (22,9%) și în 2014, pentru HVB (14,5%).

6.3.4.Concluzii

Documentele programatice de politici publice din România (Strategia națională antidrog 2013-2020 și Strategia națională de sănătate 2014-2020) prevăd obiective specifice pentru reducerea riscurilor și incidenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, implementate în anul de referință de actorii instituționali consacrați anterior (Agenția Națională Antidrog, Ministerul Sănătății și ONG-uri specializate).

Din perspectiva drogurilor consumate, se menține un model intensiv de injectare în rândul consumatorilor de droguri din București. Lipsa resurselor menține la nivel redus acoperirea cu servicii de reducere a riscurilor pentru populația consumatorilor de droguri (în București), iar vulnerabilitățile socio-economice limitează în continuare accesul acestora la servicii publice medicale și sociale. Se remarcă o creștere a capacității de testare rapidă pentru HIV în cadrul programelor de schimb de seringi și în sistemul public de supraveghere epidemiologică, iar tratamentul specific cu antiretrovirale (TARV) este oferit tuturor consumatorilor de droguri diagnosticați cu HIV, dar se raportează aderență redusă la acesta.

În 2014, se înregistrează stabilizarea sau chiar un ușor declin al numărului de cazuri notificate (nou diagnosticate) de infectare cu HIV, precum și scăderea semnificativă a prevalenței infectării cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în tratament. Sunt raportate, de asemenea, rate ridicate ale prevalenței HIV și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi din București.

6.3.5.Recomandări

- Implementarea unui studiu specializat în rândul subpopulației de consumatori activi de droguri injectabile din București, în vederea obținerii de date actuale privind evoluția comportamentelor de risc pentru infectarea cu HIV și hepatite virale.
- Creșterea sistematică a capacităților de testare pentru identificarea bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în cadrul programelor de schimb de seringi, la nivelul serviciilor specializate de tratament și în cadrul sistemului național de supraveghere epidemiologică.
- Identificarea de noi resurse financiare și parteneri pentru creșterea nivelului de acoperire cu servicii de reducere a riscurilor (în principal, cele de schimb de seringi și tratament

substitutiv cu opioide), destinate consumatorilor activi de droguri injectabile, prezenți în majoritate în București/ Ilfov.

- Creșterea capacităților de coordonare a furnizorilor de servicii și management integrat al cazurilor de consumatori de droguri aflați la risc de infectare cu HIV și hepatite virale B și C (acoperirea cu servicii specializate, dar și cu alte beneficii sociale universale ori categoriale – alocații sau alte beneficii financiare, care derivă din statusul de persoană defavorizată, asistență materială de urgență, includerea în programe de caritate sau asistență socială directă etc.)
- Creșterea eficacității serviciilor de informare-consiliere asociate tratamentului cu antiretrovirale (TARV) și a întăririlor pozitive pentru menținerea aderenței la tratament a consumatorilor de droguri injectabile diagnosticați cu HIV și hepatite.

6.4.RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII

6.4.1.Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri

Problematika reducerii consecințelor determinate de consumul de droguri în planul sănătății este menționată în principalele documente strategice, în domeniu, din România. Astfel, **Strategia națională antidrog 2013–2020**, adoptată prin H.G. nr. 784/ 2013²³, prevede în cadrul obiectivului general B.1. *Identificarea, atragerea și motivarea consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată*, 3 obiective specifice privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri și anume:

- Obiectivul specific 1: *Diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri*
- Obiectivul specific 3: *Îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele privative de libertate*
- Obiectivul specific 5: *Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri precum și dezvoltarea de intervenții adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.*

Consecințele de natură medicală ale consumului de droguri sunt menționate și în documentele elaborate de Ministerul Sănătății, astfel:

²³ M.Of. nr.702 bis./15.XI.2013- Anexele 1 și 2 la H.G. nr. 784/2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013- 2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.

1. Strategia națională de sănătate 2014–2020, adoptată prin H.G. nr. 1028/ 2014²⁴: în cadrul obiectivului general nr 2: *Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate* sunt prevăzute 2 obiective specifice care vizează, și reducerea incidenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri:
 - Obiectivul specific 2.4: *Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: HIV/ SIDA și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale;*
 - Obiectivul specific 2.5: *Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: hepatite B și C și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale*
2. Programele naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, adoptate prin H.G. nr. 124/ 2013²⁵ cu modificările și completările ulterioare, cu efect direct asupra proliferării bolilor infecțioase asociate consumului de droguri și anume:
 - Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare²⁶ având ca obiectiv depistarea precoce și asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora
 - Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV²⁷ având ca obiective:
 - a) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV;
 - b) reducerea transmiterii verticale a infecției HIV;
 - c) reducerea transmiterii pe cale sexuală de la pacient HIV pozitiv la persoana neinfectată HIV prin utilizarea tratamentului antiretroviral;
 - d) tratamentul bolnavilor cu infecție HIV/ SIDA și tratamentul postexpunere;
 - e) prelungirea duratei de supraviețuire pentru persoanele infectate HIV

6.4.2.Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

Prevenirea și limitarea consecințelor consumului de droguri constituie o problemă cu dublă abordare: din perspectiva riscurilor la care se expune consumatorul de droguri (politica antidrog) și din perspectiva asistenței de sănătate publică și asistenței medicale curative

²⁴ M.Of. nr.891 bis/08.XII.2014 – Anexele 1 și 2 la H.G. nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014–2020 și a Planului de acțiune pe perioada 2014–2020 pentru implementarea Strategiei naționale de sănătate 2014–2020.

²⁵ M.Of. nr. 172/29.III.2013 Partea I - Legi, decrete, hotărâri și alte acte – H.G. nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 modificată prin H.G. nr. 869/2014 pentru modificarea și completarea anexei la H.G. nr. 124/2013.

²⁶ Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare este inclus în cadrul Programelor naționale de sănătate publică, derulate de către Ministerul Sănătății.

²⁷ Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV este inclus în cadrul Programelor naționale de sănătate publică, derulate de către Ministerul Sănătății.

(politica de sănătate). Astfel, principalele instituții ale statului cu atribuții în domeniu sunt Ministerul Afacerilor Interne, prin **Agencia Națională Antidrog**, și Ministerul Sănătății, prin **Institutul Național de Sănătate Publică** și prin **Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș”**. De asemenea, Ministerul Justiției, prin **Administrația Națională a Penitenciarelor**, are un rol determinant în reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul persoanelor private de libertate.

Societatea civilă este implicată în prevenirea și reducerea riscurilor asociate consumului de droguri prin două organizații neguvernamentale: **Asociația Română Anti-Sida (ARAS)** și **Asociația Carusel**, ambele membre ale **Rețelei Naționale de Reducere a Riscurilor (RHRN)**.

6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor

Pentru a contracara consecințele medicale ale consumului de droguri, au fost asigurate servicii specifice, atât prin instituții publice, cât și private. Având în vedere caracterul complementar al serviciilor de reducere a riscurilor, se dorește organizarea și furnizarea acestora într-o manieră sinergică. În România există o unitate, aparținând societății civile, în care este disponibilă o gamă largă de servicii de reducere a riscurilor: informare, consiliere, testare și tratament de substituție cu opiacee. Restul structurilor este prezent, pe acest segment al sistemului de asistență, prin furnizarea unui număr limitat de astfel de servicii, în funcție de obiectivele principale ale activității desfășurate.

6.4.3.1. Informare, educare, consiliere

Serviciile de informare, educare și consiliere în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri sunt furnizate, la scară națională, de către toți actorii instituționali implicați în domeniul prevenirii bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, prin unitățile teritoriale competente (CPECA, unități medicale etc.). La nivelul municipiului București, aceste servicii sunt furnizate și de către societatea civilă prin centrele de reducere a riscurilor (atât prin unitățile fixe, cât și prin unitatea mobilă). De altfel, prin unitatea mobilă au fost desfășurate și activități de *mapping* în vederea contactării/ identificării beneficiarilor, dar și pentru obținerea de informații privind locurile în care sunt necesare serviciile de reducere a riscurilor oferite de echipa mobilă.

Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog județene și ale municipiului București au desfășurat 382 activități de prevenire și reducere a riscurilor asociate consumului de droguri (344 în mediul urban și 38 în mediul rural) de care au beneficiat, direct, 6670 persoane.

De asemenea, la nivelul municipiului București, **centrele de reducere a riscurilor** au oferit informații specifice în 11668 contacte cu consumatorii de droguri injectabile, ocazie cu care

au fost distribuite și 1671 materiale de informare. De asemenea, au acordat consiliere psihologică în 21 contacte și consiliere socială în 8444 contacte.

Proiecte/ campanii derulate în anul 2014:

➤ Campania de prevenire și reducere a riscurilor asociate consumului de droguri *Fără riscuri în plus – safe parties!*, derulată de **Agenția Națională Antidrog**, în parteneriat cu Asociația Carusel, s-a desfășurat în 2 etape:

- în intervalul 30.04-05.05.2014 au beneficiat de servicii de informare 2047 adolescenți și tineri aflați pe litoral, iar de servicii de consiliere 57 adolescenți și tineri consumatori de droguri care s-au adresat direct echipei de implementare. Au fost distribuite 1990 materiale informative despre riscurile asociate consumului de droguri, 2980 prezervative, 40 tamponane alcool, 25 fașe sterile și 40 seringi
- în intervalul 17.07-17.08.2014 au beneficiat de servicii de informare 3640 adolescenți și tineri aflați pe litoral; 66 adolescenți și tineri consumatori de droguri care s-au adresat direct echipei de implementare și au beneficiat de servicii de consiliere psihologică, iar 44 de consiliere socială. Au fost distribuite 3750 materiale informative despre riscurile asociate consumului de droguri, 6768 prezervative, 519 tamponane alcool, 153 fașe sterile și 380 seringi.

Prin această campanie, s-a urmărit:

- prevenirea și reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor aflați pe litoral, atât la începutul, cât și în timpul perioadei estivale
- 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.

➤ Campania *Credem în solidaritate*, inițiată de **Asociația Carusel** în vederea marcării Zilei Mondiale SIDA. Campania a constat în activități de informare în vederea prevenirii infectării cu HIV și activități de solidaritate cu persoanele seropozitive. La această campanie au fost parteneri: Agenția Națională Antidrog, Consiliul pentru Combaterea Discriminării (CNCD), Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității București, Colegiul Național al Asistenților Sociali, ACCEPT și *Romanian Harm Reduction Network* (RHRN).

➤ Proiectul *Empowering Civil Society And Public Health System To Fight Tuberculosis Epidemic Among Vulnerable Groups*, implementat de **Romanian Angel Appeal**, în cadrul căruia au fost desfășurate următoarele activități:

- au fost distribuite materialele informative: broșuri, pliante
- a fost definitivat și distribuit *Manualul privind serviciile de combatere a tuberculozei în rândul consumatorilor de droguri injectabile* (300 exemplare), destinat organizațiilor

neguvernamentale. Manualul conține informații despre tuberculoză, măsuri pentru depistarea activă a cazurilor de TB, controlul infecției TB și măsuri preventive, managementul cazurilor de TB, pregătirea organizațiilor neguvernamentale pentru implementarea de activități în domeniul TB

- A fost organizat un schimb de experiență în România pentru 7 specialiști din țările partenere în proiect: Georgia, Estonia, Letonia, Lituania, Albania, Bulgaria,
- A fost organizat un curs național pe tema tuberculozei în rândul grupurilor vulnerabile, la care au participat 21 persoane (reprezentanți ai Agenției Naționale Antidrog, Administrației Naționale a Penitenciarelor, Institutului Național de Boli Infecțioase „prof. dr. Matei Balș”, Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, Asociației Carusel, Asociației pentru Sprijinirea Pacienților cu Tuberculoză Multidrog Rezistentă, Organizației „Salvați copiii”, Facultății de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității București și ai Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București)
- A fost organizat un curs internațional pentru 32 specialiști din România și alte 9 țări partenere în proiect (Albania, Bulgaria, Bosnia și Herțegovina, Estonia, Georgia, Letonia, Lituania, Rusia, Ucraina) cu privire la managementul serviciilor TB în rândul consumatorilor de droguri injectabile.
- A fost organizată o conferință internațională pentru diseminarea rezultatelor proiectului, în cadrul căreia au fost discutate cele mai noi recomandări în domeniul serviciilor TB adresate grupurilor vulnerabile, cu accent pe consumatorii de droguri injectabile, la care au participat reprezentanți ai *Consumers, Health and Food Executive Agency, US National Institute of Health, HIV AIDS Alliance Ukraine, Infectious Diseases and Tuberculosis Hospital Affiliaet Vilnius University Santariskiu klinikos, Aksion Plus Albania, USAID TB Prevention project Georgia, Network of People Living with HIV Estonia, The National Center for TB and Lung Diseases Georgia, NGO DIA+LOGS, support centre for those affected by HIV/ AIDS Letonia, Drug addiction overcoming point of Liepaja City Council Letonia, Tallinn Social Work Center, NGO AIDS Information & Support Centre Estonia, Ministry of Social Affaires Estonia, Eurasian Harm Reduction Network, European Centre for Disease Prevention and Control, US Embassy București, TB Europe Coalition, Association Demetra Lituania, Find and Treat Service United Kingdom, St. Petersburg TB Research Institute, Helsinki Deaconess Institute; The National Institute for Health Development (NIHD) Estonia, Dose of Love Association, Estonian Network of People Living with HIV, Finnish Lung Health Association, Institute of Hygiene Lituania, Tuberculosis Foundation of Latvia, International HIV/ AIDS Alliance in Ukraine,*

Leningrad Oblast AIDS Centre, National Center for Tuberculosis and Lung Diseases Georgia, World Vision Albania, World Vision Bosnia Herzegovina, OMS România, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, Administrația Națională a Penitenciarelor, ALIAT și Asociația Carusel.

Bugetul alocat pentru îndeplinirea activităților desfășurate în anul 2014 a fost de 27050 euro și a fost asigurat prin accesarea fondurilor *Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)*. Beneficiarul acestui proiect a fost *The National Institute for Health Development (NIHD)* Estonia, iar parteneri au fost *Dose of Love Association (Bulgaria), Estonian Network of People Living with HIV (Estonia), Finnish Lung Health Association (Finlanda), Institute of Hygiene Lituania (Lituania), Tuberculosis Foundation of Latvia (Letonia), International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (Ucraina), Leningrad Oblast AIDS Centre (Rusia), National Center for Tuberculosis and Lung Diseases Georgia (Georgia), World Vision Albania (Albania), World Vision Bosnia Herzegovina (Bosnia Herzegovina).*

➤ Proiectul „*Consumatorii de droguri în sistemul românesc de justiție*”, implementat de **Romanian Harm Reduction Network**, în parteneriat cu Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki, Administrația Națională a Penitenciarelor și Inspectoratul General al Poliției Române. Proiectul a fost finanțat de *Open Society Foundations*, în cadrul acestuia fiind organizat cursul, destinat avocaților, *Consumatorii de droguri – legislație și proceduri antidrog, drepturile omului și sănătatea*. Cursul face parte dintr-o serie de acțiuni menite să atragă atenția specialiștilor în drept penal și instituțiilor care aplică Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, asupra legăturii dintre legea penală, consumul de droguri și reintegrarea socială a persoanelor afectate de consumul de droguri.

➤ Proiectul „*Dreptate pentru dinte!*”, implementat de **Asociația Carusel** cu sprijinul financiar al Fondului pentru Inovare Civică, finanțat de Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe, sponsorizat de Raiffeisen Bank, administrat de Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile (buget 4.300 RON), în cadrul căruia a fost desfășurată o activitate de formare a 15 persoane din organizațiile membre RHRN, pentru documentarea, sesizarea și monitorizarea cazurilor de abuz din secțiile de poliție asupra persoanelor vulnerabile (persoane care consumă droguri/ care practică sexul comercial/ care trăiesc pe stradă/ care trăiesc cu HIV).

➤ Cursul de formare cu tema „*Dinamica consumului de droguri și prevenirea HIV în rândul consumatorilor de droguri*”, la care au participat 200 polițiști și asistenți sociali/ lucrători sociali. Cursul a fost organizat de **Asociația Carusel** în parteneriat cu Institutul de Studii pentru Ordine Publică și Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Sector 1.

6.4.3.2. Testarea pentru boli infecțioase

Testarea pentru HIV, hepatita B și hepatita C are acoperire națională existând nu mai puțin de 232 unități sanitare (în 2014, au făcut testări 130 unități) în care acest serviciu este disponibil. Testarea pentru HIV este gratuită, în unitățile direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și în maternități, pentru toate categoriile de populație, indiferent de calitatea de asigurat sau neasigurat, costurile fiind acoperite de Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV. Testarea pentru hepatita B (screening Ag HBs) și hepatita C (Anti HVC) este gratuită doar pentru persoanele care au calitatea de asigurat. Persoanele neasigurate din categoriile la risc pot beneficia, în anumite condiții, de investigații gratuite în cadrul laboratoarelor aparținând centrelor regionale de sănătate publică, în limita bugetului alocat de Ministerul Sănătății prin Programul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile Prioritare.

Conform datelor furnizate de **Institutul Național de Boli Infecțioase „prof. dr. Matei Balș” – Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA**, în anul 2014, 21,9% dintre cazurile nou detectate au avut, ca mod de transmitere, consumul de droguri. De altfel, 382 consumatori de droguri au fost testați pentru HIV. Persoanele consumatoare de droguri detectate cu HIV (165 persoane) au beneficiat și de testare pentru hepatita virală de tip B și C, cât și pentru boli cu transmitere sexuală. Potrivit datelor conținute în *Analiza epidemiologică descriptivă a cazurilor de hepatită virală tip B și C, intrate în sistemul de supraveghere în anul 2014*, elaborată de **Institutul Național de Sănătate Publică**, pentru 3,8% dintre cazurile de hepatită virală de tip B cronică depistate în anul 2014, se consideră, fără a exclude și alți factori de risc posibili, că infectarea a fost cauzată de consumul de droguri. Testările pentru depistarea hepatitei virale de tip B s-au realizat cu precădere, în laboratoarele spitalelor de boli infecțioase și pentru nici un caz testat nu a fost menționat, ca motiv pentru testare, consumul de droguri. În cazul hepatitei virale de tip C, potrivit aceleiași surse, 1,2% cazuri de hepatită virală de tip C cronică identificate în anul 2014 sunt susceptibile de a avea, ca sursă de transmitere, consumul de droguri. În privința testării, situația este similară cu cea constatată în cazul hepatitei virale de tip B.

Conform datelor furnizate de către **Administrația Națională a Penitenciarelor**, în anul 2014 a continuat implementarea proiectelor privind prevenirea transmiterii bolilor infecto-contagioase, axate, în principal, pe testarea și evaluarea deținuților nou intrați în mediul penitenciar. În acest context, au fost testați la încarcerare 723 consumatori de droguri. De asemenea, au beneficiat de testare și consumatori de droguri injectabile aflați, deja, în penitenciar pentru executarea pedepsei. Astfel, 400 consumatori de droguri injectabile au fost testați pentru HVB, 400 consumatori de droguri au fost testați pentru HVC, iar 440 consumatori de droguri au fost testați pentru HIV.

Analizele statistice referitoare la testarea consumatorilor de droguri injectabile sunt realizate pe baza datelor extrase din monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*, privind statusul serologic autodeclarat în momentul accesării serviciilor specializate de tratament, cât și statusul serologic testat pe parcursul tratamentului.

În anul 2014, **Agenția Națională Antidrog** a încheiat un acord cu MERCK SHARP & DOHME ROMANIA SRL (MSD), în vederea realizării unei campanii de testare de anticorpi HVC în rândul consumatorilor de droguri care sunt beneficiari ai centrelor de asistență ai ANA, precum și facilitarea accesului celor testați pozitiv la serviciile specializate de tratament.

6.4.3.3. Tratatamentul pentru boli infecțioase

Tratatamentul cu antiretroviral este esențial pentru persoanele infectate cu HIV. Pornindu-se de la premisa că orice persoană care are nevoie de acest tratament trebuie să-l primească, accesul la acest tip de serviciu se face gratuit, costurile fiind suportate de bugetul Ministerului Sănătății prin programul național dedicat.

În cazul tratamentului pentru hepatita de tip B și hepatita de tip C, situația diferă prin faptul că oferirea gratuită a tratamentului este condiționată de existența unor criterii de includere, bazate, în principal, pe o serie de *markeri* hepatici a căror valoare trebuie să depășească un prag minim prestabilit.

6.4.3.4. Programele de schimb de seringi

Acest tip de serviciu a fost furnizat exclusiv de către societatea civilă prin centrele fixe și unitatea mobilă destinate activităților de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

6.4.3.5. Vaccinare împotriva hepatitei B

Vaccinul împotriva hepatitei B este introdus, din anul 1996, în schema națională de vaccinare la copii, recomandată de Ministerul Sănătății. Astfel, în primul an de viață se fac 3 inoculări de vaccin HVB: în primele 24 h de viață, la 2 luni și la 6 luni. Vaccinarea în cadrul Programului național de imunizare este gratuită.

În România, această metodă de reducere a riscurilor este aplicată în unitățile medicale, în cadrul serviciilor oferite de organizații neguvernamentale, însă este monitorizată în linii mari, datele pe acest segment nefiind disponibile.

6.4.3.6. Servicii pentru prevenirea supradozelor

În România, tratamentul cu naloxonă este disponibil în unitățile de primiri urgențe și în sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat. Administrarea de naloxonă se face ținându-se cont de protocoalele medicale existente. În prezent, se fac

demersuri în vederea creării contextului necesar introducerii unor kit-uri de prevenire a supradozelor, adresate direct consumatorilor de droguri injectabile.

6.4.3.7.Referirea către alte servicii

În cursul anului 2014, centrele de reducere a riscurilor, existente la nivelul municipiului București, au raportat 56 cazuri referite către alte servicii.

6.4.4. Răspunsuri privind alte consecințe în planul sănătății

Tratamentul dependenței de droguri include, pe lângă tratamentele de dezintoxicare medicamentoasă și de menținere a abstenenței cu substitut opiaceu, servicii de asistență psihiatrică și psihologică. În România, unitățile care oferă tratament de substituție cu agoniști/ antagoniști, dispun și de servicii specifice tulburărilor psihiatrice, cu atât mai mult cu cât aceste unități funcționează, în marea lor majoritate, în spitale clinice de psihiatrie sau secții de psihiatrie.

O altă problemă medicală întâlnită în rândul consumatorilor de droguri este reprezentată de infecția cu tuberculoză, o boală prezentă, în principal, în rândul categoriilor sociale defavorizate. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor cu tuberculoză, în România este prevăzută în schema națională de vaccinare la copii, vaccinul BCG care se inoculează în prima săptămână de viață. Serviciile de diagnostic și tratament sunt disponibile la nivelul unităților sanitare cu profil pneumoftiziologic teritoriale (dispensare, secții, spitale etc.), aflate sub îndrumarea și asistența tehnică de specialitate a **Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” București**. În România, tratamentul pentru infecția cu tuberculoză este gratuit, indiferent de calitatea de asigurat/ neasigurat în sistemul de sănătate. Costurile sunt suportate de Ministerul Sănătății, prin Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

6.4.5. Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

În baza H.G. nr. 860/ 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri, cu modificările și completările ulterioare, Agenția Națională Antidrog a realizat, cu sprijinul partenerilor instituționali publici și privați activi în domeniul asistenței consumatorilor de droguri, *Standardele naționale de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri*. Scopul elaborării acestor standarde a fost acela de a *dezvolta un model pentru organizarea serviciilor de asistență a dependenței de droguri, astfel încât acestea să răspundă, în mare măsură, nevoilor beneficiarilor, să permită abordări structurate și sistematice, care pot fi evaluate pe baza unor parametri obiectivi, care ulterior să permită*

*implementarea unor standarde minime de calitate și bune practici.*²⁸ Sistemul național de asistență a consumatorilor de droguri este compus din furnizori autorizați/ acreditați de servicii publice, private sau mixte, fiind coordonat și monitorizat de către Agenția Națională Antidrog, pe baza standardelor de calitate și a legislației în vigoare.

În Ordinul ministrului sănătății publice 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, sunt menționate criteriile de autorizare/ acreditare a centrelor de reducere a riscurilor, structurate pe un set de standarde minime de calitate (referitoare la autorizarea sanitară de funcționare, la asigurarea serviciilor, la organizarea și funcționarea centrului, precum și la structura de personal).

6.4.6. Concluzii

Din punct de vedere al răspunsurilor instituționale și acoperirii cu servicii de prevenire și reducere a riscurilor asociate consumului injectabil de droguri, în România, la sfârșitul anului 2014, situația este următoarea:

- s-a menținut un nivel redus al intervențiilor pentru reducerea riscurilor de infectare cu boli infecțioase, în condițiile unor resurse financiare limitate;
- s-a reușit menținerea unui nivel susținut de distribuire a echipamentelor de injectare (aproape 2 milioane), deși resursele disponibile pentru programele de schimb de seringi s-au diminuat (lipsa personalului a fost acoperită prin utilizarea consumatorilor de droguri injectabile ca distribuitori secundari de seringi);
- se observă o creștere a testărilor pentru HIV în cazul programelor de schimb de seringi, dar și în sistemul public de supraveghere epidemiologică, ANA contribuind la aceasta prin oferirea de teste rapide de depistare;
- s-au înregistrat rate ridicate de furnizare a terapiei cu antiretrovirale (TARV) pentru bolnavii de HIV/ SIDA (toate cazurile confirmate de consumatori de droguri injectabile infectați au fost incluse în tratament dar, conform specialiștilor, aderența la acesta este scăzută);
- se constată accesul limitat la tratamentul pentru HVC (noua generație de medicamente are costuri mult prea ridicate pentru consumatorii de droguri injectabile).

²⁸ Standardele naționale de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, Agenția Națională Antidrog, 2005, pg. 8

7. PIAȚA DROGURILOR

7.1 ASPECTE DE NOUȚATE

Față de anul 2013, în anul 2014, piața drogurilor din România înregistrează următoarele tendințe:

1. Creșterea cantității totale de droguri confiscate (35,19%) și a numărului de capturi realizate de formațiunile antidrog (5%), cu următoarele caracteristici:
 - **Scăderea cantităților confiscate** pentru principalele tipuri de droguri (**heroină, cocaină, canabis, rezină de canabis**);
 - **Creștere semnificativă**, atât a cantității de **masă verde recoltată**, precum și a numărului de **culturi ilicite** identificate;
 - **Creșterea semnificativă** a confiscărilor de **droguri sintetice și medicamente** (MDMA, amfetamine, metadonă, benzodiazepine);
 - **Prima captură semnificativă** de plante de **KHAT** (75,4 kg) – captura a fost realizată pe aeroportul Henry Coandă, iar plantele proveneau din Kenya și aveau ca destinație Marea Britanie, fiind disimulate în cutii cu alimente;
 - Cantitatea de droguri provenită din **capturile semnificative**, realizate în cursul anului 2014, reprezintă **peste 92% din totalul confiscărilor realizate**, fiind în creștere față de anul 2013 (87,66%), astfel:
 - Total cantități droguri capturate: 768,902 kg, 397211 comprimate, 0,864 litri și 509 doze;
 - Total cantități droguri provenite din capturi semnificative: 707,83 kg, 391587 comprimate, 0,56 litri și 365 doze
2. Traficul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în București, Timiș și Constanța, prezentând în continuare interes, conform datelor referitoare la capturile realizate (număr și cantități)

Tabel 7-1: Evoluția capturilor semnificative de droguri la nivelul municipiului București și județelor Timiș și Constanța, în perioada 2011-2014

Localitate	2011		2012		2013		2014	
	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate
București	33	44,04 kg și 8168 cp	11	2,75 kg și 2197 cp	47	109,64 kg, 19166 cp și 0,71 l	25	49,47 kg 61215 cp 170 doze 0,195 litri
Timiș	6	9,32 kg	8	25,88 kg și 350 cp	6	19,87 kg	6	32,9 kg 6000 cp
Constanța	5	181,86 kg	4	18,82 kg și 689 cp	1	8,9 kg	5	36,34 kg

Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

3. În ceea ce privește disponibilitatea pe piața ilicită a MDMA-ului și metadonei, datele relevă creșteri semnificative față de anii precedenți. Creșterile înregistrate cu privire la cantitățile confiscate de MDMA, metadonă și medicamente cu conținut stupefiant apar pe fondul scăderilor simultane a cantităților principalelor tipuri de droguri confiscate (heroină, cocaină și canabis). În acest sens, raportate la cantitățile totale de droguri capturate în perioada 2011 – 2013, cantitățile semnificative confiscate în anul 2014 înregistrează valori mult mai mari, astfel:

- **Metadonă** (2014 – 57446 cp, 2013 – 4908 cp, 2012 – 655 cp, 2011 – 1354 cp)

Capturile de **metadonă** sub formă de comprimate sunt concentrate în proporție de 100% pe raza municipiului București, în 2014, fiind capturată **cea mai mare cantitate de comprimate de metadonă** (57446 comprimate), cu mult peste valorile totale înregistrate în anii 2013 (4908 comprimate) și 2012 (655 comprimate). Disponibilitatea acestora la nivel stradal este evidentă și reprezintă un semnal de alarmă. Totodată, trebuie menționată apariția pe piața drogurilor a metadonei sub formă lichidă, în perioada analizată fiind confiscată și cantitatea de 0,638 litri.

- **MDMA** (2014 – 317966 cp, 2013 – 27506 cp, 2012 – 12861 cp, 2011 – 7594 cp)

Capturile realizate pe raza județelor **Arad** (204931 comprimate MDMA) și **Mureș** (102800 comprimate MDMA) **reprezintă cele mai mari cantități de comprimate MDMA confiscate pe teritoriul României începând cu anul 2003;**

4. Canabis/ rezină de canabis/ masă verde recoltată:

- **Cantitatea confiscată în anul 2014** totalizează **622,297 kg**, din care 144,675 kg canabis iarbă, 40,244 kg fragmente vegetale cu THC, 422,164 kg plante de canabis și 15,214 kg rezină de canabis (hașiș), provenind din **2353 capturi**. 90,65% (564,13 kg) din cantitatea totală confiscată provine din **60 capturi semnificative;**

- Raportat la perioada anilor 2011 – 2013, anul 2014, înregistrează o **creștere semnificativă a confiscărilor de plante de cannabis** (2014 – 422,164 kg, 2013 – 110,386 kg, 2012 – 300,08 kg, 2011 – 5,629 kg), precum și a **numărului de culturi ilicite** identificate (74 – 2014, 69 – 2013, 48 - 2012);
- **67,83%** din cantitatea totală confiscată reprezintă **masă verde recoltată** (plante de cannabis). Cele mai importante capturi de cannabis plante au fost realizate pe raza județelor Iași (163,28 kg), Giurgiu (62,86 kg), Neamț (26,25 kg) și Dolj (21,5 kg);
- Cannabisul provine în special din state, precum: Spania, Maroc, Olanda, Belgia. **79,54%** din cantitatea totală confiscată (cannabis iarbă, fragmente vegetale cu THC și plante de cannabis confiscate - 482,874 kg) a avut ca **țară de origine România**;
- Rezina de cannabis înregistrează o disponibilitate relativ constantă pe piața drogurilor din România, cele 15,214 kg capturate în anul 2014 încadrându-se în media anilor 2011 – 2013 (2013 – 24,86 kg, 2012 – 27,263 kg, 2011 – 17,572 kg);

5. Cocaină:

- **Cantitățile de cocaină au scăzut** față de anii precedenți (2014 – 34,088 kg, 2013 – 53,339 kg, 2012 – 54,703 kg, 2011 – 161,039 kg). **98,18%** din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din **8 capturi semnificative**, restul de 0,618 kg fiind rezultatul a 71 de capturi.
- **Numărul capturilor de cocaină se menține la un nivel relativ constant** față de anii 2012 și 2013, principalele capturi de cocaină fiind realizate pe raza județului Constanța (peste 94% din totalul cantității de cocaină capturată ca rezultat a 3 capturi) și pe raza județului Timiș (1 kg ca rezultat al unei singure capturi).

6. Heroină:

- Cantitatea totală de heroină confiscată în 2014 a fost de **25,787 kg, fiind în scădere semnificativă față de anul 2013, când au fost confiscate 111,558 kg**, și a provenit din **218 capturi**. **95,62%** (24,66 kg) din totalul heroinei capturate pe teritoriul României a fost rezultatul a **7 capturi semnificative**; 1,13 kg heroină a fost rezultatul a 211 capturi;
- **Toată cantitatea de heroină** provenită din capturile semnificative (24,66 kg) a provenit din Turcia și Bulgaria **și a avut ca destinație România**.

7. Droguri sintetice²⁹:

- comparativ cu perioada anilor 2001 – 2013, cantitățile de droguri sintetice, confiscate de către autorități în 2014, înregistrează **cele mai mari valori realizate până în prezent**. Astfel, cantitățile de MDMA confiscate ating un maxim istoric (317966 comprimate), iar

²⁹ la numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, metamfetamină, derivați ai amfetaminei și MDMA.

cantitatea de amfetamină confiscată (3,8 kg) depășește cu mult valorile înregistrate în anii precedenți.

8. În ceea ce privește persoanele implicate:

- Peste 92% din persoanele implicate sunt de origine română;
- 87% sunt bărbați și 70% se încadrează în sectorul de vârstă 15 – 34 ani.

9. În funcție de țara de origine a drogurilor, au fost constatate următoarele:

Tabel 7-2: Originea, destinația și modalitățile de transport ale principalelor tipuri de droguri capturate în România

Tip drog	Țara de origine	Țara destinație	Modalități transport
Cocaină	Columbia, Venezuela, Spania și Olanda	Vestul Europei	Maritim, aerian
Heroină	Turcia și Bulgaria	Vestul Europei	Rutier
Canabis iarbă	Spania, Olanda, Belgia, Albania și România	România și Italia	Rutier
Rezină de canabis	Olanda și Franța	România	Rutier
Droguri sintetice	Olanda și Belgia	România, Turcia	Rutier
Metadonă	România și Franța (formă lichidă)	România	Rutier
Plante de Khat	Kenya	Marea Britanie	Aerian
Piperazine	Belgia	România	Rutier
Opiu	Iran	România	Aerian
Benzodiazepine		Norvegia	Rutier

Sursa: IGPR/ DCCO

10. Tranzitând România, următoarele tipuri de droguri au avut ca destinație:

- MDMA – cu destinație Turcia;
- Benzodiazepine – cu destinație Norvegia;
- Plantele de Khat – cu destinație Marea Britanie;
- Canabis – cu destinație Italia.

11. Ca metode de disimulare, au fost identificate:

- Locuință: cutii detergent, elemente de mobilier, coș gunoi, spații ascunse, special amenajate pentru disimulare;
- Personal: bagaje de mână, pachete lipite de corp, geți laptop, borsete, rucsac;
- Autoturisme: piese auto, cutii cacao, bagaje, geamantan, pachete mâncare, spații special create pentru disimulare droguri;
- Terenuri: printre culturi;
- Transport aerian: fund dublu frigider auto, cutii cu alimente;
- Colete expediate prin firme de curierat/ poștă.

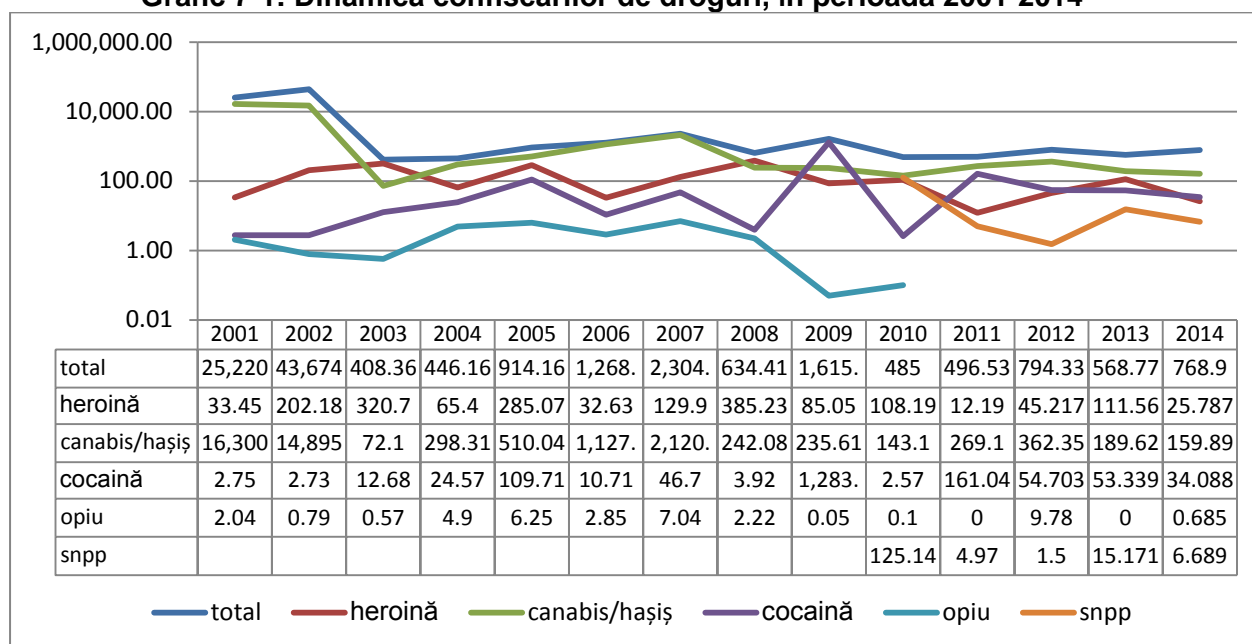
7.2 ANALIZA INDICATORILOR

7.2.1 Cantități confiscate

În perioada 2001-2014, au fost confiscate 79597,95 kg droguri, cele mai mari cantități fiind înregistrate pentru cannabis (36925,35 kg), heroină (1842,552 kg), cocaină (1802,51) și SNPP (153,47 kg).

Analiza la nivelul perioadei anilor 2001-2014, indică o tendință fluctuantă în ceea ce privește modul de evoluție a confiscărilor de droguri, cu maxime atinse în anii 2008 (heroină), 2009 (cocaină), 2010 (SNPP) și 2012 (opiu).

Grafic 7-1: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2001-2014



Sursa: ANA

Analiza tendințelor reflectate de curbele graficului evidențiază următoarele:

- Confiscările principalelor tipuri de droguri aflate pe piața ilicită din România sunt fluctuante, ele fiind determinate în principal de câteva capturi semnificative, realizate în special în portul Constanța (cocaină, heroină) și alte puncte situate pe principalele rute de intrare ieșire din țară;
- Cannabisul este drogul care se menține la un nivel relativ constant din punctul de vedere al disponibilității pe piața ilicită (cantități și capturi), ceea ce confirmă rezultatele studiului în populația generală, GPS 2013, cu privire la consumul de cannabis din perioada 2007-2013, prevalența consumului acestui tip de drog ajungând în anul 2013 la valoarea de 4,6%, fiind în creștere față de rezultatele studiilor precedente (1,5% în 2007 și 1,65% în 2010);
- În perioada 2005-2010, numărul capturilor de heroină și cocaină au înregistrat aceeași evoluție a cantităților, cu excepția perioadei 2008-2011, când evoluția a fost invers proporțională. Acest lucru, deși la prima vedere poate ridica un semn de întrebare,

confirmă rezultatele studiilor în populația generală realizate în România care atestă că există atât consum de heroină (în special injectabilă), cât și consum de cocaină. Potrivit ultimului studiu în populația generală realizat în anul 2013, prevalența consumului de heroină se menține la un nivel constant față de anul 2010 (0,3%), în timp ce, prevalența consumului de cocaină este în creștere în 2013 (0,8%), față de același an (0,3%).

- Cu privire la substanțele noi cu proprietăți psihoactive, după momentul maxim atins în 2010 și scăderile succesive din 2011 și 2012, anul 2013 aduce o ușoară revigorare a ofertei pentru aceste tipuri de substanțe psihotrope, atingând valoarea de 16,431 kg, din care 14,19 kg triptamine, pentru ca, în anul 2014, să fie capturate 6,69 kg SNPP.

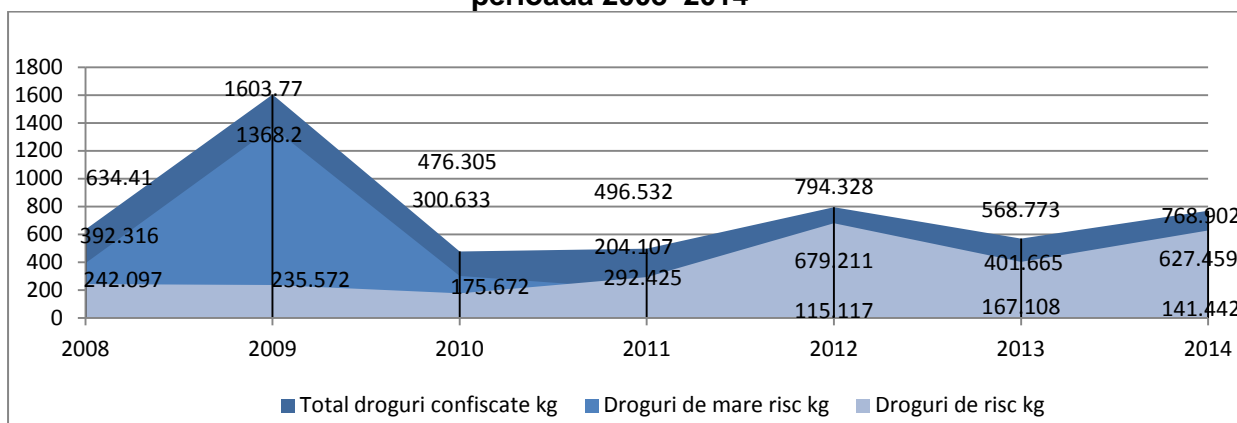
În anul 2014 au fost ridicate în vederea confiscării 768,902 kg (față de 568,773 kg în 2013 și 794,328 kg în 2012), 397211 comprimate (față de 33328 cp în 2013 și 16528 cp în 2012), 0,864 litri (față de 0,248 litri în 2013 și 3,726 litri în 2012) și 509 doze (față de 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012), din care:

- Droguri **de mare risc: 141,442 kg** (în scădere față de anul 2013, când au fost confiscate 167,108 kg, și în creștere față de 2012 când au fost confiscate 115,117 kg), 390211 comprimate (creștere semnificativă față de anul 2013, când au fost confiscate 32592 comprimate – cea mai mare valoare înregistrată până în prezent), 509 doze (în creștere față de anii precedenți, când au fost capturate 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012) și 0,773 litri (în creștere față de anul 2013, când au fost capturați 0,182 litri, și în scădere față de 2012, când au fost capturați 2,643 litri);
- Droguri **de risc: 627,459 kg** (în creștere cu peste 56% față de anul 2013, când au fost capturate 401,665 kg, și în scădere față de anul 2012, când au fost capturate 679,211 kg), 7000 comprimate (față de 736 comprimate capturate în 2013 și 2057 comprimate capturate în 2012).

Comparativ cu anul 2013, în anul 2014, se constată o **creștere semnificativă** (cu 35,19%) a **cantității totale de droguri confiscate**, de la 568,773 kg, la 768,902 kg. În ceea ce privește numărul de comprimate confiscate, în anul 2014, acesta a crescut de peste 11 ori față de anul 2013 (de la 33328 comprimate, la 397211 comprimate) și a atins o valoare istorică, față de întreaga perioadă 1980 - 2014³⁰.

³⁰ <https://data.unodc.org> – UNODC Statistics Online

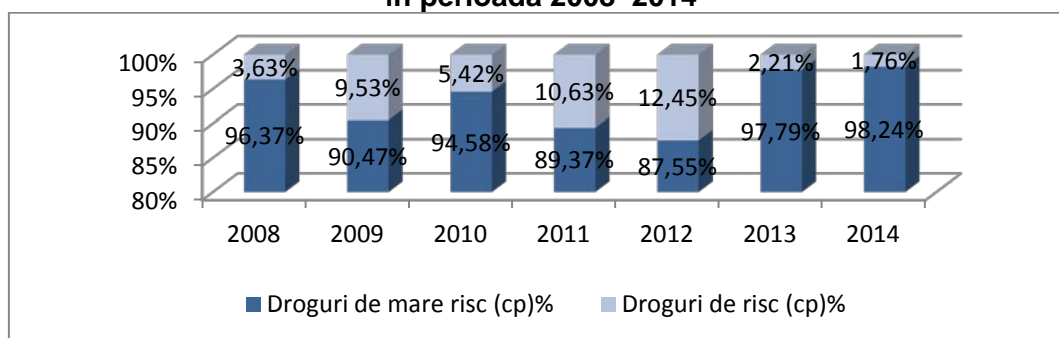
Grafic 7-2: Evoluția cantităților totale (kilograme) de droguri confiscate în România, în perioada 2008–2014



Sursa: ANA

Din cele 768,902 kilograme de droguri confiscate, **54,9% reprezintă masă verde recoltată** (422,164 kg), 24% reprezintă capturi de cannabis (184,919 kg – din care 40,244 kg fragmente vegetale cu THC), plante de Khat 9,8% (75,421 kg), cocaină 4,43% (34,088 kg), heroină 3,35% (25,787 kg), rezină de cannabis 1,98% (15,214 kg) și triptamine 0,65% (4,964 kg).

Grafic 7-3: Evoluția cantităților totale (comprimate) de droguri confiscate în România, în perioada 2008–2014

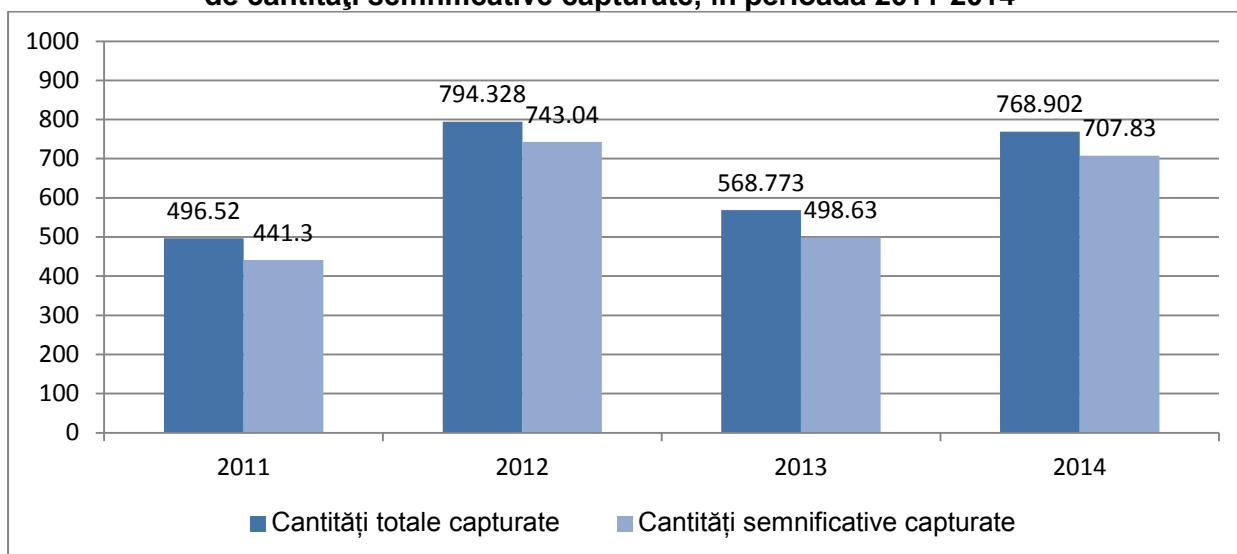


Sursa: ANA

Din totalul de 397211 comprimate, confiscate în anul 2014, **80,04% reprezintă capturi de comprimate MDMA** - 317966 comprimate, **14,46% reprezintă capturi de comprimate de metadonă** (57446 comprimate), piperazine 3,64 % (14460 comprimate) și benzodiazepine (1,74% - 6948 comprimate).

Peste **92% din cantitatea totală de droguri**, capturate în anul 2014, provine din **capturi semnificative** (în creștere față de anul 2013, când 87,66% din totalul cantităților de droguri capturate au provenit din capturi semnificative; în anul 2012, 93% din totalul cantităților de droguri capturate au provenit din capturi semnificative).

Grafic 7-4: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri capturate față de cantități semnificative capturate, în perioada 2011-2014



Sursa: ANA

7.2.2. Număr de capturi pe tip de drog

În anul 2014, formațiunile antidrog au realizat un număr de 3311 capturi de droguri, cele mai multe fiind înregistrate pentru: cannabis (2106 capturi – 1967 capturi de iarbă de cannabis și 139 capturi de fragmente vegetale cu THC), heroină (218 capturi), MDMA (212 capturi), rezină de cannabis (154 capturi) și canabinoizi sintetici (119 capturi).

Tabel 7-3: Evoluția capturilor principalelor tipuri de droguri în România, în perioada 2008-2014

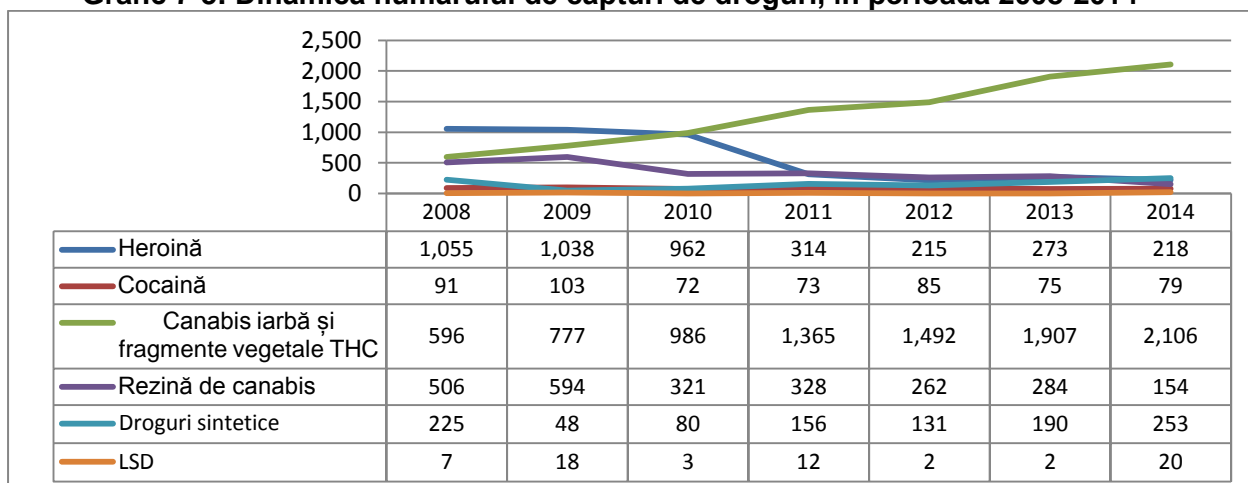
Droguri	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Capt	Cant	Capt	Cant	Cap t	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Cap t	Cant
Heroină (kg)	1055	385,23	1038	85,046	962	108,19	314	12,191	215	45,217	273	111,558	218	25,787
Cocaină	91	3,91	103	1282,99	72	2,57	73	161,039	85	54,703	75	53,339	79	34,088
Canabis iarbă și fragmente vegetale cu THC	596	208,66	777	198,59	986	80,82	1365	252,527	1492	335,086	1907	250,715	2106	184,919
Rezină de cannabis	506	33,42	594	37,01	321	62,278	328	17,572	262	27,263	284	24,86	154	15,214
Droguri sintetice (cp)	225	55455	48	12722	80	3709	156	14916	131	12903	190	27596	253	318143
LSD (doze)	7	71	18	308	3	19	12	65	2	104	2	2	20	509

Sursa: IGPR/DCCO/LCAPD

Canabisul iarbă continuă să fie cel mai consumat drog, numărul capturilor la nivel stradal crescând în anul 2014 la 1967 capturi, față de 1799 capturi înregistrate în 2013.

Capturile de cocaină, chiar dacă înregistrează o creștere, se mențin pe ansamblu la valori relativ constante în timp, cu excepția anului 2009, ceea ce ar putea indica o piață de consum constantă la nivelul României.

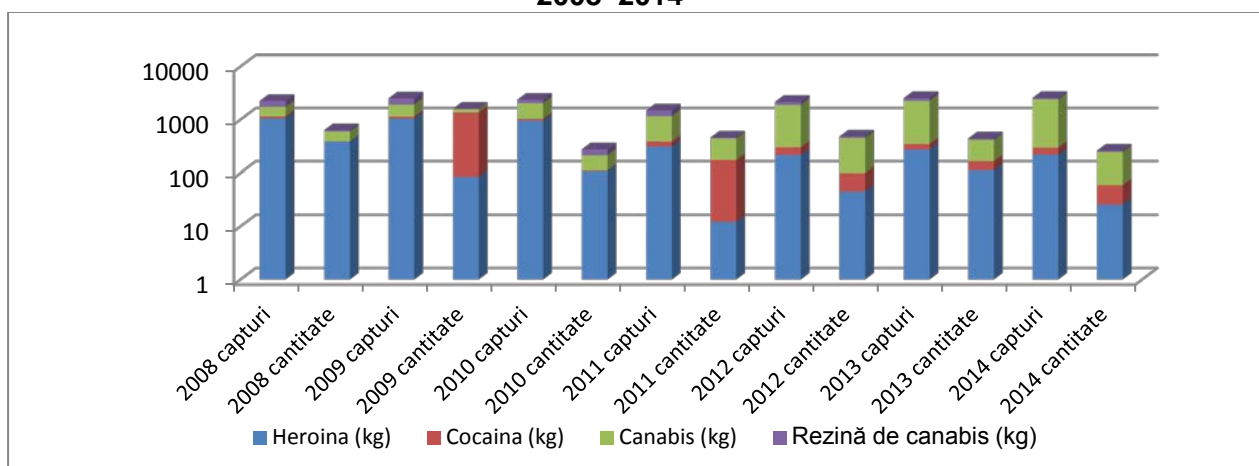
Grafic 7-5: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2008-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În privința evoluției numărului de capturi și a cantităților de droguri confiscate, comparativ cu perioada 2008–2013, în anul 2014 se observă o tendință generală de scădere a cantităților principalelor tipuri de droguri confiscate (heroină, cocaină, canabis) concomitent cu creșterea cantităților de MDMA și metadonă confiscate.

Grafic 7-6: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2008–2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

OBSERVAȚIE: Datele privind cantitățile referitoare la droguri sintetice nu au fost centralizate în mod unitar pe parcursul anilor, motiv pentru care nu se poate face o analiză exactă a cantității totale exprimată în kg.

7.2.3 Capturi semnificative

Analiza numărului de **capturi semnificative, înregistrate în perioada 2007-2014**³¹, evidențiază următoarele:

- În funcție de numărul total al capturilor semnificative, înregistrate în perioada 2007-2014, canabisul (rezină, iarbă, plantă, fragmente vegetale) ocupă primul loc, cu 292 de capturi semnificative, fiind urmat de heroină (90), MDMA (72), cocaină (56), canabinoizi sintetici (37) și metadonă (31);

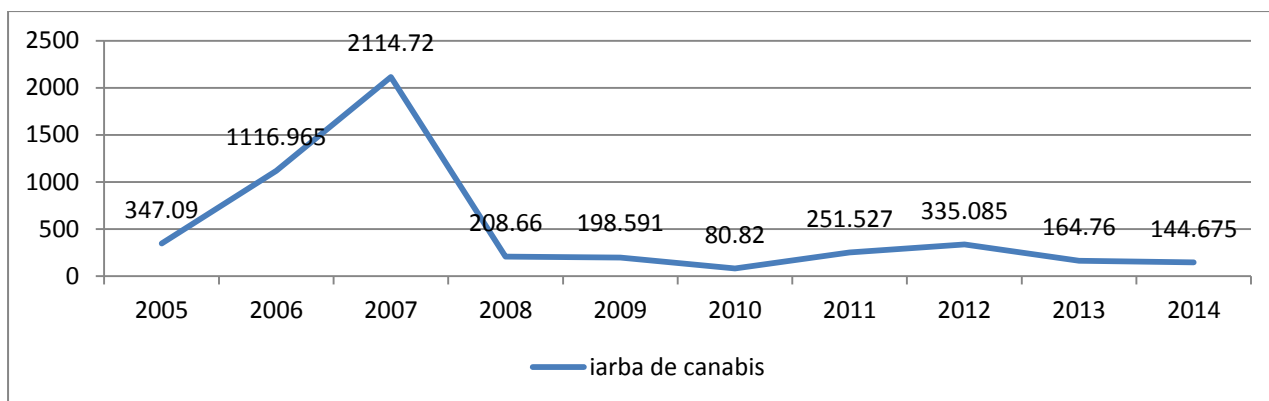
³¹ Datele privind capurile semnificative sunt disponibile începând cu anul 2007

- Anul 2010 a fost primul an în care au fost înregistrate capturi semnificative de canabinoizi sintetici (29), catinone (17), piperazine (3 capturi de tablete și 2 de kg), ketamină (3), amfetamină (1), 2C (1), pirovalerone (1), PMMA (2), salvinorin (1) și triptamine (1). Cu toate acestea, în anii următori, numărul capturilor semnificative de canabinoizi sintetici, catinone și piperazine a scăzut, după cum urmează: canabinoizii sintetici - de la 29 de capturi în anul 2010, la 5 capturi în 2011 și câte două capturi realizate în 2012 și 2013, catinonele - două capturi în anul 2011, față de 17 în anul 2010 și piperazinele - o singură captură în anul 2011, înregistrată în București;
- Începând cu anul 2011, a crescut numărul capturilor semnificative de amfetamine (Constanța și Pitești) și au fost înregistrate pentru prima dată capturi semnificative de metamfetamină (4), având ca destinație România (2) și Japonia (2). Capturile semnificative de amfetamine au menținut un curs constant, fiind realizată câte o captură atât în 2012, cât și în 2013, în anul 2014 fiind confiscată cea mai mare cantitate de amfetamină până în prezent (3,802 kg rezultatul a două capturi). Capturi semnificative de metamfetamină au fost realizate doar în anii 2011 și 2012 (cu câte două capturi semnificative - 24,326 kg, respectiv 3,26 kg), în timp ce, în anii 2013 și 2014, nu a fost evidențiată nicio captură pentru acest tip de drog;
- Capturile semnificative de metadonă au crescut față de anii precedenți. Astfel, de la 3 capturi în anul 2010, nicio captură în 2011 și o captură în 2012, au fost înregistrate 6 capturi în 2013, prin care au fost confiscate 3099 comprimate, pentru ca, în 2014 să fie capturate 56016 comprimate metadonă, provenind din 2 capturi semnificative;
- În anul 2013, a avut loc prima captură semnificativă de dimetocaină (1,48 kg), care provenea din Spania și a fost realizată pe raza județului Alba;
- În anul 2014, au fost confiscate 317966 comprimate MDMA (în creștere de peste 11 ori față de anul 2013, când au fost confiscate 27506 comprimate), provenind din 212 capturi (față de 142 capturi realizate în 2013). 99,11% din totalul comprimatelor de MDMA confiscate (315141 cp) reprezintă rezultatul a 11 capturi semnificative.

7.2.3.1 Canabisul și rezina de canabis

Confiscările de **iarbă de canabis** au cunoscut o tendință ascendentă până în anul 2007, când au fost înregistrate valori de aproximativ 6 ori mai mari față de anul 2005, și aproape de 2 ori mai mari comparativ cu anul 2006, pe parcursul următorilor ani, valorile înregistrate fiind semnificativ reduse.

Grafic 7-7: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate, în perioada 2005-2014

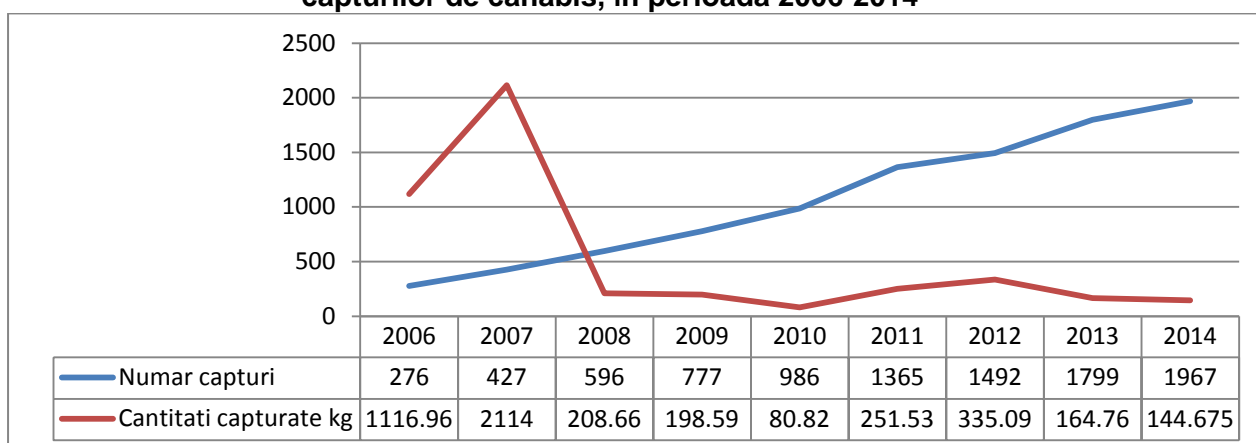


Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În anul 2014, au fost confiscate 184,919 kg canabis (față de 250,715 kg capturate în 2013) provenind din 2106 capturi, din care 144,675 kg iarbă de canabis (față de 164,76 kg capturate în 2013), provenind din 1967 capturi și 40,244 kg fragmente vegetale cu THC (față de 85,955 kg capturate în 2013), provenind din 139 capturi.

Numărul capturilor de canabis înregistrează o evoluție ascendentă începând cu anul 2006, în timp ce cantitățile confiscate s-au redus semnificativ în ultimii doi ani.

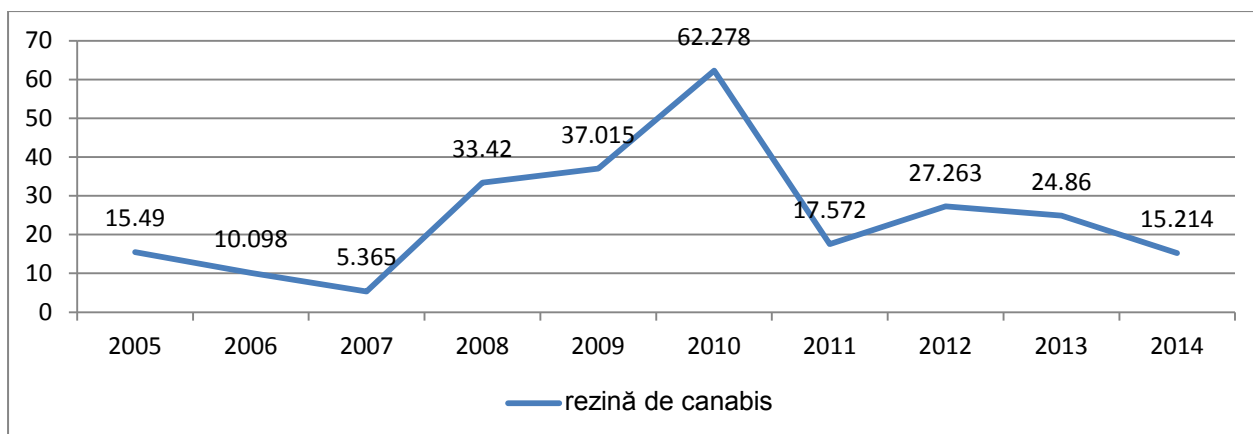
Grafic 7-8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate față de cea a numărului capturilor de canabis, în perioada 2006-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În privința confiscărilor **de rezină de canabis**, se constată o evoluție fluctuantă, cea mai mare cantitate fiind înregistrată în anul 2010 – **62,278 kg** – **de aproximativ 12 ori mai mult** față de anul 2007 și **de 4 ori mai mult** față de 2014 (15,214 kg). Valoarea cantității de rezină de canabis confiscată, în scădere și față de anul 2013 (24,86 kg) – este cea mai scăzută valoare înregistrată în perioada anilor 2008 – 2014, cu excepția anului 2010.

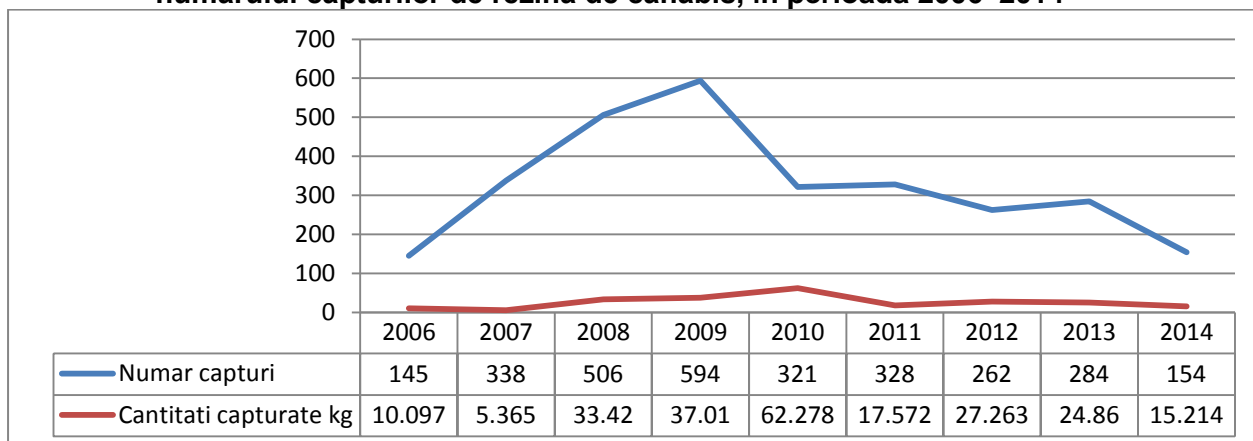
Grafic 7-9: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate, în perioada 2005-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

Scădere se înregistrează și în privința numărului de capturi de rezină de canabis. Prin coroborare, cei doi indicatori (cantitate raportat la număr de capturi) pot constitui un indiciu al scăderii disponibilității acestui tip de drog pe piață.

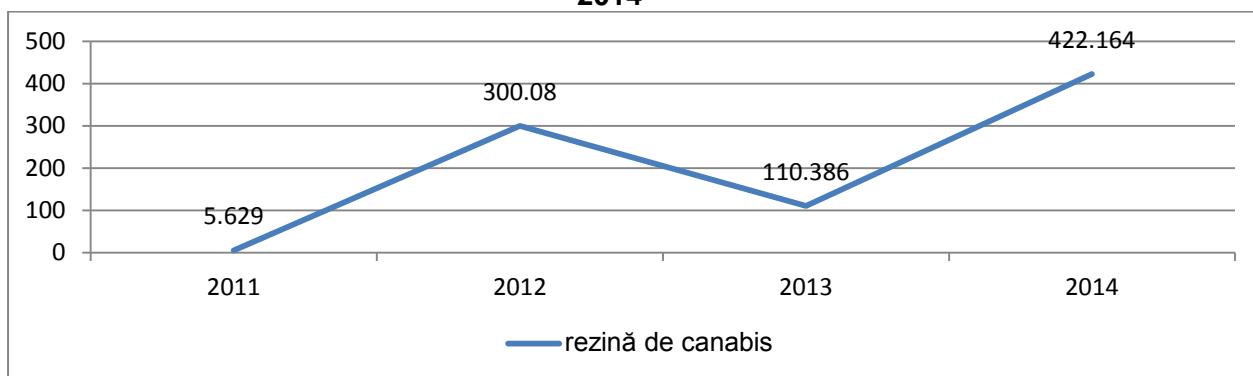
Grafic 7-10: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate față de cea a numărului capturilor de rezină de canabis, în perioada 2006–2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În cursul anului 2014, **masa verde recoltată** atinge o valoare maximă față de perioada anilor 2011 – 2013, fiind confiscată cantitatea de **422,164 kg canabis – masă verde recoltată**, în creștere semnificativă față de anul 2013, când au fost confiscate 110,386 kg.

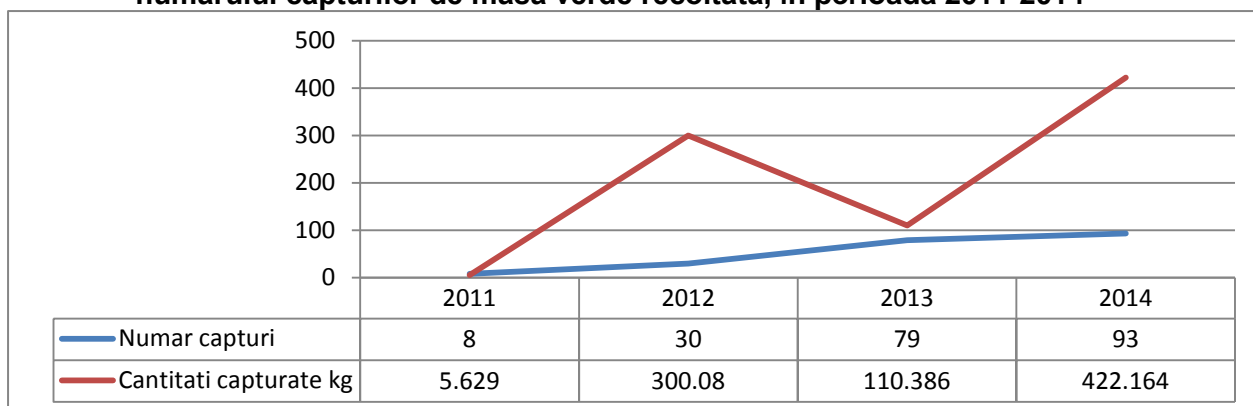
Grafic 7-11: Evoluția cantităților de masă verde recoltată capturată, în perioada 2011 - 2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

Și în privința numărului de capturi de masă verde recoltată se observă o tendință ascendentă astfel, de la doar 8 capturi realizate în 2011, numărul capturilor a crescut la 30 în anul 2012, la 79 în 2013, atingând valoarea de 93, în cursul anului 2014.

Grafic 7-12: Evoluția cantităților de masă verde recoltată capturată față de cea a numărului capturilor de masă verde recoltată, în perioada 2011-2014

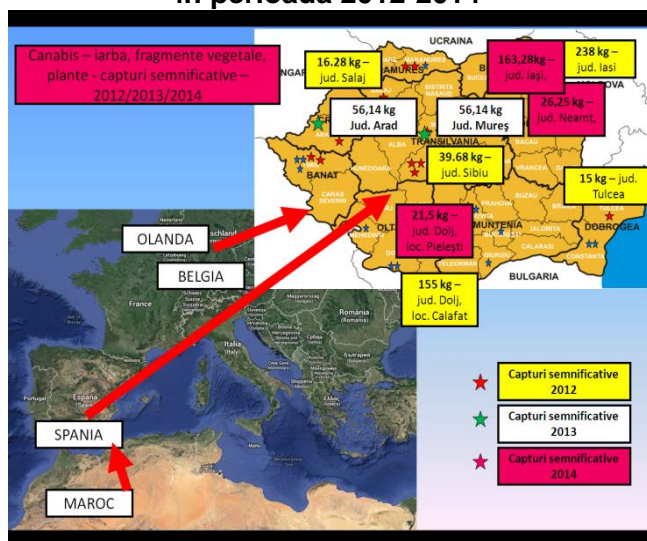


Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În cursul anului 2014, pe teritoriul României au fost descoperite 74 culturi ilicite, în creștere față de anii precedenți (69 culturi în anul 2013 și 48 în anul 2012).

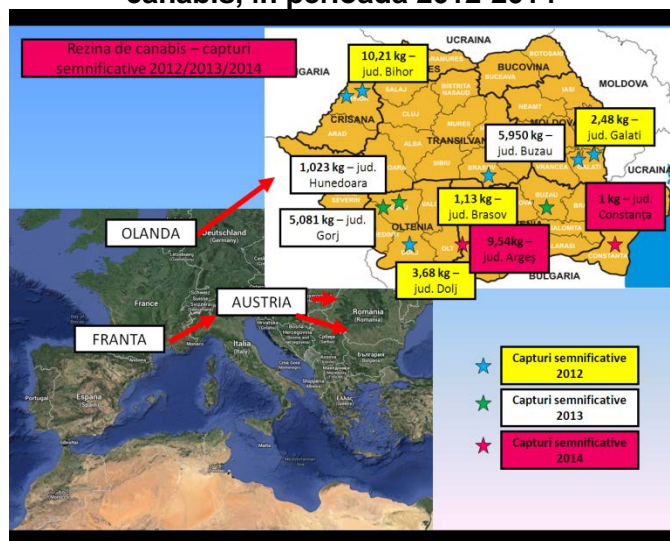
Astfel, cu un preț relativ scăzut și cu o disponibilitate mare pe piața ilicită a drogurilor din România cannabisul rămâne unul dintre cele mai consumate droguri la nivel național.

Harta 7-1: Capturi semnificative canabis iarbă, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

Harta 7-2: Capturi semnificative rezină de canabis, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

Capturile semnificative, realizate de formațiunile antidrog, evidențiază Spania, Albania și Olanda, ca principale **țări de origine** pentru canabisul consumat pe piața ilicită din România. Canabisul care tranzitează teritoriul României are ca **țări de destinație** Cehia și Slovacia.

Referitor la **rutele de trafic** a canabisului și a **modurilor de disimulare**, anul 2014 păstrează aceleași caracteristici. Astfel, canabisul pătrunde în România, în principal pe cale rutieră și provine din:

- Spania, pe ruta Franța – Italia – Austria – Ungaria – România,
- Maroc, pe ruta Spania — Italia – Austria – Ungaria – România,
- Albania – Ungaria – România,

având ca **modalități de disimulare**:

- Pe cale rutieră, în autovehicule: bagaje, geamantan,
- Locuință: elemente de mobilier,
- Personal: disimulare pe corp (îmbrăcăminte), rucsac,
- Colete expediate prin poștă (au fost realizate 8 capturi în cursul 2014, dintr-un total de 31 de capturi semnificative).

Rezina de canabis este traficată pe cale rutieră, având ca țări de origine:

- Olanda pe ruta Belgia – Germania – Austria – Ungaria – România,
- Franța direct către România.

având ca **modalități de disimulare**:

- Personal: bagaje de mână,
- Colet poștal.

Analiza datelor privind **capturile semnificative**, realizate în anul 2014 pentru acest drog, evidențiază faptul că **aproximativ 50% din cantitatea de canabis** (canabis iarbă și

fragmente vegetale cu THC) confiscată (184,919 kg) a avut ca țară de origine România. **Din cantitatea totală de canabis care a avut ca țară de origine România, 2,48 kg aveau ca țară de destinație Italia.**

Totodată, cantitatea de 422,164 kg masă verde recoltată reprezintă 54,9% din cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2014.

7.2.3.2 Cocaina

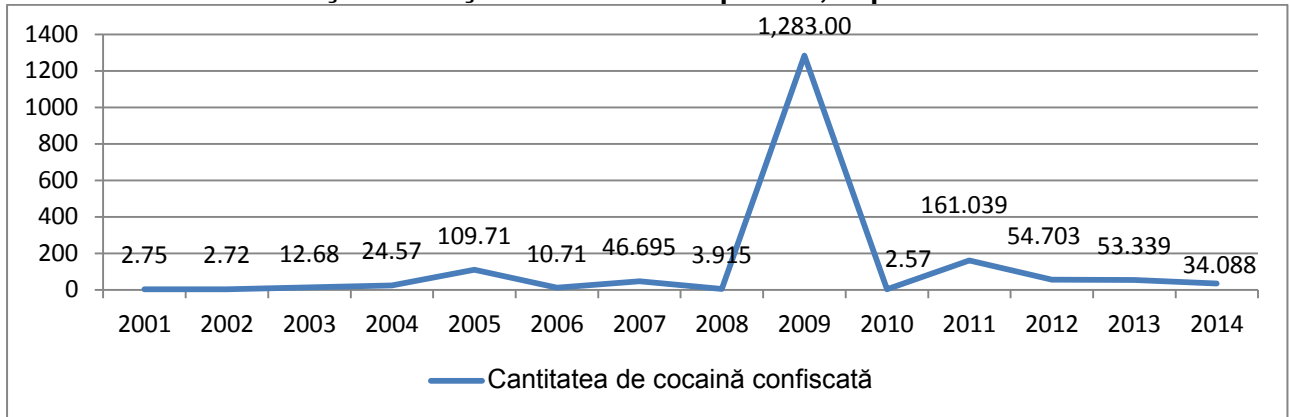
În România, piața ilicită a cocainei rămâne relativ slab dezvoltată, aceasta reprezentând un „drog de lux” în rândul consumatorilor de droguri de pe teritoriul național. Cu toate acestea, cantitatea totală confiscată în perioada 2001-2014 este comparabilă cu cea a heroinei.

În intervalul 2005 – 2008, au fost confiscate 171,02 kg, dintre care 101,4 kg în cadrul unei operațiuni desfășurate în anul 2005 (drogul parcurgând, pe cale maritimă, ruta Spania – Constanța), iar 45 kg depistate la Aeroportul internațional „Henri Coandă” Otopeni, în conținutul a opt colete provenite din Venezuela și al căror destinatar era un cetățean italian stabilit în România. În această perioadă, cantitatea totală de cocaină confiscată este de aproximativ 4 ori mai mare, comparativ cu intervalul precedent (2001 - 2004), când aceasta a fost de 42,72 kg și de 30 de ori mai mică comparativ cu intervalul 2009 – 2012 când a fost de 1554,637 kg.

Din totalul cantității de cocaină confiscată în anul 2005, cantitatea de 101,4 kg (92,42%) a fost capturată cu ocazia unei singure acțiuni. 84,2% din cantitatea totală de cocaină, înregistrată în anul 2009, a provenit dintr-o singură captură de droguri, realizată în portul Constanța având ca punct de plecare Brazilia.

Și în anul 2012, cantitatea de 48,50 kg a fost rezultatul unei singure capturi, realizată în localitatea Petea, județul Satu Mare, la punctul de trecere a frontierei dinspre Ungaria, având ca destinație România. În cursul anului 2013, a fost capturată cantitatea de 50,21 kg cocaină, care provenea din Costa Rica și avea ca destinație România.

Grafic 7-13: Evoluția cantităților de cocaină capturată, în perioada 2001-2014



Sursa: IGPR/DCCO/LCAPD

În anul 2014, cantitatea totală de cocaină confiscată a fost de 34,088 kg și a fost rezultatul a 79 capturi, în scădere față de anul 2013, când au fost confiscate 53,339³² kg, rezultat al unui număr de 75 de capturi. 98,1% (33,47 kg) din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din 8 capturi semnificative, restul de 0,618 kg fiind rezultatul a 71 de capturi. Scăderea prezenței cocainei pe piața drogurilor în România este un aspect înregistrat și la nivel internațional și confirmat și coroborat cu rapoartele U.N.O.D.C., care semnalează scăderi cu peste 25% a suprafețelor cultivate cu coca în Columbia, pilon important al producției de cocaină.

Din punct de vedere al țării de origine, cocaina capturată pe teritoriul României, în cursul anului 2014, provine din Venezuela, Columbia, Spania și Olanda, și a avut ca țări de plecare Spania, Italia, Olanda precum și direct, pe rute aeriene, Venezuela³³.

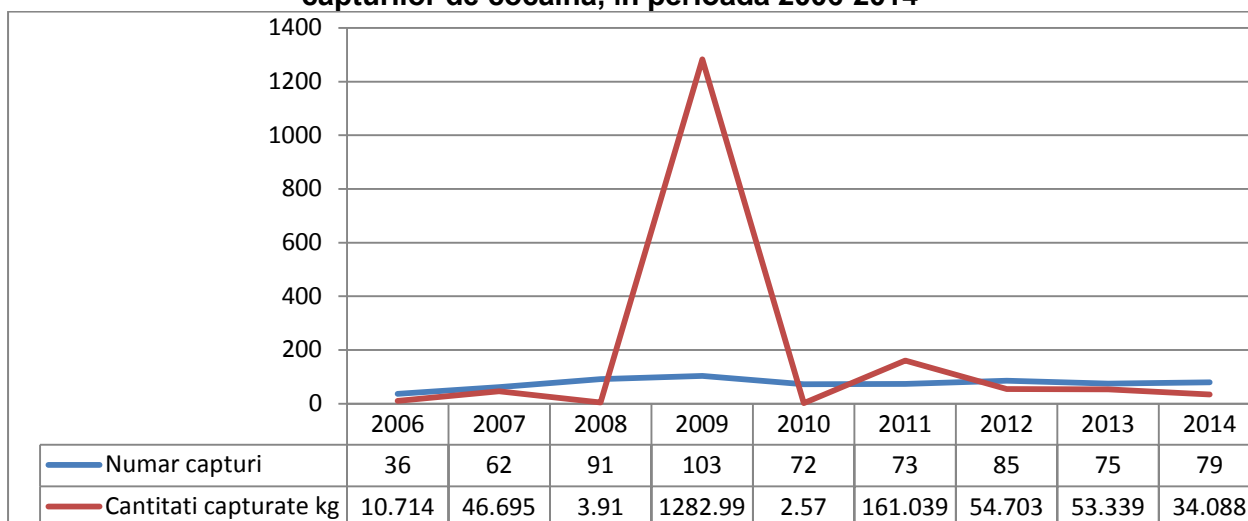
Din cele 8 capturi semnificative realizate, **6 capturi de cocaină**, însumând o cantitate de **2,73 kg (8% din cantitatea totală)** au avut ca **destinație România**.

Evoluția numărului de capturi de cocaină înregistrate începând cu anul 2006 urmează aceeași tendință ca și cea pentru heroină, cu diferența că vârful acestuia este înregistrat în anul 2009 (103 capturi).

³² 50,21 kg cocaină au fost capturate în anul 2012 (17.04.2012) și raportate de către I.G.P.R. – D.C.C.O. – S.A. în ianuarie 2013

³³ Date extrase din capturile semnificative realizate în anul 2014 de formațiunile antidrog și raportate către U.N.O.D.C.

Grafic 7-14: Evoluția cantităților de cocaină capturată față de cea a numărului capturilor de cocaină, în perioada 2006-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

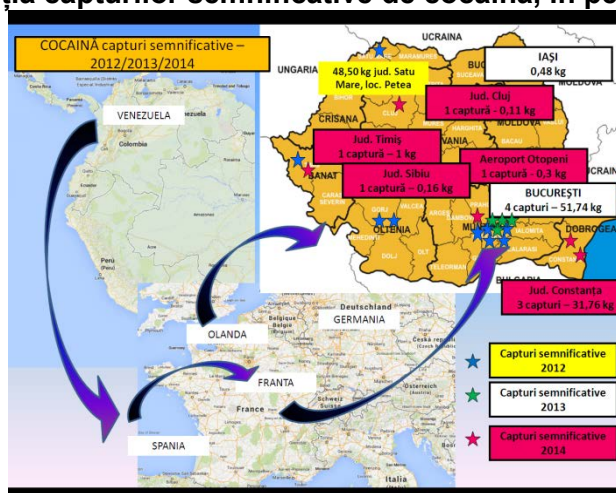
În cursul anului 2014, nu au fost identificate modificări majore în privința **rutelor de traficare** și **metodelor de disimulare**, astfel încât cocaina este traficată:

- Pe cale aeriană, din **Venezuela**, și urmărește ruta **Barbados – Regatul Marii Britanii – România**,
- Pe cale rutieră, având ca țări de origine **Olanda, Columbia și Spania**, și urmând rute prin Germania/ Franța, **Austria și Ungaria** către România,

și prezintă ca **modalități de disimulare**:

- Transport rutier: disimulare în cutii de cacao, cutii de detergent,
- Personal: disimulare în bagaje de mână, pachete de biscuiți,
- Transport aerian: fund dublu al unui frigider auto.

Harta 7-3: Evoluția capturilor semnificative de cocaină, în perioada 2012-2014



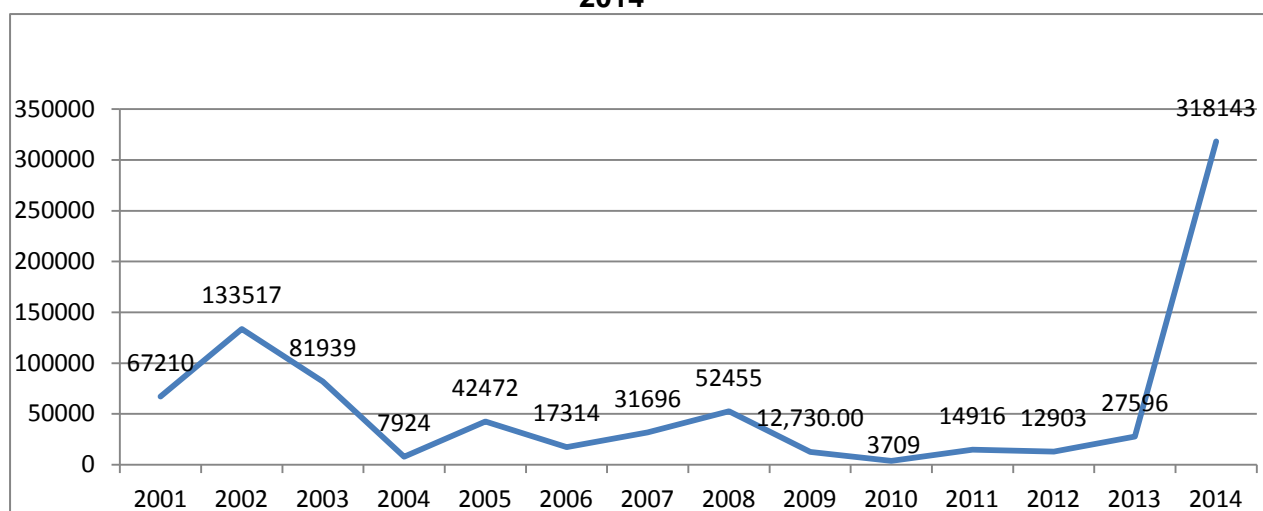
Sursa: ANA

7.2.3.3 Drogurile sintetice

Potrivit datelor furnizate de structurile antidrog, România reprezintă atât țară de tranzit, cât și de destinație pentru drogurile sintetice (amfetamine, MDMA), dar nu o „sursă” a acestora. Datele existente indică faptul că, drogurile sintetice provin din state din Vestul Europei (Belgia și Olanda), fiind aduse în România prin intermediul firmelor de coletărie, pe calea aeriană sau rutieră, cu ajutorul autoturismelor personale, de către cetățeni care se întorc din Occident.

În intervalul 2009–2014, au fost confiscate **389997** comprimate de stimulenți de tip amfetaminic, de peste două ori mai multe față de intervalul 2005–2008, când pe teritoriul național au fost confiscate **143937 comprimate** de stimulenți de tip amfetaminic și cu **34,2%** mai mult, față de intervalul 2001 – 2004, când au fost confiscate 290590 comprimate.

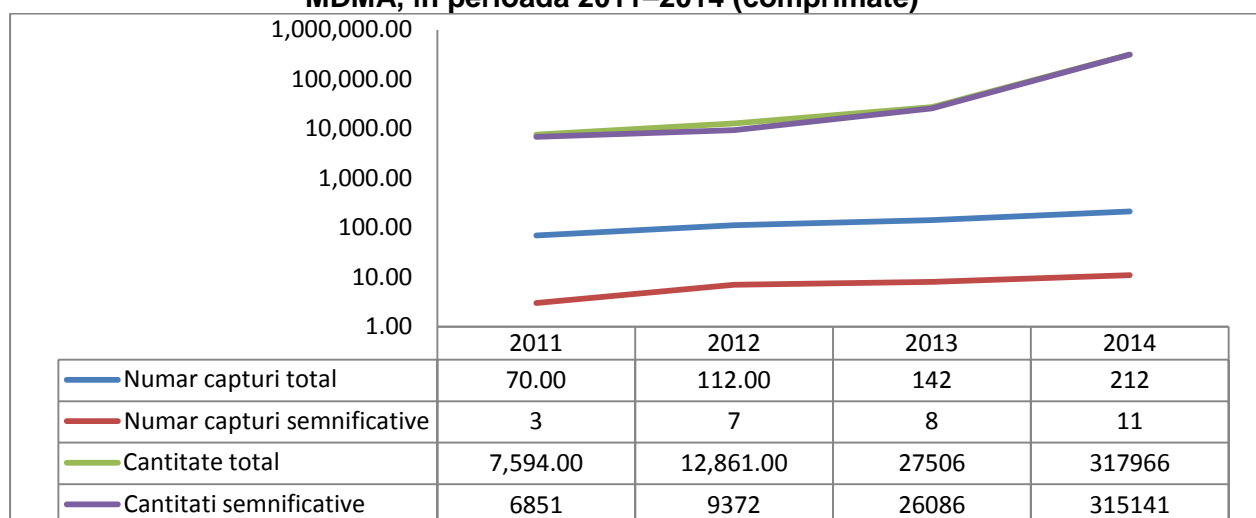
Grafic 7-15: Evoluția capturilor de comprimate de tip amfetaminic, în perioada 2001-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În anul 2014, au fost confiscate 317966 comprimate MDMA (în creștere de peste 11 ori față de anul 2013 când au fost confiscate 27506 comprimate), provenind din 212 capturi (față de 142 capturi realizate în 2013). 99,11% din totalul comprimatelor de MDMA confiscate (315141 cp) reprezintă rezultatul a 11 capturi semnificative.

Grafic 7-16: Evoluția capturilor de MDMA față de cea a capturilor semnificative de MDMA, în perioada 2011–2014 (comprimate)



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

De asemenea, în anul 2014, au mai fost confiscate: amfetamine (177 comprimate și 3,802 kg) provenind din 40 de capturi, din care 2 semnificative, derivați ai amfetaminei (0,1 grame) rezultat al unei capturi și 509 doze LSD, rezultat a 20 de capturi, din care 2 semnificative.

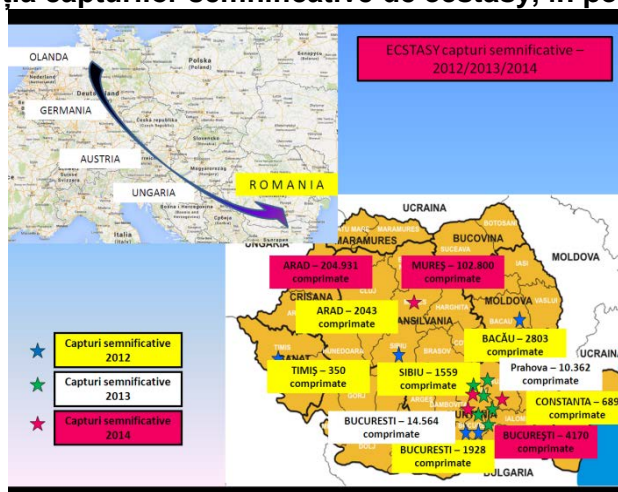
Raportată la valorile înregistrate în perioada 2001–2014, **cantitatea de 3,802 kg de amfetamină confiscată în anul 2014 este cea mai mare cantitate de amfetamină confiscată până în prezent** de formațiunile antidrog.

Creșterea semnificativă a cantităților și a numărului de capturi de droguri sintetice, realizate în anul 2014, concomitent cu scăderea cantităților și a numărului capturilor de heroină, cocaină și cannabis, poate reprezenta un indiciu al nivelului cererii pentru aceste tipuri de droguri.

În acest sens, rezultatele GPS indică o creștere a prevalenței consumului de **MDMA** de la 0,3% la nivelul anului 2007, la 0,7% în anul 2010, pentru ca, în 2013, să ajungă 0,9%.

În aceeași măsură, prevalența consumului de amfetamină a crescut de la 0,1% - valoare indicată în rapoartele GPS 2007 și 2010 – la 0,3% în 2013.

Harta 7-4: Evoluția capturilor semnificative de ecstasy, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

În privința rutelor de traficare, precum și a modalităților de disimulare, nu au fost identificate modificări majore la nivelul anului 2014, față de anii precedenți, astfel:

Comprimatele de MDMA sunt traficate pe cale rutieră, pe ruta **Olanda - Germania – Austria – Ungaria – România**. Cantitatea de **MDMA** confiscată pe raza județului Mureș(102.800 cp) provenea din Olanda și avea ca **destinație Turcia**.

Modalități de disimulare:

- Transport rutier (autobuze, camioane, autoturisme): bagaje de mână, pachete cu mâncare, cutii de detergent, disimulate în spatele unor pereți falși;
- Personal: disimulare pe corp (îmbrăcăminte).

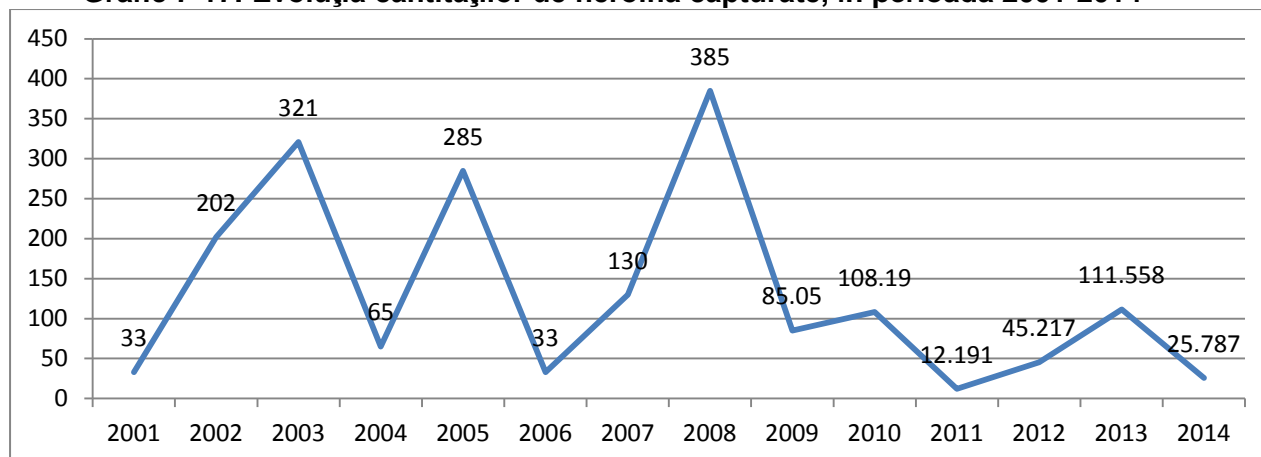
7.2.3.4 Heroina

România se regăsește pe coridorul principal de acces al heroinei în Europa, aspect care a favorizat implicit și dezvoltarea unei piețe de consum, reflectată, de altfel, în cantitățile de heroină identificate și confiscate de organele judiciare. Traficul de heroină menține aceleași caracteristici din punct de vedere al rutelor de traficare. Astfel, în prim plan se află ruta tradițională Balcanică, implicând tranzitarea următoarelor state: Afghanistan – Pakistan – Iran – Turcia – Grecia – fostele state iugoslave – statele din Europa de Vest. Totodată, România, alături de Bulgaria și Ungaria, face parte din brațul nordic al rutei Balcanice. Au existat informații despre includerea României pe o nouă rută de tranzit a heroinei, care pornește din Afghanistan spre țările occidentale, alături de Turkmenistan, Uzbekistan, Kazahstan, Federația Rusă și Ucraina. Până în prezent, includerea României pe această rută de trafic ar putea fi confirmată doar de captura realizată în anul 2008 la punctul de trecere al frontierei Halmeu, pe granița României cu Ucraina, drogul parcurgând ruta Iran – Azerbaidjan – Rusia – Ucraina – România, cu destinație Germania sau Olanda.

Analiza comparativă pe perioade de timp relevă faptul că în intervalul **2005 – 2008** a fost confiscată cea mai mare cantitate de heroină (832,83 kg), cu **33,95% mai mult** comparativ

cu intervalul **2001 – 2004** (621,73 kg) și de peste 3 ori mai mult, comparativ cu intervalul **2009 – 2012**, când au fost confiscate **250,65 kg** heroină.

Grafic 7-17: Evoluția cantităților de heroină capturate, în perioada 2001-2014



Sursa: IGPR/DCCO/LCAPD

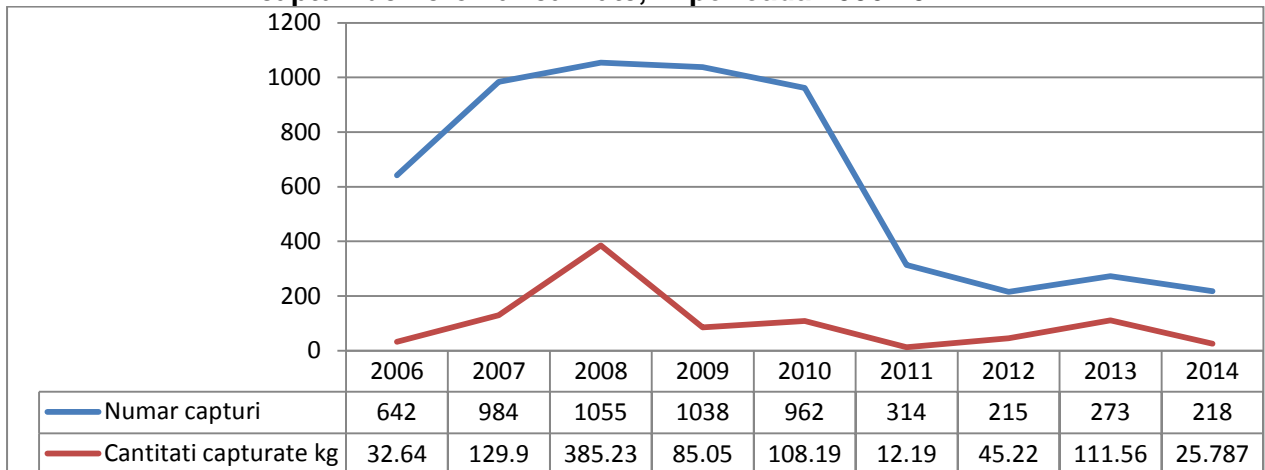
Se constată faptul că, anii 2003, 2005 și 2008 reprezintă vârfuri ale confiscărilor de heroină. Astfel, în anul 2005, au fost confiscate 285,07 kg heroină, din care 249,60 kg (87,55%), provenite dintr-o singură captură, urmând ca, în anul 2008, să fie confiscate 385,230 kg, din care:

- 127,818 kg la punctul de trecere al frontierei Halmeu, pe granița României cu Ucraina, drogul parcurgând ruta Iran – Azerbaidjan – Rusia – Ucraina – România, cu destinație finală Germania sau Olanda);
- 135,85 kg confiscate la punctul de trecere al frontierei Nădlac, provenite din Turcia, introduse în țară via Bulgaria și având ca destinație finală Germania;
- 106,5 kg la punctul de trecere a frontierei Petea pe granița României cu Ungaria, cantitate care ar fi trebuit să ajungă în Franța.

De asemenea, o cantitate semnificativă de heroină a fost capturată și în anul 2010, și anume 108,19 kg, dintre care 90,54 kg dintr-o singură captură, efectuată la punctul de frontieră din județul Arad, cu destinația Belgia.

Perioada anilor 2007 - 2010 a înregistrat cel mai mare număr de capturi de heroină, cât și cea mai mare cantitate de heroină confiscată.

Grafic 7-18: Evoluția cantităților de heroină capturate față de cea a numărului de capturi de heroină realizate, în perioada 2006-2014



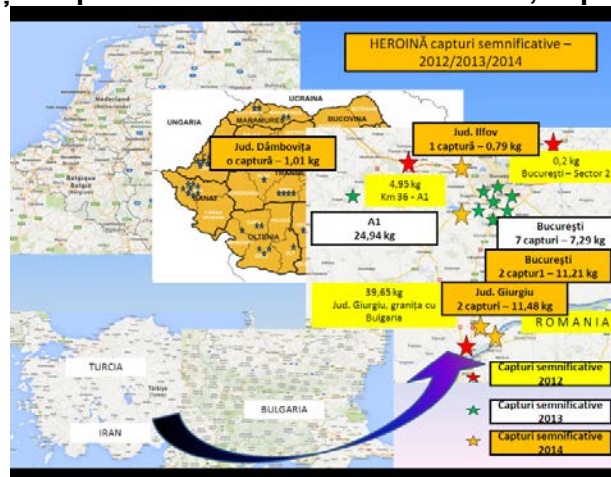
Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În 2012, din totalul de 45,217 kg heroină capturată, 44,6 kg fac obiectul a două capturi semnificative (39,65 kg – km 36 A1, și 4,95 kg la frontiera Bulgaria – România), ambele pe raza județului Giurgiu, având ca destinație Olanda.

În **2014**, au fost realizate **218 capturi** de heroină, cantitățile totale confiscate însumând **25,787 kg**. Din acest total, **95,62%** reprezintă rezultatul a **7 capturi semnificative** (24,66 kg), restul de 1,127 kg făcând obiectul a 211 capturi la nivel național (5,34 g/ captură – în creștere față de anul 2013, când raportul era de doar 1,98 g/ captură).

Față de anul 2013, în anul 2014, se constată o **scădere semnificativă**, atât a **cantității de heroină confiscată** (de peste 4 ori), cât și a **numărului de capturi** pentru acest tip de drog.

Harta 7-5: Evoluția capturilor semnificative de heroină, în perioada 2012-2014



Sursa: ANA

Din punct de vedere al țării de origine/ de plecare, analiza datelor aferente anului 2014 menține constatările din anii precedenți. Astfel, heroina confiscată în anul 2014 a provenit din Turcia (3 cazuri ca țară de plecare și origine) și Bulgaria (2 cazuri). La nivelul anilor 2011 - 2012, heroina a provenit din Turcia (9 cazuri – țară de plecare și origine), Italia (1 caz ca țară de plecare) și Iran (1 caz țară de origine).

Rutele de traficare a heroinei rămân constante și pentru anul 2014, astfel încât aceasta este traficată pe cale rutieră, din Turcia către România, via Bulgaria.

Modalități de disimulare:

- Autoturisme: piese auto, bagaje de mână;
- Personal: disimulare prin lipirea pachetelor pe picioare, în genți de laptop, precum și în borsete.

7.2.3.5 Substanțe noi cu proprietăți psihoactive

Aceste droguri au apărut pe piața drogurilor din România în perioada 2009-2010, fiind introduse în principal prin intermediul societăților de curierat rapid (DHL, TNT, UPS) și având ca țară de producție China. Capturile realizate au identificat și importuri din Germania și Anglia.

Prevalența consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive se menține la un nivel constant de 2%, conform celor două studii în populația generală realizate în anii 2010 și 2013.

Tendința în scădere a comercializării acestor tipuri de droguri se menține și pentru anul 2014, cantitatea confiscată fiind de 6,69 kg, astfel:

- **Canabinoizi sintetici** – 0,972 kg (în creștere față de anul 2013, când au fost confiscate 0,531 kg), provenind din 119 capturi (în creștere semnificativă față de anul 2013, când au fost realizate 23 de capturi);
- **Catinone** – 0,578 kg (în creștere față de anul 2013, când au fost confiscate 0,204 kg) și 16 comprimate, provenind din 36 de capturi (față de 26 capturi realizate în 2013);
- **Triptamine** – 4,964 kg (în scădere față de anul 2013 când au fost confiscate 14,19 kg) și 11 comprimate, rezultatul a 23 capturi (în scădere față de 2013, când au fost realizate 68 capturi);
- **Piperazine** – 14460 comprimate – valoarea înregistrată se apropie de maximul confiscărilor din anul 2010, când au fost capturate 15094 și poate fi un indicator al revigorării cererii și ofertei de SNPP pe piața drogurilor (coroborat și cu scăderile înregistrate în privința cantităților de droguri tradiționale capturate);
- **Alte SNPP confiscate:** pirovalerone (0,181 kg), mitraginină (8,6 grame) și dimetocaină (0,12 grame).

Tabel 7-4: Situația cantităților de SNNP capturate, precum și a numărului capturilor de SNNP, în perioada 2010-2014

SNNP	Cantitate capturată								Număr capturi			
	kilograme				comprimate				2011	2012	2013	2014
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Canabinoizi sintetici	2,865	1,079	0,531	0,972	0	0	0	0	115	21	23	119
Catinone	1,863	0,19	0,204	0,578	4	577	4	16	235	44	26	36
Piperazine	0,023	0,0001	0,0001	0	1050	89	39	14460	19	19	4	5
Pirovalerone	0,0048	0,03	0,025	0,181	0	2	13	0	6	10	12	32
Triptamine	0,015	0,078	14,19	4,964	0	0	0	11	1	73	68	23
Mitraginină	0,192	0	0	0,0086	0	0	0	0	1	0	0	1
Salvinorin	0,003	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Dimetocaină	0	0,131	1,481	0,00012	0	0	0	0	0	7	2	1

Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În anul 2014, cele mai comercializate substanțe noi cu proprietăți psihoactive rămân canabinoizii sintetici (119 capturi), catinonele (36 capturi), pirovalerone (32 capturi) și triptaminele (23 capturi).

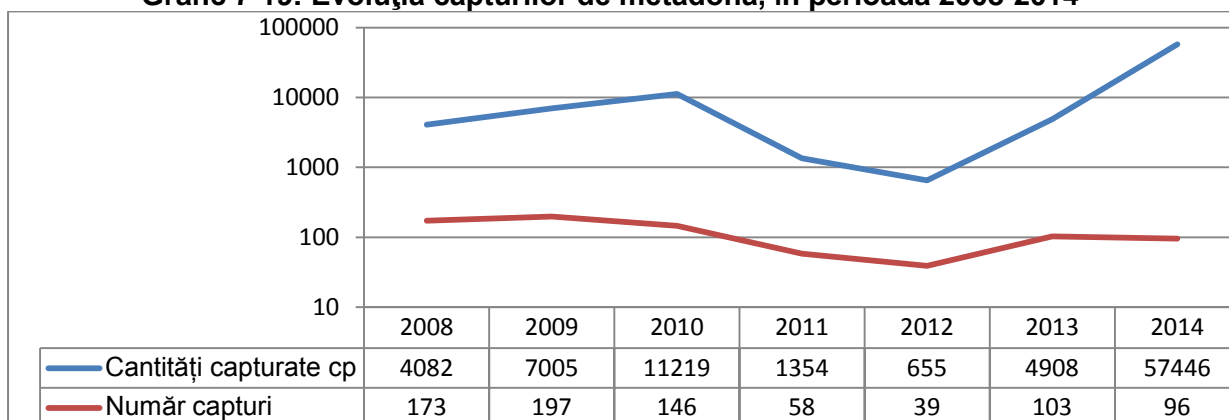
De remarcat este faptul că, pentru piperazine și triptamine, cele mai mari cantități confiscate provin dintr-un număr mai mic de capturi, ceea ce ar putea constitui un indiciu că aceste substanțe sunt mai frecvent întâlnite pe piața ilicită decât restul drogurilor noi.

7.2.3.6 Medicamente

- **Metadonă**

Disponibilitatea metadonei la nivelul străzii este în creștere, cantitățile totale de metadonă confiscate în anul 2014 depășind valorile totale înregistrate în perioada 2008-2013, astfel:

Grafic 7-19: Evoluția capturilor de metadonă, în perioada 2008-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

În anul 2014, cantitatea totală de metadonă confiscată (57446 comprimate) depășește cu mult maximul istoric atins în 2010, când au fost confiscate 11219 comprimate. Întreaga cantitate de comprimate de metadonă a avut ca țară de origine România. Din totalul comprimatelor de metadonă confiscate, peste 99% (56016 comprimate) reprezintă rezultatul

a 2 capturi semnificative. Totodată, în cursul anului 2014, au mai fost confiscate 560 ml metadonă în formă lichidă, rezultat a 2 capturi semnificative, realizate pe raza municipiului București și a județului Caraș - Severin (metadonă lichidă a avut ca țări de proveniență Franța și România).

- **Benzodiazepine**

Cantitatea de benzodiazepine confiscată în 2014 este **în creștere semnificativă față de anul 2013**, când au fost confiscate 641 comprimate și 0,17 grame, provenind din 35 de capturi. Astfel, au fost confiscate 6948 comprimate (6424 comprimate Diazepam, 360 comprimate Alprazolam, 85 comprimate Lorazepam, 38 comprimate Clonazepam, 37 comprimate Nitrazepam și 4 comprimate Midazolam) și 2,73 grame (Diazepam), provenind din **41 de capturi**. Din totalul comprimatelor confiscate, 6000 reprezintă rezultatul unei singure capturi semnificative.

- **Alte medicamente cu conținut stupefiant**, confiscate în cursul anului 2014: 140 comprimate Codeină, 32 comprimate Buprenorfină, 9 comprimate Barbiturice și 28 ml Petidină.

7.2.3.7 Precursori de droguri

Pentru perioada analizată, la nivel național nu s-a înregistrat un fenomen infracțional relevant. Astfel, primele capturi semnificative de precursori de droguri au fost realizate în cursul anului 2013, când au fost confiscate 112,253 kg piperonal și 21,65 kg APAAN, pentru ca, în anul 2014, să fie capturate 749,881 kg APAAN.

7.2.4 Prețul drogurilor la nivelul străzii

În anul 2014, prețurile de comercializare a drogurilor se încadrează în tendința anilor anteriori, înregistrând valori constante sau ușoare scăderi. Diferențele sunt determinate în parte de cursul mediu al monedei euro, stabilit de B.N.R. pentru anul 2014, dar și de cererea și disponibilitatea drogurilor pe piață.

În ceea ce privește prețurile de comercializare a drogurilor vândute en gros, acestea sunt relativ similare anului 2013, astfel:

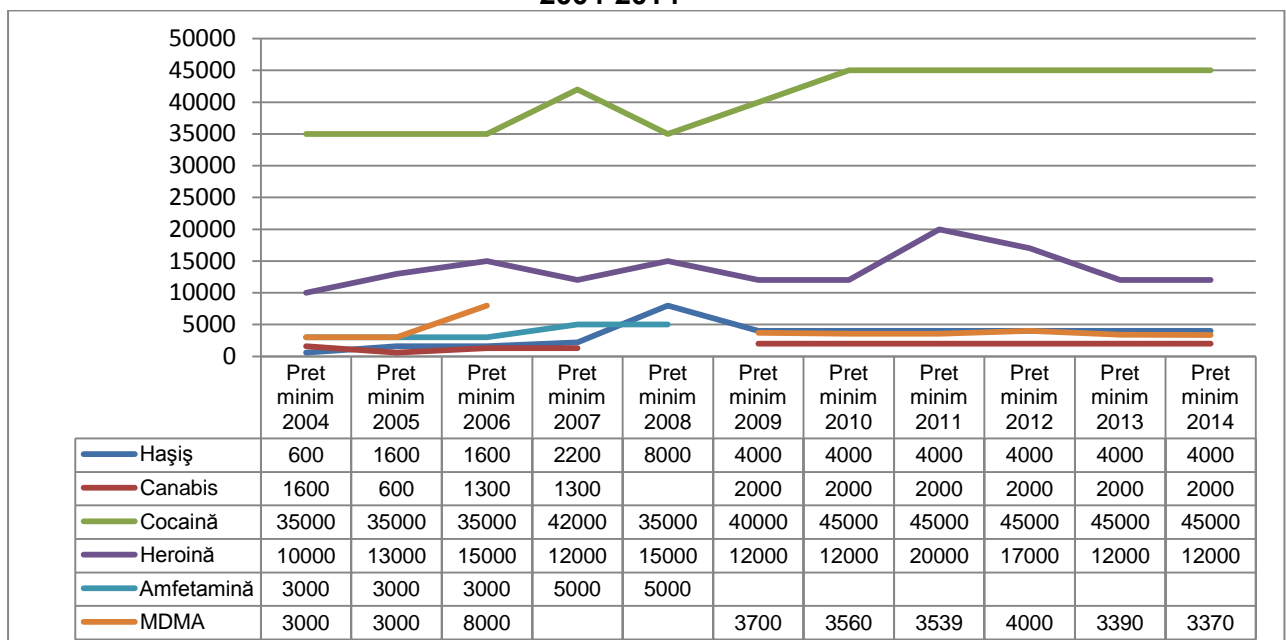
- **Canabis iarbă** (marijuana) – valorile prețului cu ridicată rămân constante și în anul 2014, modificări fiind identificate doar la nivelul **prețurilor cu amănuntul**, în sensul unei **diminuări a prețului maxim** – 17,99 Euro/ gram în 2014, față de 18,1 Euro/ gram în 2013;
- **Rezină de cannabis** (hașiș) – prețul cu ridicata (en gros) se menține la nivelul anilor 2009 – 2012, în timp ce, valorile înregistrate pentru **prețul cu amănuntul**, la nivel stradal, sunt **în scădere** (13,90 – 17,99 Euro/ gram în 2014, față de 13,58 – 18,1 Euro/ gram în 2013);

- **Cocaină** – atât prețul cu ridicata, cât și prețul cu amănuntul se mențin la un **nivel constant** față de anul precedent - 45000 – 90000 Euro/ kg respectiv 80 - 120 Euro/ gram;
- **Heroină** – prețul cu ridicata păstrează valori constante, față de anul 2013, în timp ce, valoarea **prețului cu amănuntul** variază între 33,75 – 44,99 Euro/ gram, fiind în **scădere ușoară** față de anul 2013;
- **MDMA** – prețurile sunt în **scădere ușoară**, față de anii precedenți, prețul cu ridicata variind între 3370 – 6750 în anul 2014 față de 3390 – 6790 Euro/ 1.000 comprimate în 2013, în timp ce prețul unui comprimat de MDMA variază între 8,99 și 17,99 Euro;
- **LSD** - prețul cu amănuntul s-a menținut **relativ stabil** în intervalul 2004 – 2012, anul 2013 a adus o ușoară diminuare a prețurilor, pentru ca, în anul 2014, să fie înregistrată o nouă scădere a valorilor, până la 17,99 – 33,75 Euro/ doză.

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.

A. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze)

Grafic 7-20: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2014

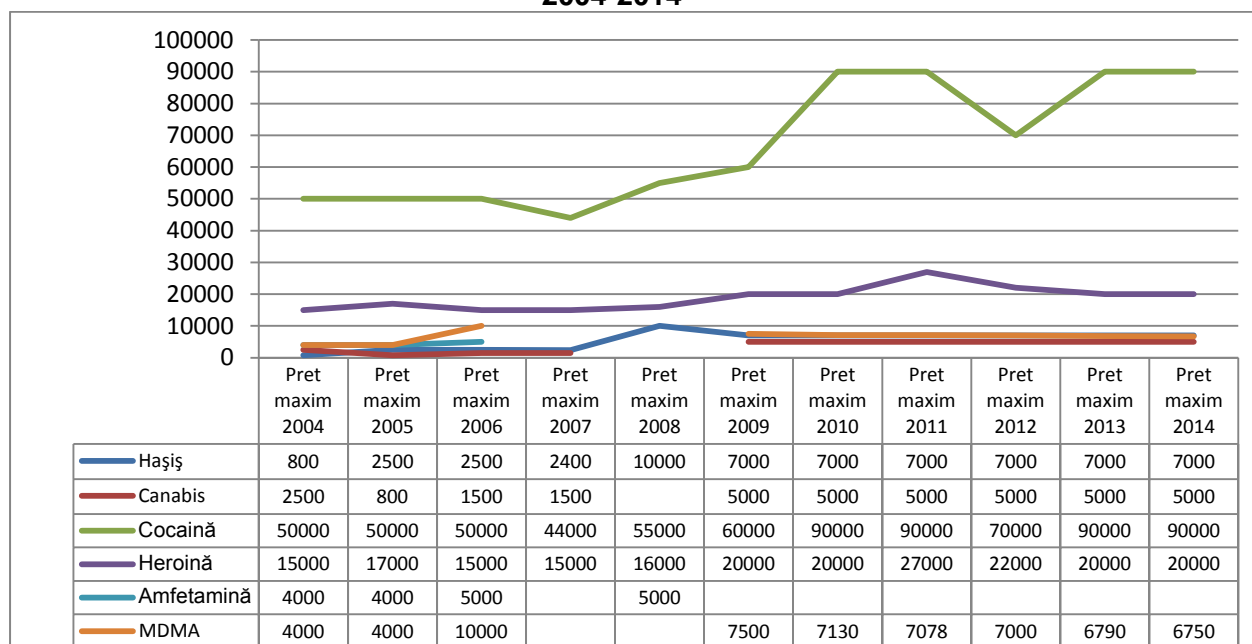


Sursa: IGPR/ DCCO/ SA

Prețurile plătite pentru canabis și rezina de canabis rămân la valori constante, în timp ce, cocaina păstrează cel mai ridicat preț pe piața drogurilor (90000 Euro/ kg), tendința fiind ascendentă. Valorile prețurilor pentru heroină (12000 – 20000 Euro/ kg) și MDMA (3390 –

6790 Euro/ 1000 comprimate) sunt în scădere, încadrându-se ca valori la nivelul anilor 2009–2010.

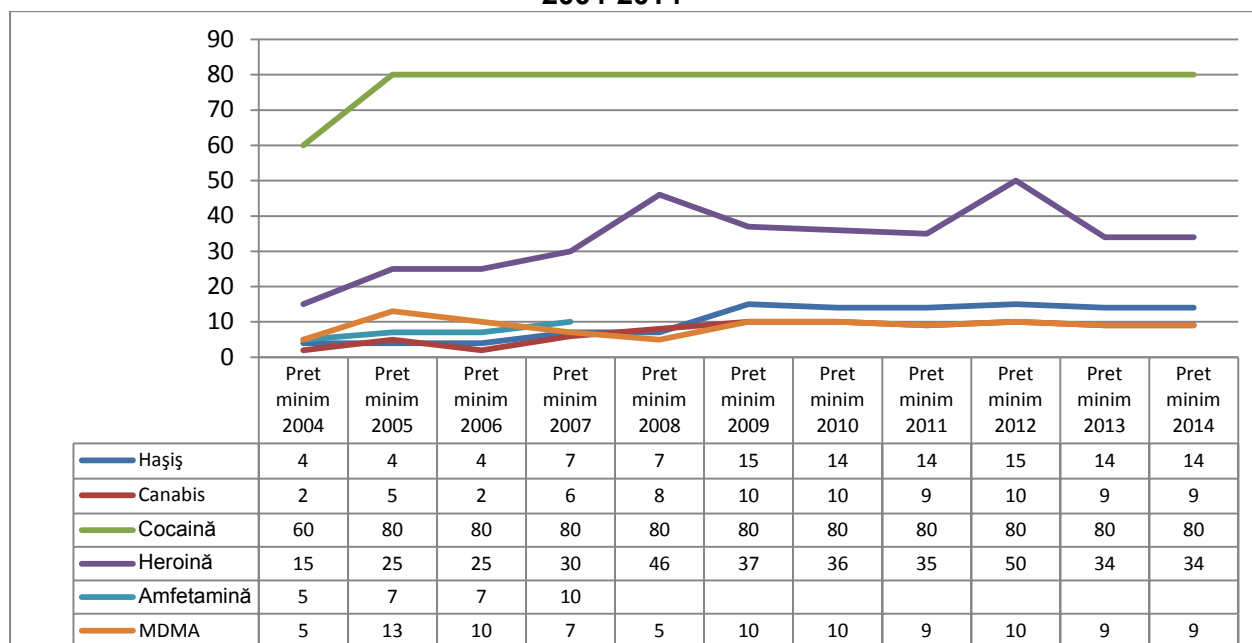
Grafic 7-21: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ SA

B. Prețul cu amănuntul (în Euro/ g sau pe o doză)

Grafic 7-22: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004-2014

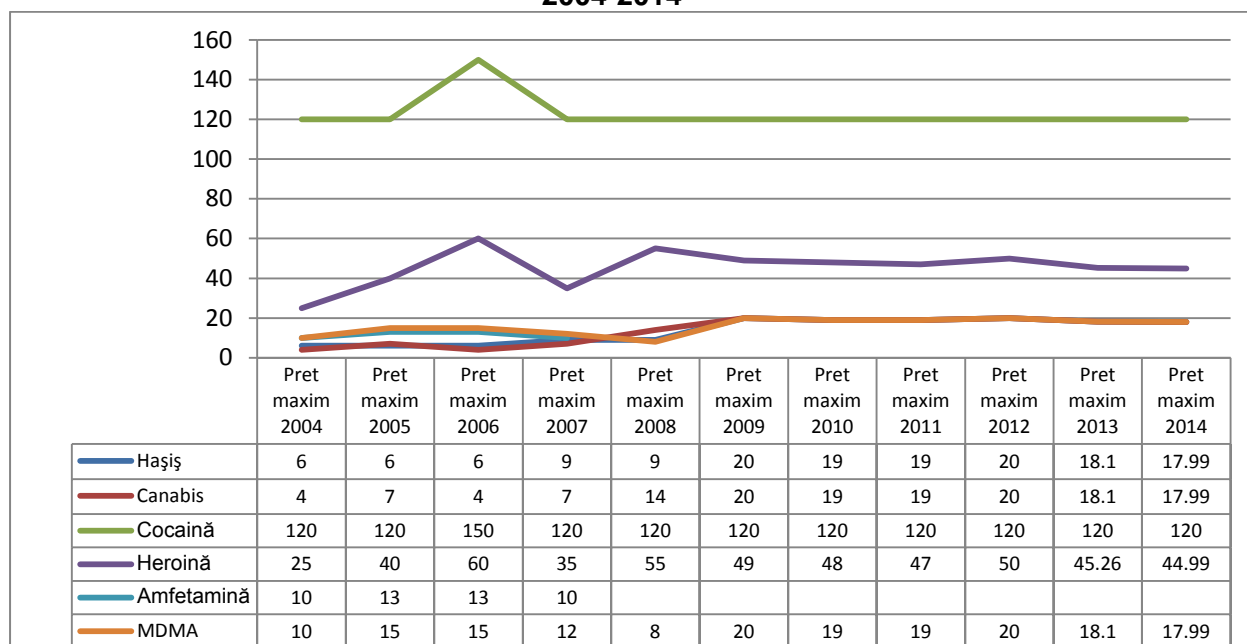


Sursa: IGPR/ DCCO/ SA

Valorile minime ale prețurilor drogurilor rămân constante la nivelul anului 2014, față de anii precedenți, în timp ce, valorile maxime ale prețurilor drogurilor vândute cu amănuntul înregistrează ușoare scăderi pentru toate tipurile de droguri, cu excepția prețului cocainei

care păstrează valori constante (120 Euro/ gram), indiciu al disponibilității și cererii acestor tipuri de droguri pe piața de consum.

Grafic 7-23: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ SA

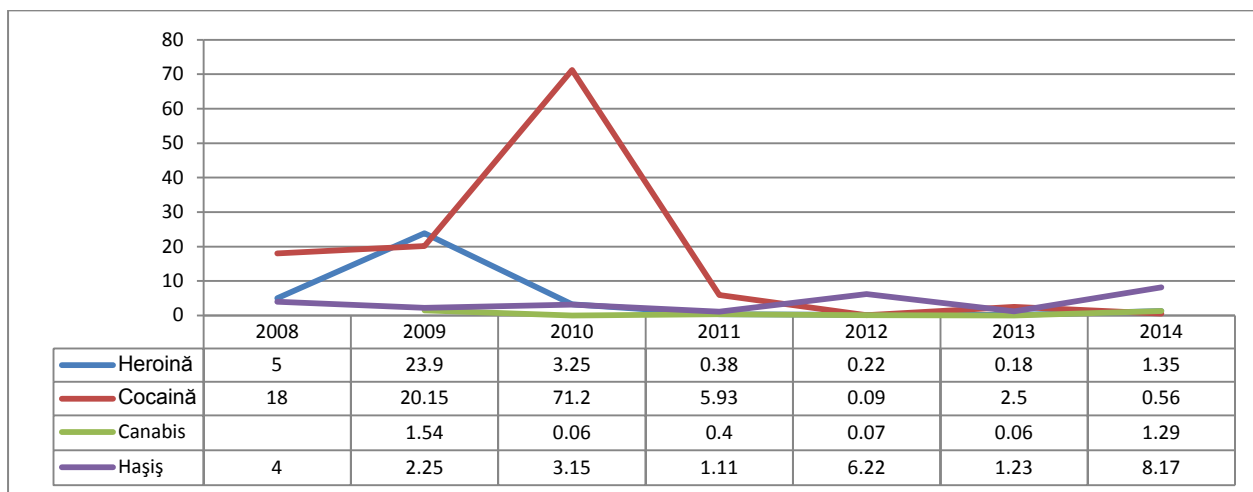
7.2.5 Puritatea drogurilor

Concentrația heroinei vândute la nivelul străzii a variat între 1,35% și 50,52%. Puritatea medie a probelor de heroină (vândută cu amănuntul), analizate în cursul anului 2014, a fost de 27,72%. Cei mai frecvent întâlniți agenți de diluție și adjuvanții/ adulteranți în probele de heroină au fost: griseofulvin, cofeină, paracetamol și dextrometorfan.

În cursul anului 2014, puritatea probelor de MDMA (vândute la nivelul străzii) a variat între 0,79% și 79,98%.

În cursul anului 2014, concentrația capturilor de cocaină analizate a variat între 0,56% și 65,53%. În probele de cocaină analizate, au fost identificate substanțe, precum: cofeină, fenacetină, levamisol, lidocaină, tetracaină, paracetamol, tetramisol, alfa-PVP.

Grafic 7-24: Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008–2014

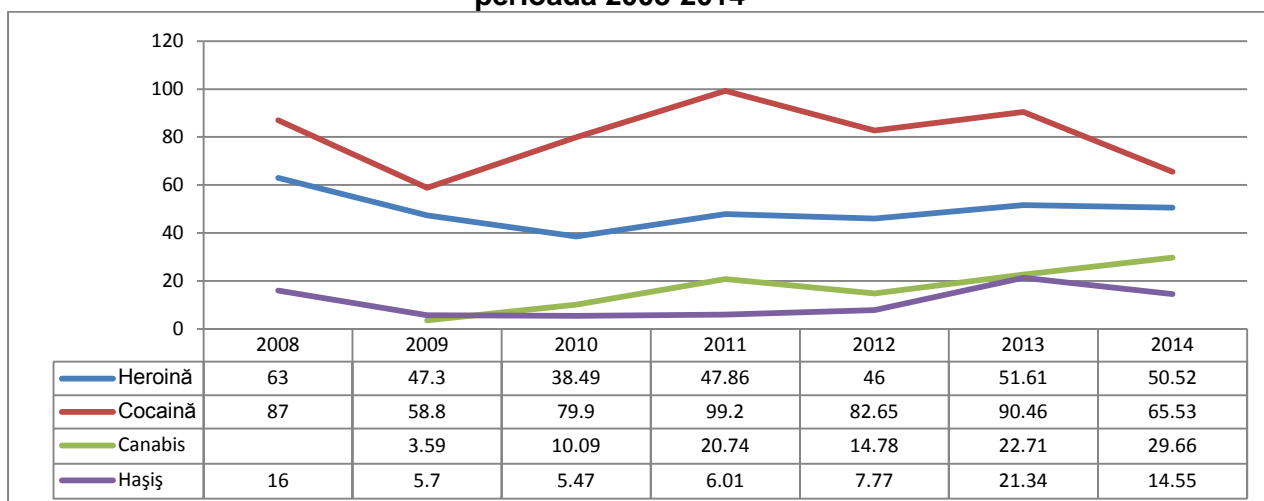


Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

Concentrația în THC a ierbii de canabis (marijuana) comercializată la nivelul străzii a fost cuprinsă între 1,29% și 29,66%. Analiza probelor de iarbă de canabis (marijuana) vândută la nivelul străzii a relevat o concentrație medie de 15,47%.

În ceea ce privește rezina de canabis vândută la nivelul străzii, analizele de laborator au pus în evidență o concentrație în THC cuprinsă între 8,17% și 14,55%. Analiza probelor de rezina de canabis vândută la nivelul străzii a relevat o concentrație medie de 10,71%.

Grafic 7-25: Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008-2014



Sursa: IGPR/ DCCO/ LCAPD

8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

A. ASPECTE DE NOUȚATE

Anul 2014 a fost marcat de intrarea în vigoare și de aplicarea la nivel național a noii legislații în materie penală, și anume Codul Penal și Codul de Procedură Penală, care au adus anumite elemente de noutate. Astfel, indicatorii de evaluare a fenomenului infracțional au suferit modificări, în ceea ce privește soluțiile date atât de procuror (trimitere în judecată, clasare sau renunțare la urmărirea penală), cât și de instanța de judecată (art. 396 CPP – condamnare, renunțare la aplicarea pedepsei, amânarea aplicării pedepsei, achitare și încetarea procesului penal). În prezent, soluția clasării reunește toate soluțiile de neurmărire care au fost reglementate anterior sub denumirea de neîncepere a urmăririi penale, scoatere de sub urmărire penală ori încetare a acesteia. Renunțarea la urmărirea penală reprezintă o cauză de stingere a acțiunii penale, fiind una dintre soluțiile de neurmărire și netrimiteră în judecată.

Totodată, pe lângă rechizitoriu, ca soluție de trimitere în judecată, a fost introdus și acordul de recunoaștere a vinovăției, ca procedură specială de sesizare a instanței de judecată.

Având în vedere aceste aspecte, începând cu anul 2014, analiza datelor pentru anumiți indicatori (cum ar fi: soluții, pedepse) nu mai poate fi realizată comparativ cu anii anteriori.

Din punct de vedere al infracționalității, anul 2014 se caracterizează prin:

- Intrarea în vigoare și aplicarea la nivel național a **noii legislații în materie penală**, și anume Codul Penal și Codul de Procedură Penală;
- **Scăderea numărului cauzelor penale soluționate** de către unitățile de parchet cu 38% față de anul precedent a determinat o **scădere semnificativă a numărului persoanelor cercetate** în cursul anului 2014 (cu 36,58% față de 2013). Cu toate acestea, se evidențiază o **creștere semnificativă a proporției numărului persoanelor trimise în judecată** din totalul persoanelor cercetate (de la 14,12% în anul 2013, la 23,84% în 2014), concomitent cu **creșterea proporției cauzelor soluționate cu trimitere în judecată** din totalul cauzelor soluționate, aspecte care evidențiază o mai mare eficiență a structurilor de aplicare a legii;
- **Scăderea numărului grupurilor infracționale destrămate** și a numărului participanților în aceste grupuri;
- **Scăderea numărului persoanelor condamnate** pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor cu **31,33%** față de anul 2013 și cu **42,79%** față de maximul atins în anul 2012, ca urmare a aplicării noii legislații în materie penală (art. 396 alin. (3) C.P.P. – renunțare la aplicarea pedepsei);
- **Scăderea numărului persoanelor condamnate** pentru infracțiunea **de deținere de droguri pentru consum propriu**;

- **Scăderea semnificativă** (de 2,75 ori) a numărului minorilor condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor;
- Marile aglomerări urbane, precum și zonele transfrontaliere au continuat să rămână și pe parcursul anului 2014, zonele cu potențial criminogen ridicat la regimul juridic al drogurilor. În **București, Constanța, Cluj și Brașov** au fost înregistrate **cele mai multe dosare penale soluționate și cele mai multe persoane condamnate**. Bucureștiul rămâne orașul cu cel mai mare număr de condamnări, atât pentru trafic de droguri, cât și pentru posesie în vederea consumului;
- **Creșterea ponderii persoanelor condamnate** pentru infracțiunea de **trafic de droguri** din totalul persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, de la 84,78% în anul 2013, la **87,24%** în anul 2014, deși valoarea absolută a acestui indicator este în scădere (de la 774 în 2013, la 547 în anul 2014);
- **Scăderea semnificativă** a ponderii **persoanelor condamnate** pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu** din totalul persoanelor condamnate (de la 6,4% în anul 2013, la **2,07%** în anul 2014).

8.1.ANALIZA INDICATORILOR

8.1.1.Context general

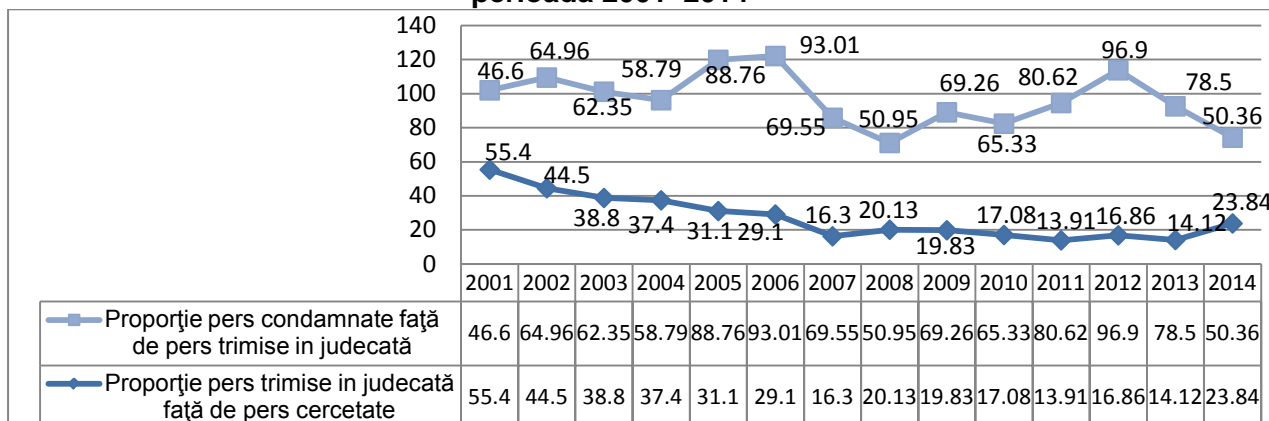
Pe fondul scăderii numărului cauzelor soluționate de parchete și a celui privind persoanele cercetate și condamnate de către instanțele de judecată, anul 2014 înregistrează o creștere a proporției cauzelor soluționate cu trimitere în judecată (rechizitorii și acord de recunoaștere a vinovăției) din totalul cauzelor soluționate, precum și a proporției persoanelor trimise în judecată din numărul total al persoanelor cercetate.

În anul 2014, ca urmare a modificării legii penale, a scăzut atât numărul persoanelor condamnate, cât și proporția acestora din totalul persoanelor trimise în judecată (de la 78,50%, la 50,36%³⁴).

Chiar dacă numărul total al persoanelor cercetate a înregistrat o scădere, numărul celor trimise în judecată a crescut comparativ cu anul 2013.

³⁴În cursul anului 2013, ca urmare a hotărârii Plenului CSM nr. 46/2011, tribunalele au trecut la un nou sistem complet de colectare a datelor statistice (ECRIS) care necesită încă o perioadă de adaptare a grefierilor la noile cerințe. De asemenea, din cauza intrării în vigoare a noilor coduri penale în anul 2014, s-au produs disfuncționalități în aplicația centralizatoare a condamnaților definitiv. Totodată, această scădere poate fi justificată și de introducerea a două noi soluții aplicate de către instanță, și anume renunțarea și amânarea aplicării pedepsei, care au înlocuit soluțiile de condamnare cu suspendarea condiționată a executării pedepsei sau cu suspendarea executării pedepsei sub supraveghere.

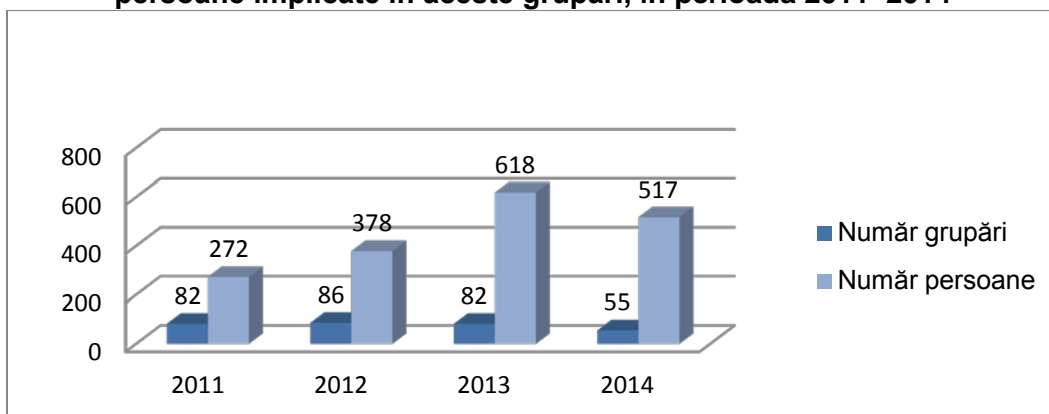
Grafic 8-1: Evoluția proporției persoane condamnate/ persoane trimise în judecată față de evoluția proporției persoane trimise în judecată/ persoane cercetate, în perioada 2001–2014



Sursa: CSM

Din punct de vedere al grupurilor infracționale identificate, anul 2014 înregistrează o scădere ușoară a valorii acestui indicator, precum și a numărului persoanelor implicate în aceste grupări (de la 618 în 2013, la 517 în 2014). Cu toate acestea, ponderea persoanelor cercetate, implicate în aceste grupări, se menține la un nivel relativ constant față de anul precedent.

Grafic 8-2: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări, în perioada 2011–2014



Sursa: IGPR/ DCCO

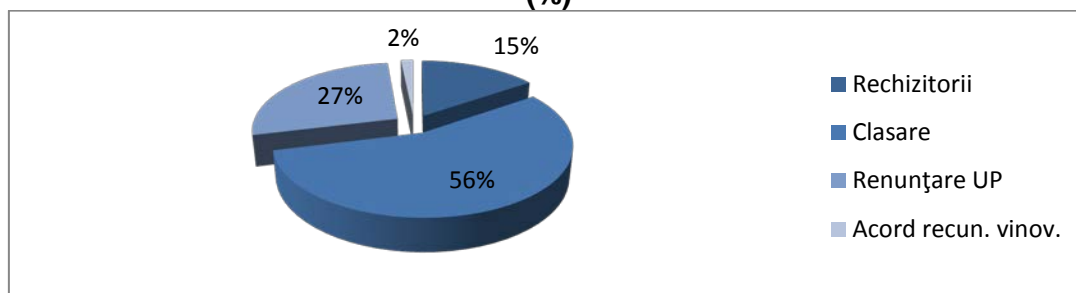
Analiza persoanelor condamnate la regimul drogurilor la nivel național evidențiază județele cu cel mai mare număr de persoane condamnate: **București (182), Constanța (33), Brașov (30), Galați (23), Prahova și Timiș (câte 21).**

8.1.2. Dosare penale soluționate

În contextul intrării în vigoare a noilor coduri (Codul penal și Codul de procedură penală), activitatea de urmărire penală în legătură cu infracționalitatea la regimul drogurilor a cunoscut o scădere. Astfel, potrivit datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, în cursul anului 2014, au fost soluționate **2798 cauze**, ceea ce reprezintă o **scădere semnificativă, cu aproximativ 38% față de anul 2013**, când au fost soluționate 4513 cauze.

În ceea ce privește **soluțiile date**, **476 de cauze** au fost înaintate instanțelor de judecată, din care **45 au fost acorduri de recunoaștere a vinovăției**, potrivit art. 478 din Codul de procedură penală. Față de anul 2013, se constată o **scădere cu 10,95% a numărului de rechizitorii** (de la 484 în anul 2013, la 431 în 2014). În **1559 dosare penale** a fost dispusă soluția **clasării**, iar pentru **763 dosare** s-a **renunțat la urmărirea penală**.

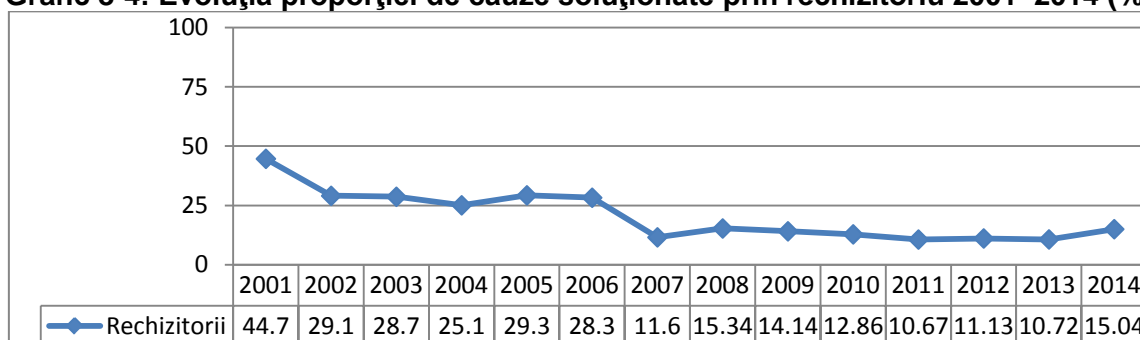
Grafic 8-3: Distribuția dosarelor soluționate în 2014, în funcție de tipul soluției dispuse (%)



Sursa: PICCJ/ DIICOT

Anul 2014 se remarcă, față de anul 2013, prin **creșterea procentului de cauze trimise în judecată din totalul cauzelor soluționate**, de la 10,72%, la 17% (rechizitorii și acord de recunoaștere a vinovăției).

Grafic 8-4: Evoluția proporției de cauze soluționate prin rechizitoriu 2001–2014 (%)



Sursa: PICCJ/ DIICOT

Din totalul cauzelor soluționate de către structurile teritoriale ale DIICOT, municipiul **București** continuă să se afle pe primul loc, cu un procent de **45,28%**, fiind urmat de **Cluj (6,58%)**, **Constanța (6,54%)** și **Iași (5,97%)**.

Structurile care au înregistrat **creșteri vizibile ale numărului cauzelor instrumentate, în anul 2014**, sunt următoarele: **Suceava** (de la 50 în 2013, la 90 în 2014), **Iași** (de la 123 în 2013, la 167 în 2014), **Târgu Mureș** (de la 53 în 2013, la 70 în 2014) și **Timișoara** (113 în anul 2013, comparativ cu 141 în anul 2014).

De remarcat este faptul că, față de anul 2013, în anul 2014 se înregistrează și scăderi în ceea ce privește numărul cauzelor penale soluționate de către anumite structuri teritoriale ale DIICOT, și anume: **București** (de la 3041 în 2013, la 1267 în 2014), **Constanța** (de la 257 în 2013, la 183 în 2014) și **Ploiești** (167 de cauze în anul 2013, comparativ cu 139 în anul 2014).

Cele mai multe **rechizitorii** au fost înregistrate pentru structurile teritoriale din **București** (25,06%), **Timișoara** (9,98%), **Constanța** (9,51%) și **Structura centrală** (7,89%), ceea ce reprezintă, față de anul precedent, o scădere a valorii procentuale a acestui indicator pentru București, Constanța și o creștere pentru Timișoara și Structura centrală.

Tabel 8-1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2013–2014

Serviciul teritorial	Cauze soluționate								
	2013				2014				
	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/ NUP	Total	Rechizitorii	Acord. recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total
Alba Iulia	25	6	42	73	24	1	16	27	68
Bacău	15	8	37	60	11	0	3	44	58
Brașov	18	4	37	59	14	3	2	40	59
București	126	242	2673	3041	108	12	524	623	1267
Cluj	33	21	104	158	24	0	53	107	184
Constanța	53	4	200	257	41	0	12	130	183
Craiova	25	17	74	116	17	0	8	96	121
Galați	15	4	47	66	17	3	13	42	75
Iași	21	31	71	123	20	2	51	94	167
Oradea	19	9	28	56	14	0	12	27	53
Pitești	14	2	21	37	19	5	1	13	38
Ploiești	29	12	126	167	27	1	12	99	139
Suceava	15	1	34	50	13	3	2	72	90
Tg. Mureș	14	5	34	53	5	5	18	42	70
Timișoara	33	12	68	113	43	9	35	54	141
Structura centrală	29	2	53	84	34	1	1	49	85
Total	484	380	3649	4513	431	45	763	1559	2798

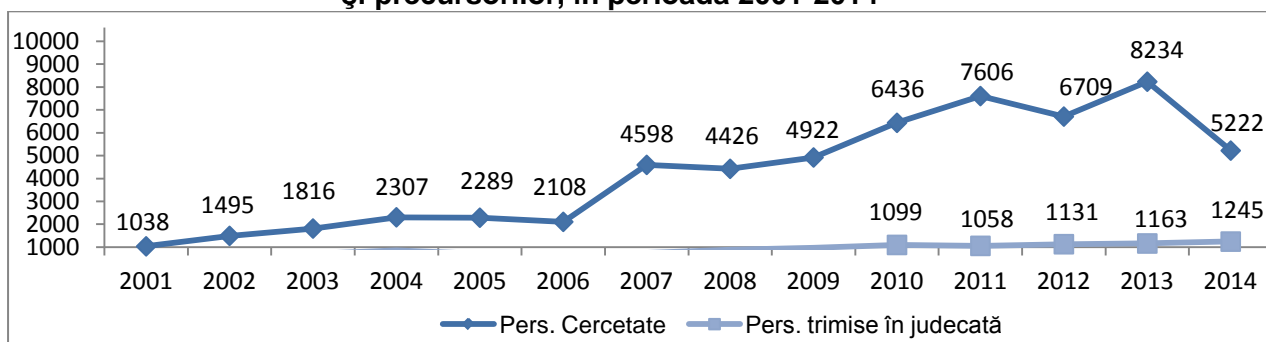
Sursa: PICCJ/ DIICOT

8.1.3. Persoane cercetate și trimise în judecată

În anul 2014, se observă o scădere semnificativă a numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor. Astfel, în cele **2798 cauze penale**, soluționate de către unitățile de parchet, au fost cercetate **5222 persoane** (cu **36,58%** mai puține față anul 2013), din care **aproximativ 27%**, respectiv **1422 de persoane** au fost cercetate de către **Serviciul Teritorial al Municipiului București**.

Cu toate că numărul persoanelor cercetate este în scădere, cel al persoanelor trimise în judecată în perioada de referință este în creștere față de anul 2013. Astfel, în anul **2014**, din totalul de **5222 persoane** cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, **1245 persoane (23,84%)** au fost trimise în fața instanțelor de judecată pentru continuarea procesului penal, în timp ce pentru diferența de **3977 persoane** au fost dispuse alte măsuri procedurale.

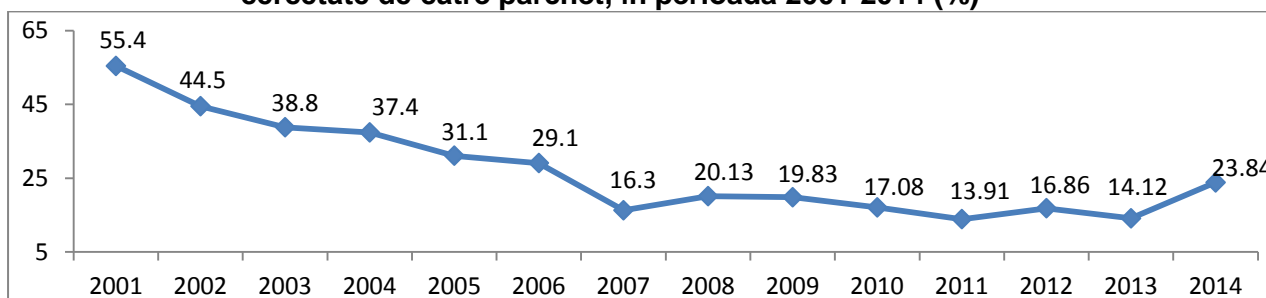
Grafic 8-5: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001-2014



Sursa: PICCJ/ 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 creștere a ponderii persoanelor trimise în judecată din total (de la **14,12%** în anul 2013, la **23,84%** în 2014).

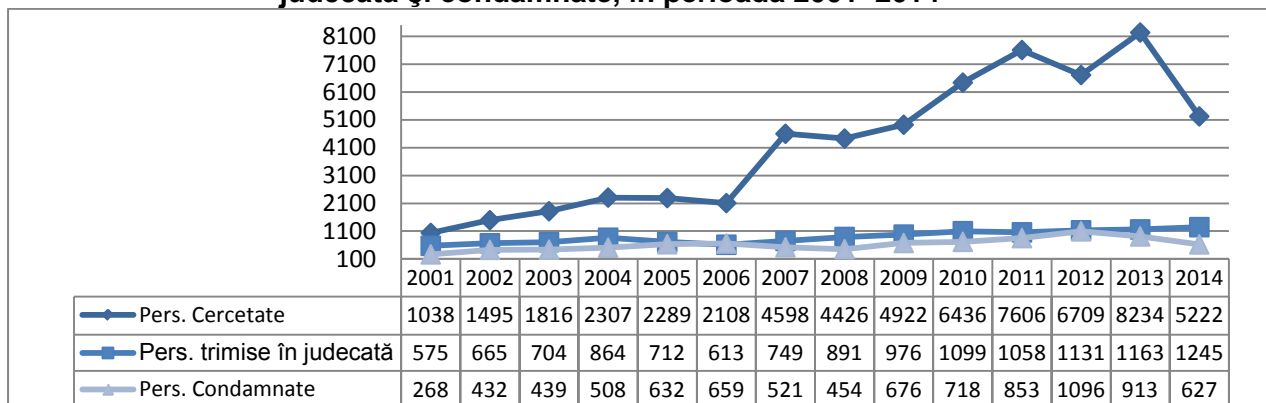
Grafic 8-6: Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001-2014 (%)



Sursa: PICCJ/ DIICOT

Se evidențiază o tendință de scădere a numărului persoanelor cercetate și a celui al persoanelor condamnate, în timp ce numărul persoanelor trimise în judecată este în creștere.

Grafic 8-7: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2001-2014

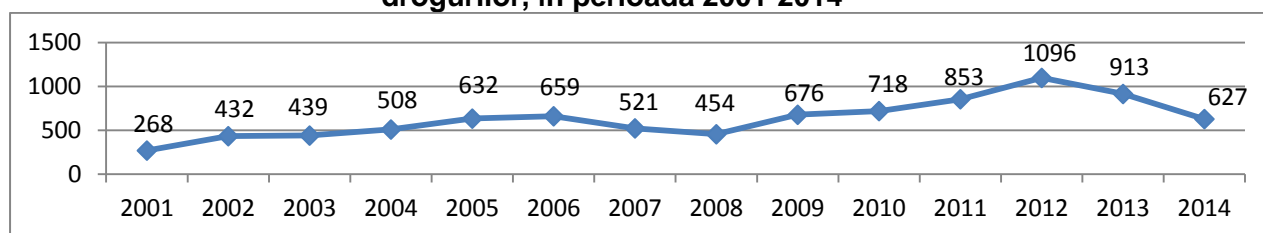


Sursa: PICCJ/ DIICOT

8.1.4. Persoane condamnate

Potrivit datelor statistice furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii, în anul 2014, **numărul persoanelor condamnate** pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor a înregistrat o **scădere cu 31,33%** față de anul 2013. Astfel, **627 persoane** au fost condamnate (561 bărbați și 66 femei), dintre care **619 majori** (556 bărbați și 63 femei) și **8 minori** (5 de sex masculin și 3 de sex feminin). Cel mai mare număr de persoane condamnate s-a înregistrat în București (182), ceea ce reprezintă aproximativ 29% din totalul persoanelor condamnate.

Grafic 8-8: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2014



Sursa: CSM

Pondere **persoanelor condamnate pentru infracțiunea de trafic de droguri** din totalul persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, a înregistrat o creștere de la 84,78%, la 87,24%. Astfel, **547 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, dintre acestea **7 fiind minori** (în scădere față de anul 2013, când 774 persoane au fost condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la art. 2 din Legea 143/ 2000).

Și în anul 2014, cel mai mare număr de cazuri a fost înregistrat în București – 167 persoane, Constanța – 28, Brașov – 25, Prahova și Timiș câte 21 persoane. Se observă că Bucureștiul rămâne orașul cu cea mai mare pondere de condamnări pentru trafic de droguri (15,63% în anul 2013 și 30,53% în anul 2014), înregistrând în anul de referință o creștere cu aproximativ 38% a valorii acestui indicator.

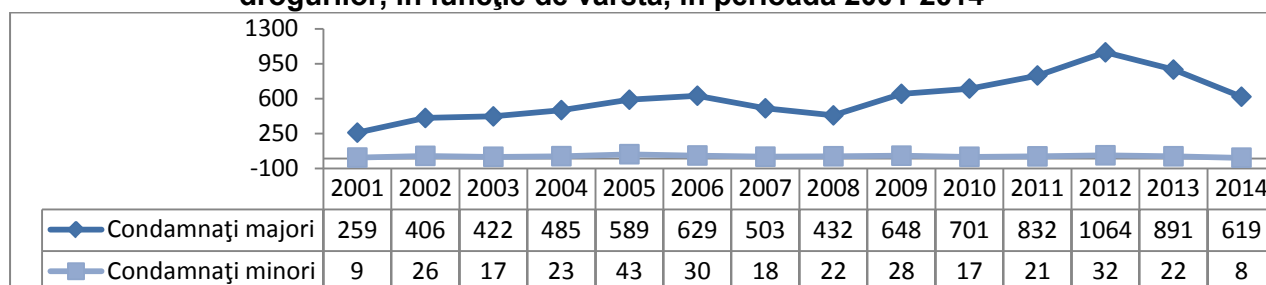
În ceea ce privește **numărul persoanelor condamnate** de către instanțele de judecată **pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu (art. 4 din Legea nr. 143/ 2000)**, acesta a înregistrat o **scădere semnificativă** față de anul 2013 (de la 58 la **13 persoane** în anul 2014). Proporția acestei categorii de persoane din totalul persoanelor condamnate a scăzut la **2,07%** față de anul 2013, când a fost de 6,4%. Cele mai multe **persoane condamnate în temeiul prevederilor art. 4 din Legea 143/ 2000** s-au înregistrat în **București** (3 persoane majore) și Galați (4 persoane din care 1 minor).

Numărul persoanelor condamnate în temeiul **art. 3 din Legea nr. 143/ 2000** (introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept) a

înregistrat, de asemenea, o scădere de la 65 persoane (7,12%) înregistrate în anul 2013, la **57 persoane** (9,09% din totalul persoanelor condamnate).

Numărul minorilor condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor a **scăzut semnificativ**, de la 22 minori în 2013, la 8 minori în 2014 (de aproximativ 2,75 ori). Astfel, nivelul de implicare a minorilor în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor se menține la valori reduse, **aproximativ 1,28%** din totalul persoanelor condamnate în anul 2014 (în scădere de la 2,41% în anul 2013), majoritatea condamnărilor fiind pentru infracțiuni de trafic de droguri.

Grafic 8-9: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001-2014



Sursa: CSM

În continuare **Bucureștiul** rămâne orașul cu **cel mai mare număr de persoane condamnate** la regimul drogurilor, atât ca total general, cât și ca număr de persoane condamnate **pentru trafic (art.2)**, respectiv pentru **posesie în vederea consumului (art.4)**.

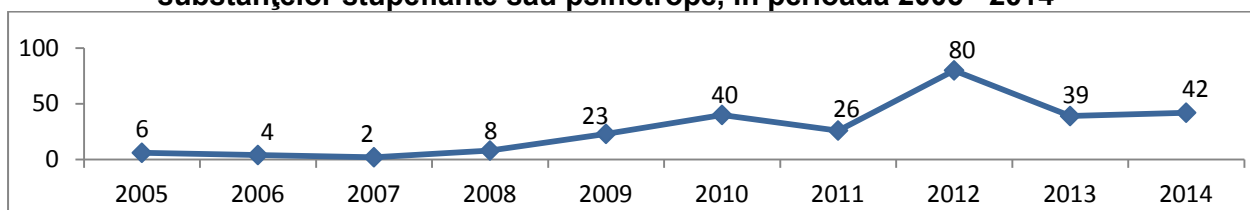
8.1.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri

În cursul anului 2014, au fost depistate **42 persoane care au condus autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante**³⁵, ceea ce reprezintă o **creștere cu 7,7%** a valorii acestui indicator, față de valoarea înregistrată în anul 2013.

Cel mai mare număr de conducători auto depistați în trafic, care au condus autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante, a fost înregistrat pe raza **județului Arad (7)**. De asemenea, au fost înregistrate cazuri și pe raza județelor: Covasna (5), Bacău, Sibiu, Ilfov (3), Constanța, Ialomița, Iași (câte 2), Bistrița – Năsăud, Brăila, Mehedinți, Suceava, Teleorman (câte 1). Totodată, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București și Secția de Poliție Autostrăzi – Biroul de Poliție Autostrăzi au înregistrat câte 4 cazuri de conducători auto depistați în trafic, care au condus autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante.

³⁵ Datele provin din controalele inopinate din trafic efectuate de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere.

Grafic 8-10: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2014



Sursa: IGPR/ DPR

Analiza datelor privind persoanele aflate în stare de arest preventiv la nivelul celor 12 centre de reținere ale Serviciului de Reținere și Arestare Preventivă, din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, **a evidențiat următoarele:**

- Numărul persoanelor asupra cărora a fost dispusă măsura arestării preventive ca urmare a comiterii de infracțiuni sub influența substanțelor stupefiante și psihotrope a înregistrat o **scădere semnificativă** (cu peste 50%), de la 634 persoane în anul 2013, la 306 persoane în anul 2014 (**275 bărbați, 31 femei**);
- **Infracțiunile contra patrimoniului** rămân și în anul 2014 pe primul loc în rândul infracțiunilor săvârșite sub **influența substanțelor stupefiante sau psihoactive**, chiar dacă numărul lor a scăzut comparativ cu anii precedenți. Ponderea acestor infracțiuni este de **67,97%** din totalul infracțiunilor comise, **cel mai mare număr** fiind înregistrat pentru **infracțiunile de furt și furt calificat (151) și tâlhărie (57)**;
- Infracțiunile de trafic de droguri mențin, începând cu anul 2010, poziția secundă ca valoare înregistrată.

Tabel 8-2: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006-2014

Tipul de infracțiune	Încadrare juridică	Număr de persoane								
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	Art. 208,209 CP62	278	323	378	221	414	319	160	341	151
Infracțiunea de trafic de droguri	Legea 143/ 2000	224	217	183	264	303	103	85	143	68
Infracțiunea de tâlhărie	Art. 211 CP	47	112	125	100	119	102	66	78	57
Infracțiunea de omor	Art. 174–178 CP	6	2	1	0	0	0	2	4	2
Infracțiunea de vătămare corporală	Art. 181 CP	1	0	3	0	0	0	n/ a.	n/ a	n/ a
Infracțiunea de proxenetism	Art. 329 CP	2	2	2	30	0	0	n/ a.	n/ a	n/ a
Infracțiunea de distrugere	Art. 217 CP	1	0	4	0	0	0	n/ a.	n/ a	n/ a
Infracțiunea de înșelăciune	Art. 215 CP	1	3	13	42	0	0	n/ a.	n/ a	n/ a
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	Art. 189 CP	1	0	3	0	0	0	n/ a.	n/ a	n/ a
Alte infracțiuni		n/ a.	n/ a.	n/ a.	n/ a.	n/ a.	n/ a.	150	68	27

Sursa: DGPMB/ SRAP

8.2.BUNURI CONFISCATE

În cursul anului 2014, se constată o creștere a numărului de hotărâri judecătorești transmise în baza prevederilor art. 5 din Legea nr. 381/ 2004 (271 hotărâri judecătorești, față de 226 în 2013), precum și a numărului de tribunale care au transmis aceste hotărâri (24 tribunale, față de 15 tribunale în 2013). Din cele 271 hotărâri judecătorești transmise, 265 au primit o soluție definitivă, iar din acestea doar 165 conțin măsuri de confiscare. Cele mai multe hotărâri au fost pronunțate de Tribunalul București (92), urmat de Prahova (23), Bistrița Năsăud și Sibiu (15).

Valoarea totală a bunurilor confiscate (inclusiv sumele de bani) rezultate din analiza hotărârilor judecătorești definitive a crescut față de anul 2013, în timp ce, valoarea totală a sumelor de bani dispuse a fi confiscate, conform hotărârilor judecătorești definitive, a scăzut (729930 RON, 378075 EURO, 10797 USD, 614000 yeni japonezi, 160 GBP, 405 leva față de 698812 RON, 515460 EURO, 4125 USD și 120 GBP în anul 2013), concomitent cu scăderea sumei evidențiată în contul „Încasări rezultate din valorificarea bunurilor confiscate ca urmare a săvârșirii infracțiunilor la regimul drogurilor și precursorilor” (239085 lei la data de 31.12.2014, față de 468751 lei la aceeași dată a anului anterior).

În anul 2014, au fost confiscate următoarele **bunuri relevante**: o clădire - valoare impozit 189799,460 lei și teren de 888 mp, terenuri de 392 mp, respectiv 165 mp, construcții locuințe pe 110 mp în municipiul Tg. Jiu, 5 autoturisme, arme de foc (4 pistoale, 2 puști), iar în 3 cauze au fost confiscate materiale folosite la culturile indoor.

8.3.INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL TERITORIAL

Analiza la nivel regional a principalilor indicatori din domeniul reducerii ofertei de droguri aferenți anului 2014³⁶ a relevat următoarele:

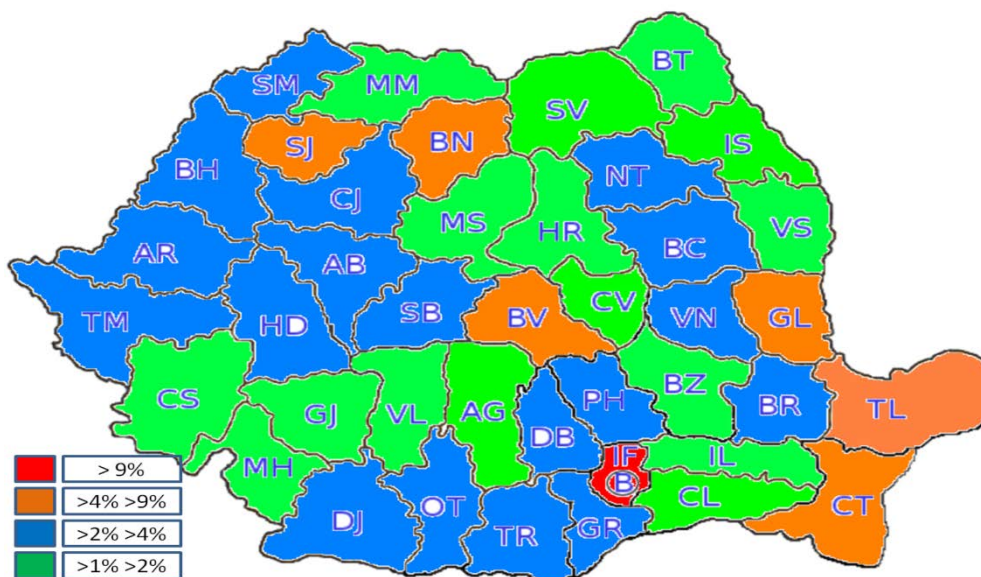
- În ceea ce privește capturile de droguri:
 - Cele mai multe capturi semnificative au fost realizate pe raza **Regiunii București – Ilfov** (31 capturi), în această regiune fiind prezente toate tipurile de droguri;
 - La nivel regional, cea mai mare cantitate de droguri confiscate s-a înregistrat în **Regiunea Nord-Est** (229,15 kg), regiune în care au predominat confiscările de cannabis (39,62 kg cannabis și 189,53 kg plante de cannabis);
 - La nivel județean, cele mai mari cantități de droguri au fost confiscate pe raza **județelor Iași, Ilfov și Giurgiu**;
 - Cea mai mare cantitate de **heroină** a fost capturată pe raza **județului Giurgiu**;

³⁶ Analiza s-a realizat pe baza datelor privind hotărârile judecătorești rămase definitive în anul 2014 aflate în evidența Agenției Naționale Antidrog în temeiul prevederilor Legii 381/2004, numărul de persoane condamnate la regimul drogurilor (date furnizate de către CSM) și capturi semnificative de droguri (date furnizate de DCCO - LCAPD și structurile teritoriale)

- Cea mai mare cantitate de **cocaină** a fost capturată pe raza **județului Constanța**;
- Cele mai mari cantități de **canabis** și **plante de canabis** a fost capturată pe raza **județului Iași**;
- Cea mai mare cantitate de **rezină de canabis** a fost capturată pe raza județului **Argeș** și reprezintă una dintre cele mai mari cantități confiscate până în prezent pe teritoriul României;
- Cele mai mari cantități de **MDMA** au fost capturate pe raza județelor **Arad și Mureș**;
- Cea mai mare cantitate de **metadonă** a fost capturată pe raza municipiului **București**;
- Pe raza județului **Ilfov** a fost realizată prima captură semnificativă de **plante de Khat**.
- Din punct de vedere al **infracționalității**, analiza la nivel teritorial, evidențiază:
 - **Regiunile București-Ilfov și Sud-Est prezintă cele mai ridicate rate ale infracționalității la regimul drogurilor.**
 - Din punct de vedere al ratei infracționalității³⁷, municipiul București se detașează de restul județelor înregistrând o valoare maximă de 9,66 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, urmat de județul Sălaj (5,79 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori), județul Brașov (5,46 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori) și județul Constanța (4,82 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori).

³⁷ Calculul ratei infracționalității a fost realizat prin raportarea numărului de persoane condamnate la regimul drogurilor la numărul total de persoane ce domiciliază/ locuiesc pe raza unităților teritoriale $\times 100.000$ - <http://www.recensamantromania.ro>

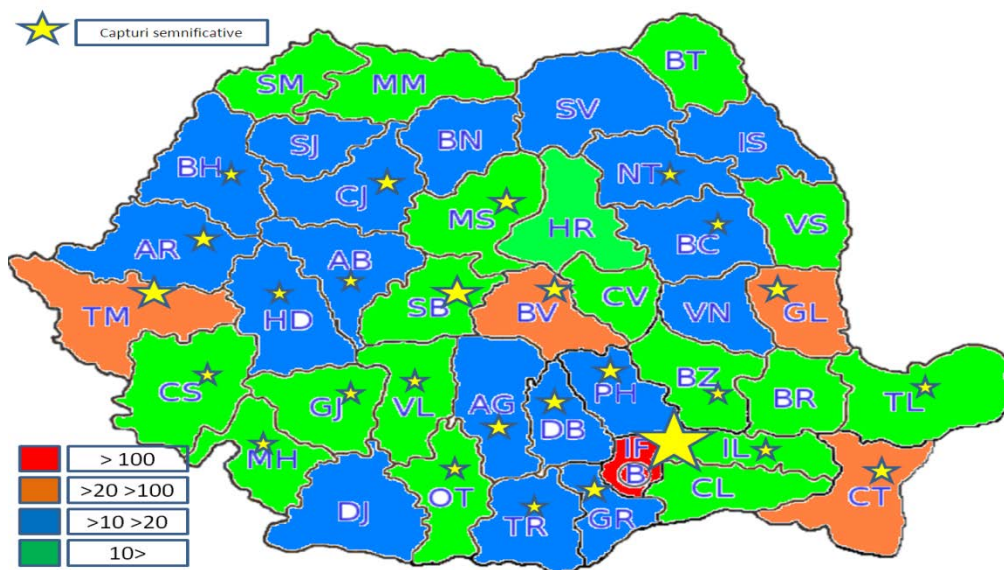
Harta 8-1: Situația la nivel teritorial a ratei infraționalității la regimul drogurilor



Sursa: ANA

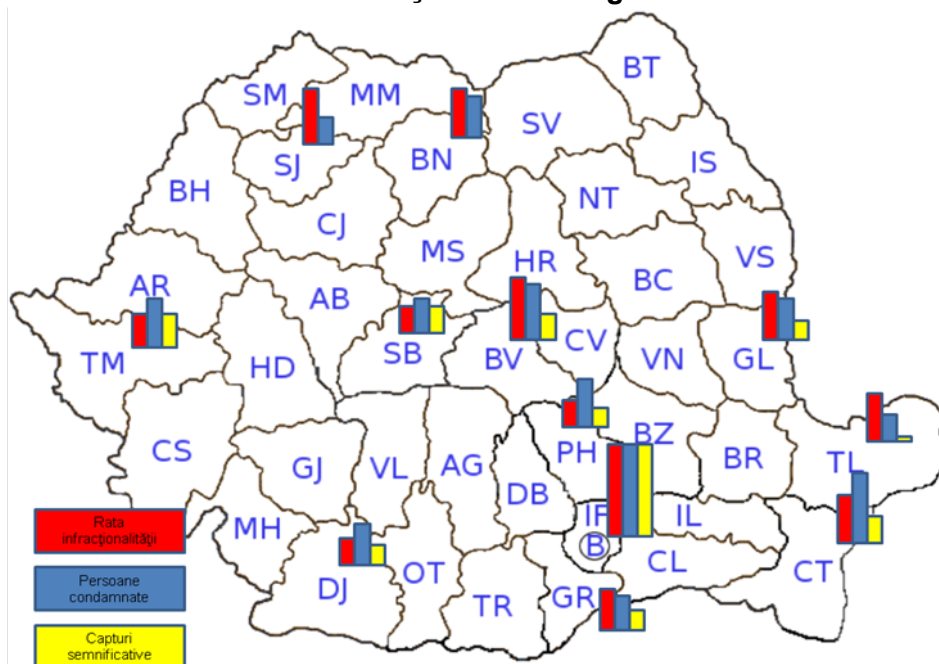
- o Municipiul București cu cel mai mare număr de persoane condamnate (182 persoane) fiind urmat de județele Brașov (35 persoane), Constanța (33 persoane), Galați (23 persoane) și județele Prahova și Timiș (câte 21 persoane).

Harta 8-2: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, precum și distribuția capturilor semnificative



Sursa: ANA

Harta 8-3: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității, date coroborate cu numărul persoanelor condamnate, precum și a capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog



Sursa: ANA

În privința **bunurilor și valorilor asupra cărora s-a dispus confiscarea** prin hotărâri judecătorești, rămase definitive în cursul anului 2014, distribuția la nivel teritorial se prezintă astfel:

- Din totalul de 43 tribunale care funcționează la nivel național, doar 24 au transmis Agenției Naționale Antidrog, în cursul anului 2014, hotărâri judecătorești care au rămas definitive în perioada analizată. **Bunuri relevante** (imobile, autoturisme, arme de foc) au fost confiscate pe raza **județului Gorj și a municipiului București**;
- 664013 lei confiscați în municipiul București și pe raza județelor: Bihor, Arad, Maramureș, Botoșani, Bistrița Năsăud, Alba, Hunedoara, Gorj, Sibiu, Brașov, Covasna, Bacău, Vaslui, Galați, Prahova, Dâmbovița, Călărași și Giurgiu;
- 339452 EURO confiscați în municipiul București și pe raza județelor Bihor, Arad, Alba, Hunedoara, Gorj, Sibiu, Brașov, Prahova și Giurgiu;
- 10467 USD confiscați în municipiul București și județul Bihor;
- 283 Leva și 160 GBP confiscați în municipiul București și județele Giurgiu, Arad și Sibiu;
- Arme de foc au fost confiscate în municipiul București și pe raza județelor Prahova și Sibiu;

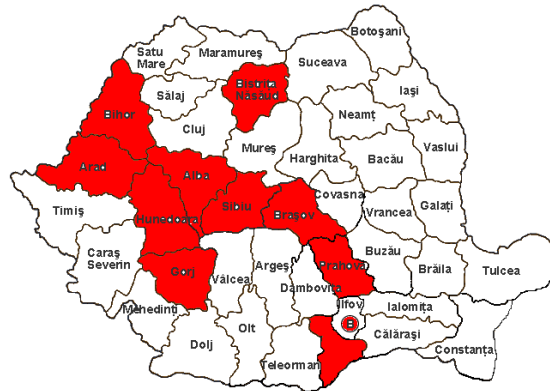
- Indisponibilizarea autoturismelor a fost dispusă în municipiul București și pe raza județelor Gorj și Dâmbovița, în timp ce, imobile au fost confiscate doar la nivelul județului Gorj.

Harta 8-4 - Situația la nivel teritorial a confiscărilor

LEI



EURO



USD



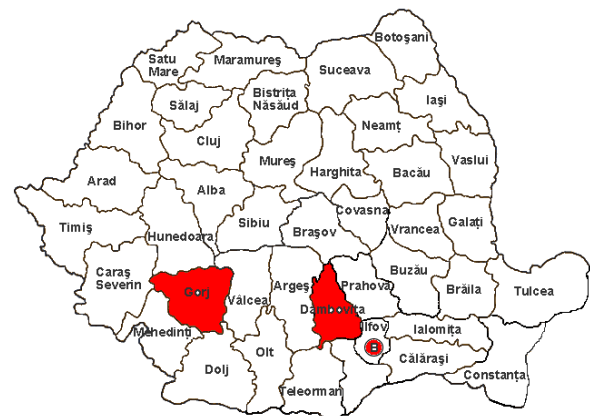
ALTE MONEDE



ARME CONFISCATE



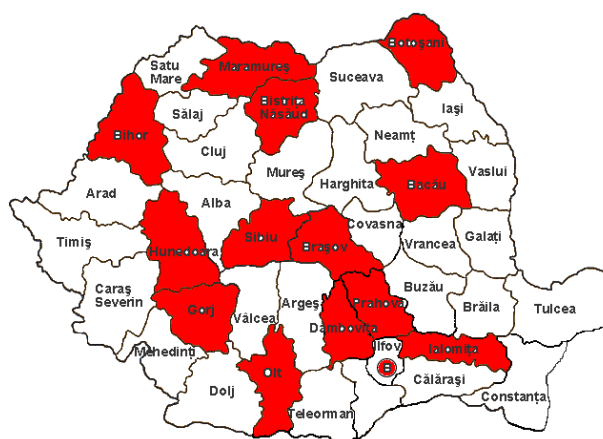
AUTO CONFISCATE



IMOBILE CONFISCATE



USTENSILE CULTURI ILICITE



Sursa: ANA

8.3.1.Descrierea situației la nivel teritorial

REGIUNEA BUCUREȘTI–ILFOV

Regiunea București-Ilfov cunoaște cea mai ridicată rată a infracționalității la regimul drogurilor (8,05 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori) și reprezintă un pol de interes pentru rețelele de traficanți de droguri, indiferent de tipul drogurilor. În cursul anului 2014, 183 persoane au fost condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, tribunalele București și Ilfov comunicând Agenției Naționale Antidrog, potrivit prevederilor legale, 76 hotărâri judecătorești definitive pronunțate în anul 2014, în 51 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării de bunuri și valori astfel:

- 172032 lei, 73342,4 EURO, 967 USD, 247 LEVA, 140 GBP;
- Un autoturism, 2 puști, 2 pistoale, un aruncător de grenade, 2 grenade.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul acestei regiuni au fost realizate **31 capturi semnificative** totalizând 145,55 kg, 61215 comprimate, 170 doze și 0,2 litri, astfel:

- heroină – 12,16 kg provenind din 4 capturi, metadonă – 56016 și 0,2 litri, provenind din 3 capturi, MDMA – 5199 comprimate, provenind din 5 capturi, triptamine – 2,69 kg, provenind din 2 capturi, cannabis – 28,97 kg, provenind din 10 capturi, cannabis plante – 25,35 kg, provenind din 3 capturi și câte o captură de plante de Khat – 75,4 kg, opiu – 0,68 kg, LSD – 170 doze și cocaină – 0,3 kg.

REGIUNEA NORD–EST (Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **1,96** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014, fiind condamnate 65 persoane. Potrivit celor 20 hotărâri definitive, înregistrate pentru această regiune în evidența Agenției Naționale Antidrog, doar 10 dintre acestea conțin măsuri de confiscare a unei sume totale de 70458 lei.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii, au fost realizate 5 capturi semnificative, totalizând 229,15 kg, astfel:

- **39,62 kg canabis**, provenind din 3 capturi și 189,53 kg plante de canabis, provenind din 2 capturi.

REGIUNEA SUD–EST (Județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **3,33** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014, fiind condamnate 85 persoane. Evidența Agenției Naționale Antidrog consemnează doar 2 hotărâri definitive pentru această regiune, din care una prevede confiscarea sumei de 13020 lei.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii, au fost realizate 11 capturi semnificative, totalizând 47,32 kg și 630 comprimate, astfel:

- 31,76 kg cocaină, provenind din 3 capturi, 6 kg canabis, provenind din 2 capturi, 4,6 kg canabis, provenind din 2 capturi și câte o captură de amfetamină – 3,58 kg, rezină de canabis – 1 kg, MDMA – 630 comprimate și catinone – 0,38 kg.

REGIUNEA SUD (Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **2,32** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014 fiind condamnate 73 persoane. În evidența Agenției Naționale Antidrog, au fost înregistrate 35 hotărâri definitive, în 21 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării următoarelor bunuri și valori: 164434 lei, 7350 EURO, 36 Leva, un autoturism și un pistol cu aer comprimat.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii au fost realizate **19 capturi semnificative**, totalizând 111,06 kg și 14430 comprimate, astfel:

- 69,88 kg plante de canabis, provenind din 6 capturi, 18,85 kg canabis, provenind din 6 capturi, 12,51 kg heroină rezultatul a 3 capturi și câte o captură de rezină de canabis – 9,55 kg, cocaină – 0,13 kg, canabinoizi sintetici – 0,14 kg și piperazine – 14430 comprimate.

REGIUNEA SUD–VEST (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **1,73** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014 fiind condamnate 36 persoane. Șase din cele 12 hotărâri definitive, comunicate Agenției Naționale Antidrog de către cele 5 tribunale ale regiunii, prevăd măsura confiscării următoarelor bunuri și valori: 4110 lei, 255000 EURO, 3 terenuri, o clădire și un autoturism.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii au fost realizate 9 capturi semnificative, totalizând 35,86 kg și 688 comprimate, astfel:

- 26,15 kg plante de canabis, provenind din 3 capturi, 7,56 kg canabis, provenind din 4 capturi și câte o captură de triptamine – 2,15 kg și MDMA – 688 comprimate.

REGIUNEA VEST (Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **2,62** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014 fiind condamnate 48 de persoane. Din cele 22 hotărâri definitive comunicate Agenției Naționale Antidrog, în 15 a fost dispusă măsura confiscării a 56056 lei, 3240 EURO și 20 GBP.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii, au fost realizate 14 capturi semnificative totalizând 45,8 kg, 210931 comprimate și 0,36 litri metadonă, astfel:

- 44,7 kg canabis, provenind din 9 capturi și câte o captură de cocaină – 1 kg, amfetamină – 0,1 kg, metadonă – 0,36 litri, MDMA – 204931 comprimate și benzodiazepine – 6000 comprimate.

REGIUNEA NORD–VEST (Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **2,8** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014 fiind condamnate 73 persoane. În evidența Agenției Naționale Antidrog, au fost înregistrate 29 hotărâri definitive, în 18 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 162344 lei, 430 EURO și 9500 USD.

Din punct de vedere al drogurilor confiscate, la nivelul regiunii, au fost realizate 6 capturi semnificative, totalizând 12,44 kg și 603 comprimate, astfel:

- 12,91 kg plante de canabis, provenind din 3 capturi și câte o captură de canabinoizi sintetici (0,42 kg), cocaină (0,11 kg) și MDMA (603 comprimate).

REGIUNEA CENTRU (Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu)

Rata infracționalității la nivelul regiunii este de **2,71** infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori, în anul 2014 fiind condamnate 64 persoane. Din cele 25 hotărâri definitive comunicate Agenției Naționale Antidrog, 18 conțin măsuri de confiscare pentru 22365 lei, 100 EURO și un pistol.

Din punct de vedere al confiscărilor de droguri, la nivelul regiunii, au fost realizate **16 capturi semnificative**, totalizând 79,63 kg, 103090 comprimate și 195 doze, astfel:

- 39,16 kg canabis, provenind din 6 capturi, 40,31 kg plante de canabis, provenind din 6 capturi, 103090 comprimate rezultatul a două capturi, o captură de cocaină – 0,16 kg și o captură de LSD – 195 doze.

9. CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

9.1. REZUMAT

Similar altor sisteme penitenciare din Europa, sistemul penitenciar românesc este nevoit să gestioneze aceleași aspecte: rata crescută a recidivei, creșterea cazurilor de introducere în penitenciar a drogurilor și a obiectelor interzise, insuficiența personalului și a mijloacelor financiare și, mai ales, supraaglomerare. Implementarea noii legislații a impus schimbări semnificative, care au atras după sine reorganizarea penitenciarelor de minori și tineri și a centrelor de reeducare și înființarea centrelor educative, cu toate modificările de structură și organizaționale inerente.

Consumul de droguri în mediul penitenciar reprezintă o prioritate pentru autoritățile din România, fapt demonstrat atât de abordarea sa în documentele programatice fundamentale de politici publice existente, aprobate prin documente juridice de nivel superior, cât și de multitudinea și diversitatea proiectelor derulate în acest sens. Totuși, deși se manifestă tendința de înțelegere și conștientizare a faptului că persoanele private de libertate au aceleași drepturi ca și restul populației, în ceea ce privește accesul la servicii de asistență medicală, inclusiv tratamentul din mediul penitenciar pentru consumul de droguri, datorită precarității resurselor și inerției cu care sistemul penitenciar, la nivelul unora dintre structurile sale (un sistem închis, în care primează elementele de siguranță a deținerii), asimilează bunele practici în domeniu, dezvoltarea politicilor și a mecanismelor de răspuns, în ceea ce privește asistența medico-psiho-socială a consumatorului de droguri aflat în detenție, se produce lent, cu sincope și întârzieri, cu multe etape pilot de experimentare, testare și re-testare a soluțiilor.

9.2. PROFIL NAȚIONAL

9.2.1. Organizare - structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc

38

Reforma sistemului penitenciar a început imediat după trecerea Direcției Generale a Penitenciarelor în subordinea Ministerului Justiției și ratificarea de către România a Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, și a vizat, în principal, demilitarizarea, alinierea la recomandările europene și îmbunătățirea regimului de deținere, urmărindu-se respectarea demnității umane, absoluta imparțialitate, lipsită de orice discriminare bazată pe naționalitate, cetățenie, opinii politice și convingere religioasă, îmbunătățirea cantitativă și calitativă a normelor de hrană, suplimentarea drepturilor acordate persoanelor private de libertate și asigurarea transparenței sistemului penitenciar.

³⁸ Preluare de pe site-ul Administrației Naționale a Penitenciarelor (<http://anp.gov.ro>)

La momentul actual, acest sistem funcționează în temeiul HG nr.1849/ 28 octombrie 2004, act prin care Administrația Națională a Penitenciarelor este definită ca instituție aparținând sistemului național de siguranță națională, apărare și ordine publică.

Regimurile de executare a pedepselor privative de libertate aplicabile în penitenciar se diferențiază în raport cu gradul de limitare a libertății de mișcare a persoanelor condamnate, modul de acordare a drepturilor și de desfășurare a activităților, precum și cu condițiile de detenție³⁹:

A. *Regimul de maximă siguranță* se aplică inițial persoanelor condamnate la pedeapsa detențiunii pe viață și persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii mai mare de 13 ani, precum și celor care prezintă risc pentru siguranța penitenciarului; acest tip de regim presupune măsuri stricte de pază, supraveghere și escortare; persoanele respective sunt cazate, de regulă, individual; prestează muncă și desfășoară activități⁴⁰ în grupuri mici, în spații anume stabilite în interiorul penitenciarului, sub supraveghere continuă.

B. *Regimul închis* se aplică inițial persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii mai mare de 3 ani, dar care nu depășește 13 ani⁴¹; persoanele sunt cazate, de regulă, în comun, prestează muncă și desfășoară activități⁴² în grupuri, în interiorul penitenciarului, sub pază și supraveghere sau pot desfășura activități educative și culturale în afara penitenciarului, sub paza și supraveghere continuă, cu aprobarea directorului penitenciarului.

C. *Regimul semideschis* se aplică inițial persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii mai mare de un an, dar care nu depășește 3 ani; persoanele respective sunt cazate în comun, se pot deplasa neînsoțite în zone prestabilite din interiorul penitenciarului, prestează muncă și desfășoară activități⁴³, sub supraveghere, în grupuri, în spații din interiorul penitenciarului care rămân deschise în timpul zilei sau în afara penitenciarului, sub supraveghere, inclusiv electronică.

D. *Regimul deschis* se aplică inițial persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii de cel mult un an; persoanele respective sunt cazate în comun, se pot deplasa neînsoțite în zone

³⁹ ANP - Broșură de prezentare, pag. 10 - <http://anp.gov.ro/documents/10180/4633501/brosura+romana+2015.pdf/b4821291-bf29-4b4b-b648-2e79549a37a2?version=1.0>

⁴⁰ educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială, moral-religioase, instruire școlară și formare profesională

⁴¹ Măsurile de siguranță specifice regimului închis se aplică și persoanelor condamnate, altele decât cele din regimul de maximă siguranță, transferate temporar într-un alt penitenciar, pentru prezentarea în fața organelor judiciare; în penitenciarele-spital și în infirmeria penitenciarului pentru deținuții internați și în secțiile speciale de psihiatrie.

⁴² educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială, moral-religioase, instruire școlară și formare profesională

⁴³ educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială, moral-religioase, instruire școlară și formare profesională

prestabilite din interiorul penitenciarului, pot presta muncă și pot desfășura activități⁴⁴, în afara penitenciarului, fără supraveghere.

Implementarea noii legislații⁴⁵ a impus schimbări semnificative, care au atras după sine reorganizarea penitenciarelor de minori și tineri și a centrelor de reeducare și înființarea centrelor educative, cu toate modificările de structură și organizaționale inerente⁴⁶. În anul 2014, rețeaua sistemului penitenciar din România cuprindea: un penitenciar pentru femei și 6 secții pentru femei în alte penitenciare; 3 centre de detenție; 2 centre educative; 16 penitenciare regim semideschis și deschis; 16 penitenciare regim închis și maximă siguranță și 6 penitenciare spital. În 23 de unități, există secții speciale de arest preventiv.

Asemeni altor sisteme penitenciare din Europa, sistemul penitenciar românesc este nevoit să gestioneze aceleași aspecte: rata crescută a recidivei, creșterea cazurilor de introducere în penitenciar a drogurilor și a obiectelor interzise, insuficiența personalului și a mijloacelor financiare⁴⁷ și, mai ales, supraaglomerarea (deficitul de locuri de cazare – calculat la 4 m.p. – fiind de 11.170 locuri pentru efectivul la data de 31.12.2014)⁴⁸.

Conform datelor furnizate de ANP, la data de 31.12.2014, se aflau în detenție 30156 persoane, dintre care doar 5,1% erau de sex feminin, pe grupe de vârstă, distribuția fiind următoarea: 1,1% aveau între 14-18 ani, 4,2% între 18-21 ani, 33% între 22-30 de ani, 32,1% între 31-40 de ani, 27,4% între 41-60 de ani și 2,2% peste 60 de ani. Analizând perioada 2010 - 2014, în anul de referință, se înregistrează, pentru prima oară în acest interval de timp, o scădere a numărului de persoane aflate în stare privativă de libertate (cu 9,8% față de anul 2013), în cei trei ani anteriori 2010 - 2013, existând o tendință continuă de creștere (18,5% în anul 2013, față de anul 2010).

⁴⁴ educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială, moral-religioase, instruire școlară și formare profesională

⁴⁵ Anul 2014, a fost marcat de intrarea în vigoare a noilor Coduri Penal și de Procedură Penală, precum și de aplicarea, începând cu data de 01.02.2014, a Legii nr. 254/2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare

⁴⁶ Structura ANP a fost aprobată prin Ordinul Ministrului Justiției nr. 2414/C/13.08.2013

⁴⁷ costurile aferente întreținerii persoanelor private de libertate erau în 2011: 3,52 lei/zi norma de bază (exclusiv valoarea TVA) corespunde la 2855 calorii: 147465 mii lei cheltuieli curente de funcționare (încălzire, apă, carburanți, hrană, medicamente, obiecte de inventar, reparații curente, materiale de întreținere etc.); 400 lei/lună/deținut cost mediu întreținere; 83,35 lei/lună/ deținut contribuție lunară CASS; iar în 2014: 3,76 lei/zi norma de bază (exclusiv valoarea TVA) corespunde la 2.855 calorii: 204299 mii lei cheltuieli curente de funcționare: încălzire, apă, carburanți, hrană, medicamente, obiecte de inventar, reparații curente, materiale de întreținere etc.; 535 lei/lună/deținut cost mediu întreținere; 94 lei/lună/ deținut contribuție lunară CASS

⁴⁸ Administrația Națională a Penitenciarelor - Broșura de prezentare a sistemului penitenciar 2015 <http://anp.gov.ro/documents/10180/4633501/brosura+romana+2015.pdf/b4821291-bf29-4b4b-b648-2e79549a37a2>

Tabel 9-1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2014

Anul	Total (nr)	Din care (%)							
		Sexe		Grupe de vârstă (ani)					
		masculin	feminin	14-18	18-21	22-30	31-40	41-60	> 60
2010	28224	95,5	4,5	1,6	6	35,9	32,1	22,8	1,6
2011	30694	95,5	4,5	1,5	5,4	35,7	32,5	23,3	1,7
2012	31817	95,5	4,5	1,4	5,3	35,3	32,7	23,7	1,7
2013	33438	95,3	4,7	1,5	4,9	34,6	32,2	25,0	1,7
2014	30156	94,9	5,1	1,1	4,2	33,1	32,1	27,4	2,2

Sursa: ANP

La sfârșitul anului 2014, din efectivul de 30156 deținuți, 91,7% erau persoane condamnate definitiv⁴⁹, 43% erau recidiviști și 21,3% erau înregistrați cu antecedente penale⁵⁰. În funcție de natura infracțiunilor, situația se prezenta astfel: 48,1% comiseseră infracțiuni contra patrimoniului, 25,7% - infracțiuni contra persoanei, 4,9% - infracțiuni privind traficul și consumul de droguri și 21,3% - alte infracțiuni (de natură sexuală, privind codul rutier etc.). Deși în ușoară scădere, comparativ cu anii anteriori, ponderea deținuților recidiviști se menține la o valoare ridicată (peste 40%), iar proporția celor care au comis infracțiuni privind traficul și consumul de droguri⁵¹ se menține, din anul 2011, sub 5%.

Tabel 9-2: Proportia efectivelor de deținuți cu recidivă și a celor care au comis infracțiuni privind traficul și consumul de droguri, în perioada 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
recidiviști -%	44,9	45,9	45,8	45,8	43
care au comis infracțiuni privind traficul și consumul de droguri					
nr	1807	1471	1419	1495	1473
%	6,4	4,8	4,5	4,5	4,9

Sursa: ANP

În perioada 2010-2014, dintre persoanele condamnate definitiv pentru infracțiuni privind traficul și consumul de droguri, aproximativ o treime au fost puse în libertate condiționată, iar 1-2% au fost puse în libertate ca urmare a executării pedepsei.

⁴⁹ 5,3% erau arestate preventiv și 3% condamnate prin hotărârea primei instanțe

⁵⁰ 35,7% fără antecedente penale

⁵¹ prevăzute de Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare

Tabel 9-3: Numărul persoanelor condamnate definitiv pentru infracțiuni privind traficul și consumul de droguri și operațiuni cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive și care au fost puse în libertate, în perioada 2010- 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
total persoane condamnate definitiv, care au comis infracțiuni privind traficul și consumul de droguri (Legea nr. 143/ 2000, cu modificările și completările ulterioare)	1055	1192	1180	1215	1251
din care puse în libertate					
condiționată	352	383	422	347	458
ca urmare a executării pedepsei	10	7	7	16	26
persoane condamnate definitiv pentru săvârșirea de infracțiuni prevăzute de Legea nr. 194 din 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare	-	-	-	12	25
din care puse în libertate					
condiționată	-	-	-	0	10
ca urmare a executării pedepsei	-	-	-	0	0

Sursa: ANP

9.2.2 Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților

9.2.2.1 Studii privind consumul de substanțe psihoactive de către persoanele aflate în detenție

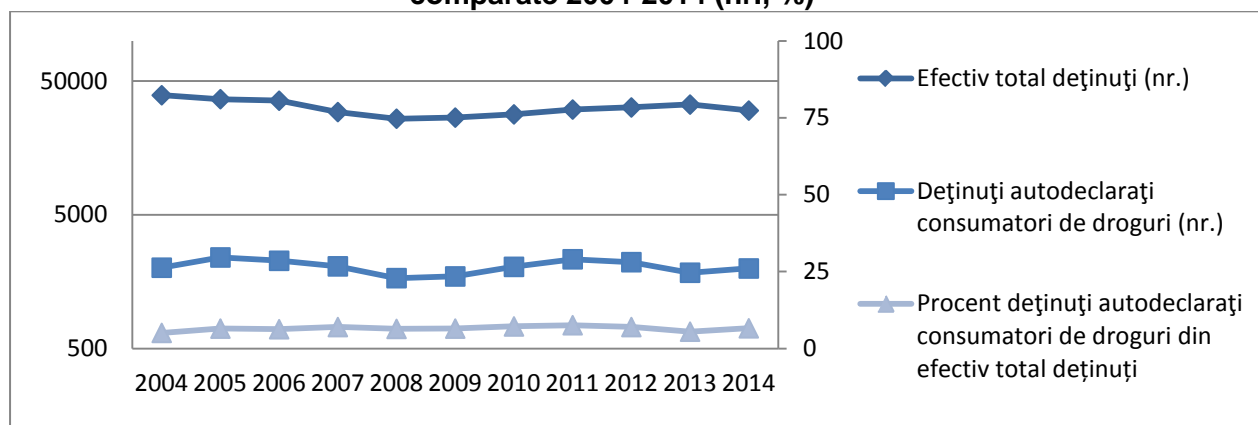
Până în prezent, în România, au fost realizate 2 studii, în 2006 și 2011, prezentate în Raportul Național privind situația drogurilor în România – 2011, intenționându-se ca următorul studiu, să se desfășoare, conform recomandărilor OEDT, în anul 2016.

9.2.2.2 Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție

Dintre cele 30156 persoane care s-au aflat în detenție în anul 2014, 1987 s-au declarat ca fiind consumatori de droguri, numărul acestora fiind în creștere cu 7,6%, față de anul anterior (2013 - 1846 persoane).

Pe fondul scăderii numărului de persoane private de libertate, se observă că evoluția proporției persoanelor autodeclarate ca fiind consumatoare de droguri înregistrează o creștere, după 2 ani de declin. Astfel, după 10 ani în care numărul persoanelor care s-au autodeclarat ca fiind consumatoare de droguri a oscilat în intervalul 1682 (2008) – 2402 (2005), în anul 2014 se înregistrează un număr similar cu cel din anul 2004 (1987 în 2014, respectiv 2013 în 2004).

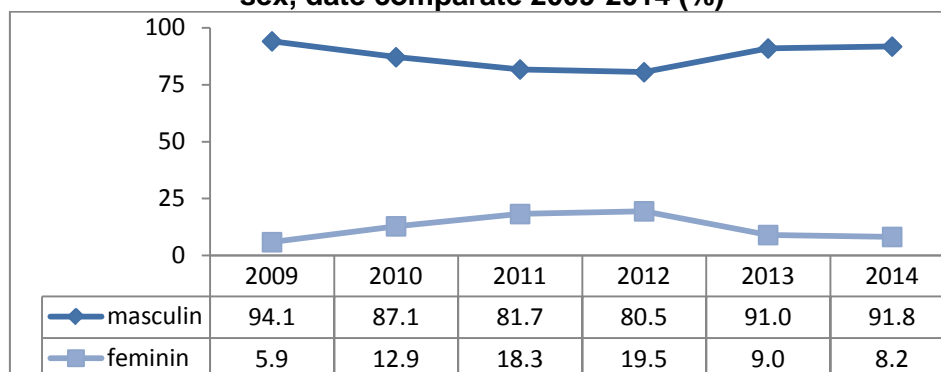
Grafic 9-1: Evoluția numărului de deținuți autodeclarați consumatori de droguri la intrarea în detenție, comparativ cu efectivul total de persoane private de libertate, date comparate 2004-2014 (nr., %)



Sursa: ANP

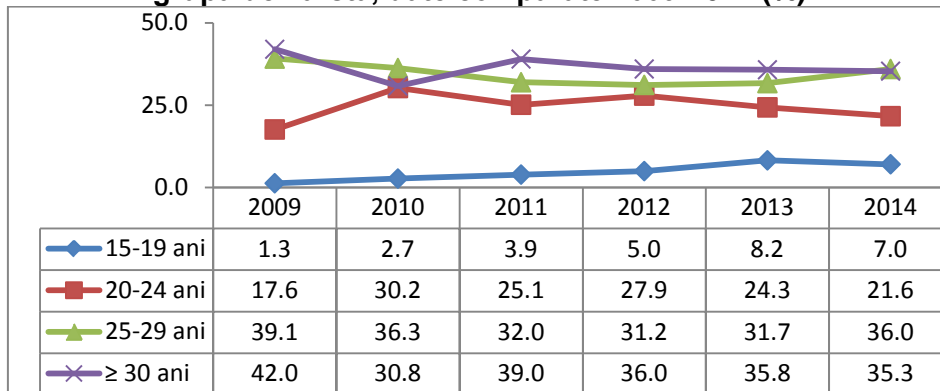
În funcție de caracteristicile demografice, se observă, comparativ cu anul anterior, o creștere a proporției persoanelor din grupa de vârstă 25-29 ani care s-au autodeclarat consumatori de droguri (2013 - 31,7%, 2014 - 36%). Astfel, pentru întreaga perioadă analizată (2009-2014), deși nu se pot stabili tendințe, se constată că persoanele private de libertate, care s-au autodeclarat ca fiind consumatoare de droguri la intrarea în detenție sunt preponderent persoane de sex masculin și cu vârsta mai mare de 24 de ani.

Grafic 9-2: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de sex, date comparate 2009-2014 (%)



Sursa: ANP

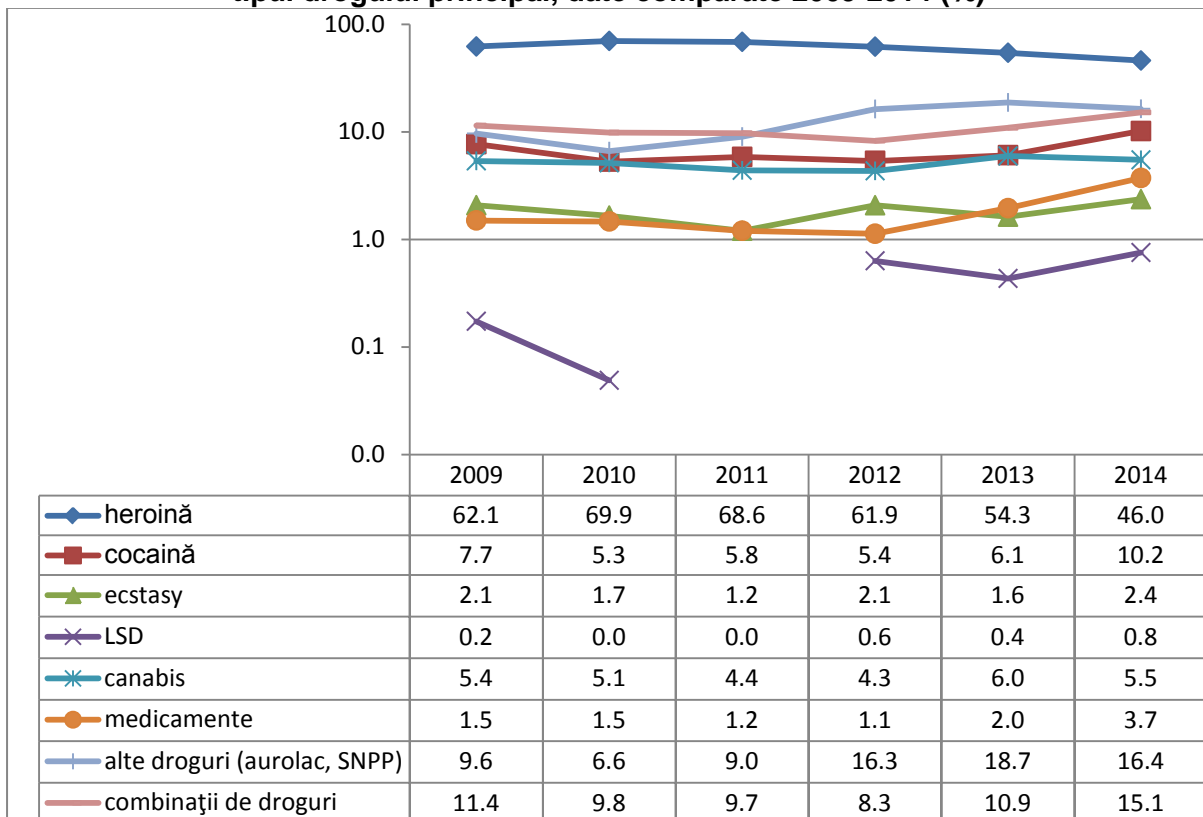
Grafic 9-3: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2009-2014 (%)



Sursa: ANP

Heroina a rămas și în anul 2014, drogul principal de consum declarat la intrarea în penitenciar, deși procentul celor care au menționat acest lucru, a scăzut sub 50%, pentru prima oară în ultimii 6 ani. Față de anul 2013, se observă o scădere a ponderii persoanelor care au declarat heroina, ca substanță principală de consum (de la 54,3% în anul 2013, la 46% în anul 2014) și o creștere a celor care au declarat consumul combinațiilor de droguri, atingând valoarea maximă din întreg intervalul de monitorizare.

Grafic 9-4: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2009-2014 (%)

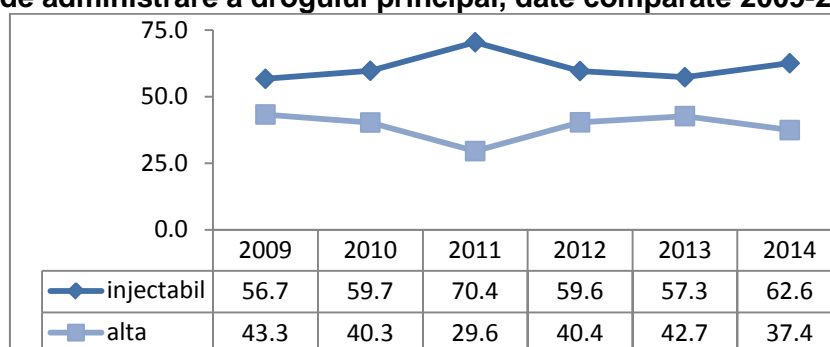


Sursa: ANP

În privința căii de administrare a drogului principal, se observă, față de anul anterior, o creștere a ponderii celor care își administrează drogul pe cale injectabilă (de la 57,3% în

2013, la 62,6% în 2014), menținându-se în continuare preponderența acestui model de consum.

Grafic 9-5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului principal, date comparate 2009-2014 (%)

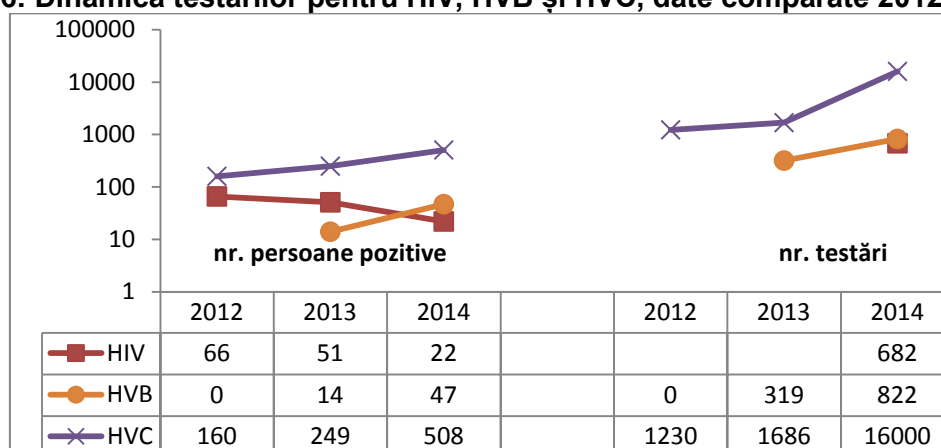


Sursa: ANP

9.2.2.3 Comportamente riscante și consecințe asupra sănătății

În anul 2014, ANP a continuat procesul de implementare a proiectelor cu privire la activitatea de prevenire a transmiterii bolilor infecto-contagioase, axându-se pe testarea și evaluarea medicală a deținuților nou-intrați în sistemul penitenciar⁵². Astfel, au fost efectuate peste 16000 testări pentru virusul hepatic C (continuând cu realizarea a circa 400 de viremii și aproape a 150 teste Fibroscan), 822 testări pentru virusul hepatic B și 682 testări pentru virusul HIV (cu respectarea condițiilor de consiliere pre și post testare).

Grafic 9-6: Dinamica testărilor pentru HIV, HVB și HVC, date comparate 2012-2014 (nr.)



Notă: pentru 2012-2013 este inclus doar Penitenciarul București Rahova (centru pilot), din 2014 datele includ tot sistemul penitenciar

Sursa: ANP

Dintre cei 125 de subiecți, care au primit asistență în regim de detenție în anul 2014 pentru consum de droguri, 41,6% au declarat că au consumat drogul principal pe cale injectabilă, iar 51,2% că nu s-au injectat niciodată. Jumătate (28) dintre cele 55 persoane care au declarat că au consumat droguri pe cale injectabilă, au menționat utilizarea în comun a

⁵² Proiectul a fost extins și la Penitenciarul Giurgiu (ianuarie-martie 2014) unde au fost testați 1000 deținuți, iar începând cu decembrie 2014-ianuarie 2015, au fost testați aproximativ 1000 deținuți din Penitenciarele Timișoara, Iași, Arad, Mărgineni, Poarta Albă, Spital Dej.

echipamentului de injectare. Din punct de vedere al bolilor infecțioase asociate consumului de droguri injectabile, 8 CDI din sistemul penitenciar au avut rezultat HIV pozitiv, 9 au avut rezultat HVB pozitiv și 26 au avut rezultat HVC pozitiv.

9.3.RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE

9.3.1 Cadru legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)

O scurtă retrospectivă a principalelor documente de nivel strategic care conțin obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar și a cadrului legislativ aferent arată un proces orientat, atât în raport cu obiectivele strategice naționale ale luptei antidrog, cât și față de strategiile proprii de dezvoltare și modernizare ale mediului penitenciar, și vizează cu prioritate diversificarea tipurilor de servicii existente, consolidarea și extinderea acestora în vederea creșterii progresive a disponibilității lor în întreg sistemul penitenciar, concomitent cu dezvoltarea unor măsuri imediate de prevenire și suport psihologic și social. Cu toate acestea, este necesară dezvoltarea unor servicii noi de resocializare, reintegrare familială și comunitară a foștilor deținuți consumatori de droguri, care să completeze paleta serviciilor existente și să funcționeze coordonat cu acestea în vederea prevenirii recidivei.

A. Strategii naționale

I. Strategia Națională Antidrog 2013- 2020, adoptată prin Hotărârea Guvernului nr. 784/2013 – cuprinde direcții de acțiune și obiective specifice focalizate pe reducerea cererii de droguri în mediul penitenciar, operaționalizate prin activități, conform Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2013-2016 astfel:

A. Prevenirea consumului de droguri, obiectivul specific A3.1: "Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție în cadrul grupurilor vulnerabile, corelat cu nevoile și particularitățile acestora";

B. Asistența consumatorilor de droguri,

- obiectiv specific B.1.1: "Diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri";
- obiectiv specific B.1.3: "Îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele privative de libertate";
- obiectiv specific B.1.4: "Dezvoltarea capacității de răspuns interinstituțional a serviciilor sociale, serviciilor juridice, serviciilor de urgență, unităților de poliție și de arest, evidența populației, în vederea optimizării intervențiilor adresate consumatorilor de droguri care nu sunt incluși în programele specializate de asistență".

Corelat cu Strategia Națională Antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2013-2016, Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 - 2018 include direcții de acțiune și obiective specifice focalizate pe reducerea cererii de droguri în mediul penitenciar (prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu proprietăți psihoactive și asistență integrată).

II. De asemenea, **Strategia de dezvoltare a sistemului penitenciar 2013-2016**⁵³ include obiective strategice legate de îmbunătățirea asistenței psihologice, medicale și sociale și reinserția socială a persoanelor aflate în stare privativă de libertate:

- Obiectivul Strategic nr. 2 – Educație, asistență psihologică și asistență socială adaptate nevoilor deținuților, în vederea creșterii șanselor de reintegrare socială, având ca obiective specifice:

2.1. Elaborarea și implementarea unui sistem unitar de evaluare și intervenție axat pe nevoile de educație, asistență psihologică și asistență socială ale deținuților și pe cerințele societății;

2.2. Promovarea și implementarea, împreună cu instituțiile publice ce au atribuții în domeniul asistenței postdetenție, a Strategiei naționale de reintegrare socială a persoanelor private de libertate.

- Obiectivul Strategic nr. 3 – Asigurarea asistenței medicale de calitate, protejarea și promovarea sănătății, precum și prevenirea îmbolnăvirilor, având ca obiective specifice:

3.1. Integrarea particularităților asistenței medicale din sistemul penitenciar în cadrul normativ al rețelei sanitare publice;

3.2 Implementarea activităților de ocrotire a sănătății, a integrității fizice și de menținere a normelor epidemiologice și igienico-sanitare (măsuri: implementarea în toate unitățile penitenciare a screening-ului „Hepatită C – boală vindecabilă” și extinderea implementării de proiecte de prevenire a infecției HIV și de reducere a riscurilor asociate dependenței de droguri în sistemul penitenciar la nivelul Penitenciarelor Colibași și Târgșor: consiliere și testare voluntară HIV, substituție cu metadonă, schimb de seringi⁵⁴).

Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2014-2018⁵⁵ - document de politică publică în corelație cu prevederile Strategiei Sistemului

⁵³ (document intern, propus ca proiect de HG) - <http://anp.gov.ro/documents/12472/1829789/Strategia+2013-2016.pdf/3d4dd37a-2e2d-438c-bbca-ed394b649bed>

⁵⁴ Indici/Indicatori de rezultat: nr. cazuri TB, HIV/SIDA, Hepatită B și C depistate și tratate anual conform protocoalelor și ghidurilor Ministerului Sănătății

⁵⁵ <http://anp.gov.ro/programe-si-strategii-proprii> - Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate, un demers interinstituțional, transdisciplinar, ce vizează eficientizarea politicilor penale și de prevenire a marginalizării sociale (Hotărârea Guvernului nr. 389/27.05.2015 publicată în MO nr. 532/16.07.2015)

Administrației Penitenciare pentru perioada 2014-2017, care include obiective legate de crearea unui mecanism interinstituțional, articulat care să asigure parcurgerea etapelor succesive ale procesului de reintegrare socială (vizează asigurarea unui continuum de servicii sociale, intervenții de asistență și consiliere individualizate, sistematice, adaptate nevoilor persoanelor private de libertate sau persoanelor care au executat pedepse privative de libertate). Domeniile de intervenție răspund atât nevoilor specifice etapei de pregătire pentru liberare, cât și etapei post-detenție și presupun perspectiva creării premiselor pentru facilitarea reintegrării sociale și, implicit, pentru reducerea riscului de recidivă:

- adaptarea programelor educaționale, de asistență psihologică și asistență socială la nevoile persoanelor private de libertate;
- diversificarea ofertei de programe și activități de educație și asistență psihosocială, în vederea implicării unui număr cât mai mare de persoane private de libertate;
- responsabilizarea și conștientizarea de către comunitate a importanței reintegrării sociale a persoanelor private de libertate și a celor care au executat pedepse privative de libertate;
- facilitarea asistenței post-detenție;
- reglementarea, asigurarea și accesarea unor servicii sau centre specializate, care să susțină eforturile de reintegrare socială ale persoanelor care au executat pedepse privative de libertate, cu accent pe acordarea de sprijin de către comunitățile proxime.

III. Printre documentele programatice cu incidență asupra consumatorilor de droguri aflați în stare privată de libertate, pot fi menționate:

- Strategia Națională de Sănătate 2014-2020;
- Strategiile pentru prevenirea și controlul infectării cu HIV/ SIDA;
- Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020;
- Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei pentru perioada 2014–2020.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020⁵⁶ - se menționează ca domenii de sănătate prioritare bolile transmisibile (tuberculoza, hepatita B și C, HIV/ SIDA) și sănătatea mintală⁵⁷ și se prevede creșterea gradului de prioritate a sub-grupurilor populaționale cu risc crescut (reprezentate de utilizatorii de droguri injectabile (IDU), persoanele din sistemul penitenciar,

⁵⁶ Hotărârea Guvernului nr. 1028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale (MO nr. 891 din 8 decembrie 2014)

⁵⁷ conform Legii nr. 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice (publicată în MO nr 589/08.08.2002) prin persoană cu tulburări psihice se înțelege persoana bolnavă psihic, persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum și persoana care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare din practica medicală, ca fiind tulburări psihice

persoanele cu orientare homosexuală etc.), ideal prin combinații de intervenții și abordări ajustate nevoilor și specificului beneficiarilor (ex. intervenții IEC/ CSC⁵⁸ de consiliere pentru promovarea comportamentului sexual sănătos și reducerii riscului, pentru promovarea auto-referirii cât mai precoce în caz de boală către furnizorul de servicii medicale, testare voluntară anonimă, schimb de seringi și aplicarea tratamentului indicat prin ghidurile în uz).

Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020

Având în vedere că România este țara Uniunii Europene cu cea mai mare incidență a tuberculozei, de patru ori peste media europeană, și are una dintre cele mai mici rate de vindecare, un alt document programatic cu incidență asupra consumatorilor de droguri aflați în stare privativă de libertate este Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020⁵⁹, act normativ care are ca scop asigurarea condițiilor pentru eliminarea tuberculozei ca problemă de sănătate publică în România până în 2050, prin reducerea incidenței și mortalității provocate de tuberculoză și prin asigurarea serviciilor de prevenire, depistare, diagnosticare, tratare și creștere a aderenței la tratament, în conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

Principalele activități de control al TB și intervenții în sistemul penitenciar sunt acum instituționalizate și sustenabile, dar rămân unele aspecte de rezolvat sau îmbunătățit (ex: furnizarea diagnosticului timpuriu utilizând *screeninguri* sistematice, diagnostic rapid, un control al infecției adecvat, condiții mai bune de trai și de nutriție și asigurarea continuității serviciilor în sistemul public, în cazul în care cazul mai este în tratament după eliberare).

Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei pentru perioada 2014–2020⁶⁰ - creează cadrul legal și strategic în domeniu și îndeplinește o condiționalitate ex-ante a României, stabilită de Comisia Europeană pentru accesarea fondurilor structurale aferente perioadei de programare 2014-2020. Strategia urmărește două linii generale de acțiune "reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale", având două domenii distincte de politici: care vizează persoanele (ocuparea forței de muncă, prestații de natură socială, acces la finanțare, educație, sănătate, locuințe) și politici zonale. Atât persoanele care suferă de dependență de substanțe, cât și cele lipsite de libertate sau aflate sub control judiciar sunt considerate grupuri vulnerabile.

⁵⁸ informare-educare-conștientizare/ comunicare pentru schimbare de comportament (IEC/CSC)

⁵⁹ aprobată de Hotărârea Guvernului nr. 121/2015 (MO nr. 195 din 24 martie 2015)

⁶⁰ Hotărârea Guvernului nr. 383 din 27.05.2015 pentru aprobarea Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 și a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020 (MO nr. 463 din 26.06.2015)

9.3.2 Structura sistemului de asistență pentru consumatorii de droguri privați de libertate

Intervenția în domeniul reducerii cererii de droguri vizează trei direcții de acțiune: prevenirea, tratamentul și reinserția socială, iar pentru acest tip de activități sunt responsabile Direcția Medicală și Direcția Reintegrare Socială. În toate unitățile penitenciar sunt furnizate de către specialiștii ANP servicii medicale și servicii generale de asistență psihologică și socială (informare, consiliere, formare profesională etc.) și sunt susținute, în parteneriat cu diferite organizații non-guvernamentale, activități destinate prevenirii consumului de droguri. Procesul este corect orientat, atât în raport de obiectivele strategice naționale ale luptei antidrog, cât și față de cele prevăzute în strategiile proprii de dezvoltare și modernizare ale mediului penitenciar și vizează, cu prioritate, diversificarea tipurilor de servicii existente, consolidarea și extinderea acestora în vederea creșterii progresive a disponibilității lor geografice în întreg sistemul penitenciar.

A. Organizarea sistemului de asistență medicală în penitenciar

Furnizarea asistenței medicale la nivelul sistemului penitenciar se desfășoară conform prevederilor Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Justiției privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor, nr.1016/ 2007, document care promovează echivalența serviciilor de asistență medicală oferite deținuților cu cele oferite în sistemul public de sănătate. Astfel, art. 3 stipulează faptul că este garantat dreptul la asistență medicală a persoanelor private de libertate și acestea beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și medicamente⁶¹, iar Capitolul III - "Activitatea profilactică și sanitar-antiepideemică", Secțiunea 6 - "Asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri" - descrie generic modul de acordare a serviciilor de asistență, procedura fiind reluată și în alte documente interne ale Administrației Naționale a Penitenciarelor.

Este, de asemenea, stabilit cadrul legal în care se acționează pentru prevenirea și combaterea bolilor transmisibile, supravegherea și controlul infecțiilor cu transmitere sexuală⁶², inclusiv HIV/ SIDA⁶³.

⁶¹ Art. 64 reglementează explicit și regimul acordării de medicamente în sistemul penitenciar (administrarea medicamentelor antidiabetice, tuberculostatice, antiepileptice, antipsihotice, anxiolitice, hipnotice și sedative, precum și a altor medicamente la recomandarea medicului se face strict supravegheat, în funcție de caz; deținutul semnează pentru primirea acestor medicamente, la fiecare administrare, într-o evidență specială).

⁶² Persoanelor private de libertate li se efectuează la intrarea și în timpul detenției examen serologic pentru depistarea sifilisului. Persoanelor cu serologie pozitivă HIV li se efectuează investigații pentru depistarea infecțiilor cu transmitere sexuală.

⁶³ Art. 104 - Direcția medicală din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor promovează în unitățile de deținere metode și proceduri în concordanță cu Programul național de prevenire și combatere a infecției HIV/ SIDA și recomandările Consiliului Europei de prevenire și combatere a infecției HIV/ SIDA în penitenciare.

B. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri privați de libertate

Tratamentul substitutiv cu opiacee

În anul 2014, s-a reușit includerea penitenciarului spital București-Rahova, ca și centru de derulare a subprogramului de prevenire și tratament al toxico-dependențelor din cadrul Programului național de sănătate mintală, program finanțat din bugetul de stat al Ministerului Sănătății, iar unitățile în care s-a desfășurat programul cu tratament substitutiv au fost: Penitenciarul Spital Rahova, Penitenciarul Rahova, Penitenciarul Jilava, Penitenciarul Spital Jilava, Penitenciarul Giurgiu, Penitenciarul Colibași, Penitenciarul de Minori Tineri Craiova.

În vederea asigurării continuității tratamentului de substituție cu metadonă, pentru persoanele consumatoare de droguri care se eliberează, Agenția Națională Antidrog asigură, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, locuri pentru tratamentul de menținere a abstenenței cu metadonă, precum și intervențiile de tip psiho-social necesare reintegrării și reinsertiei. Procedural, "când consumatorul inclus într-un program de asistență părăsește locul de detenție, va fi notificat de îndată centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog teritorial în vederea continuării programului în stare de libertate."⁶⁴.

9.3.3 Răspunsuri la problemele de sănătate generate de consumul de droguri pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate

Asistență medicală în penitenciar - în anul 2014⁶⁵, s-au acordat deținuților 854626 consultații (indicele de asigurare a consultațiilor fiind 30,38/ deținut), iar monitorizarea de specialitate a fost asigurată prin intermediul penitenciarelor spital și a rețelei sanitare publice (15327 internări în penitenciarele spital și 475 în unități sanitare publice).

Servicii specializate pentru consumatorii de droguri privați de libertate

A. Serviciile de prevenire: informare - educare - consiliere privind consumul de droguri

În prezent, nu există programe educaționale speciale de prevenire a riscului de supradoză la eliberarea din penitenciar. Acest tip de programe/ intervenții sunt realizate exclusiv pentru persoanele private de libertate care participă la programele/ serviciile de tratament substitutiv cu opiacee, în penitenciarele unde acestea sunt disponibile. Astfel, în cadrul programului „Reducerea riscului de recidivă după închisoare”, specialiști ai serviciilor de probațiune și ai Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au realizat activități de prevenire a consumului de droguri adresate deținuților din penitenciarele Bacău, Galați, Ialomița și Focșani.

⁶⁴ Art. 123 din "Ordin privind asigurarea asistentei medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor, 1016/2007"

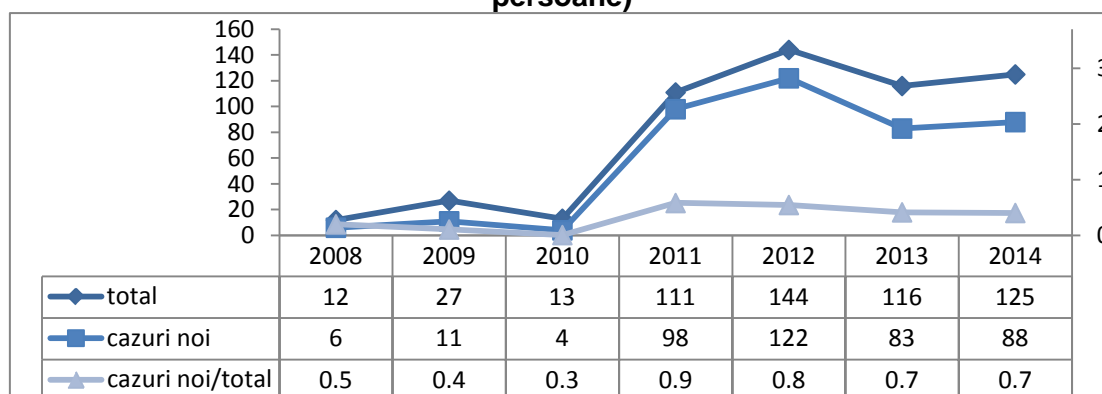
⁶⁵ Rețeaua sanitară ANP în anul 2014 era formată din: 38 de cabinete de medicină primară; 33 de cabinete de medicină dentară funcționale; 6 laboratoare de tehnică dentară funcționale (din care în 2 sunt executate lucrări protetice pentru deținuți) și 1291 paturi pentru spitalizare continuă

B. Serviciile de asistență

Consumatorii de droguri aflați în detenție pot beneficia de asistență acordată în cadrul penitenciarului atât de echipele de specialiști din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor, cât și de cele din cadrul centrelor teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog⁶⁶. În anul 2014, au fost asistați în regim de detenție 125 beneficiari. Comparativ cu anul anterior, în anul 2014, se observă o ușoară creștere a numărului de persoane asistate în regim de detenție, numărul locațiilor în care s-a acordat asistență fiind același (2011-9 județe, 2012-14 județe, 2013- 3 județe față de 2014-13 județe).

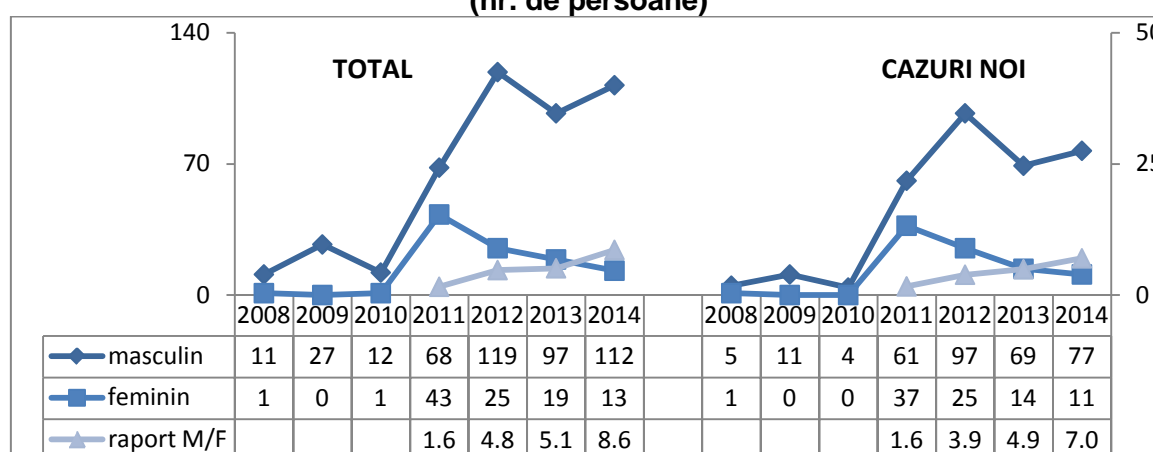
Similar anului anterior, analiza admitterilor la tratament indică, pentru anul de referință, faptul că, majoritatea deținuților, care a solicitat asistență, a+ intrat pentru prima oară în sistemul de servicii specifice consumatorilor de droguri (cazuri noi).

Grafic 9-7: Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2008-2014 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

Grafic 9-8: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de sexul beneficiarului, date comparate 2008-2014 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

⁶⁶ Asistența persoanelor private de libertate de către echipele de specialiști din cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog se realizează din 2007, dar acestea se pot raporta separat doar din 2011, datorită îmbunătățirii capacității de colectare a datelor. Anterior erau incluse în numărul persoanelor asistate de ANA, fără a se putea face precizarea câte sunt persoane aflate în stare privată de libertate

Raportul bărbați/ femei pentru persoanele care au solicitat servicii de asistență pentru consum de droguri a fost 8,6:1 în anul 2014, menținându-și tendința de creștere din ultimii 3 ani. Având în vedere doar cazurile noi, raportul M/ F are o valoare mai mică, fapt care poate sugera o mai mare adresabilitate către servicii în cazul persoanelor de sex feminin care solicită pentru prima oară tratament.

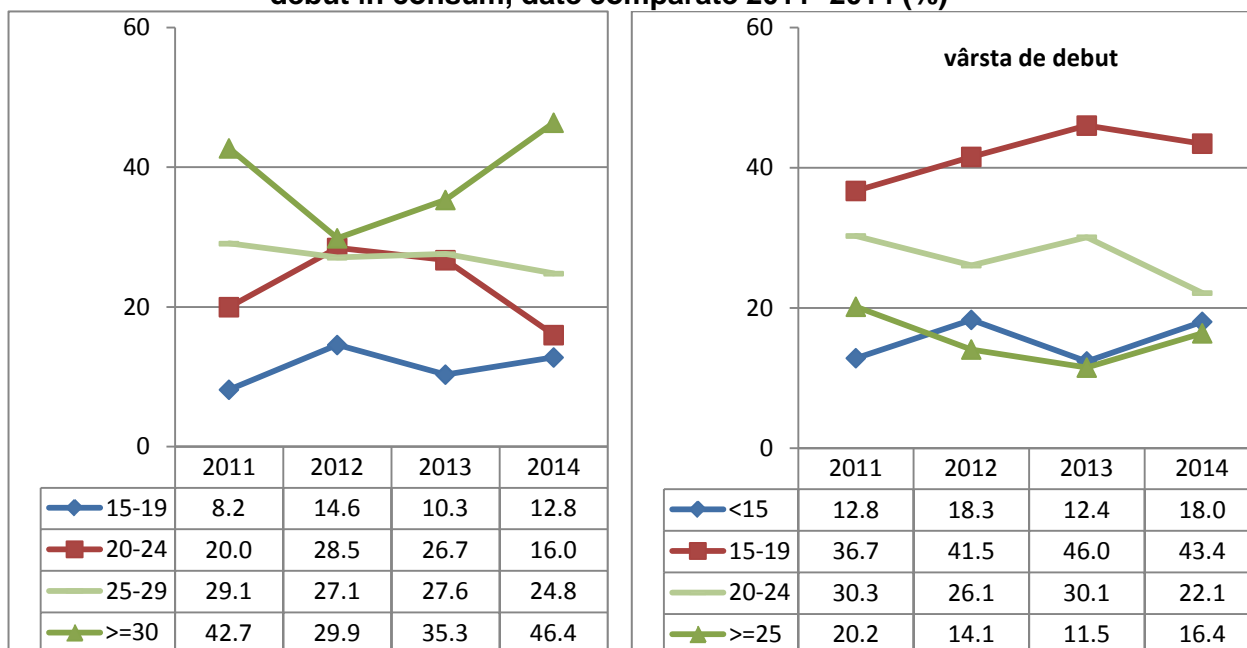
În funcție de grupa de vârstă, în anul 2014, cele mai multe admiteri la tratament au fost pentru persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (50%). Analizând datele pentru perioada 2011-2014, se constată o creștere a proporției solicitărilor de asistență din partea persoanelor cu vârsta de 15-19 ani și ≥ 30 ani și o scădere a proporției pentru subiecții cu vârsta între 20 și 29 ani (scădere cu 8,3 puncte procentuale, de la 49,1% în 2011 la 40,8% în 2014). În privința **vârstei de debut** în consum, se observă că grupa de vârstă cu cel mai mare risc este cea de 15-19 ani.

Tabel 9-4: Distribuția admițerilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008 - 2014 (nr. de persoane)

Vârsta	An	Grupa de vârstă (ani)								ne-precizat	Total	Media de vârstă
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	≥ 45			
admițerii la tratament	2008	0	0	2	5	4	1	0	0	0	12	28,9
	2009	0	0	4	9	9	2	0	3	0	27	30,5
	2010	0	0	2	4	6	0	0	1	0	13	31,0
	2011	0	9	22	32	24	18	5	0	1	110	28,5
	2012	0	21	41	39	26	11	6	0	0	144	26,5
	2013	0	12	31	32	23	12	2	4	0	116	27,7
	2014	0	16	20	31	32	19	5	2	0	125	28,6
de debut în consum	2008	2	2	6	1	1	0	0	0	0	12	20,3
	2009	1	15	6	4	0	1	0	0	0	27	19,6
	2010	0	5	7	0	0	0	1	0	0	13	21,8
	2011	14	40	33	17	3	2	0	0	2	111	20,28
	2012	26	59	37	11	6	3	0	0	2	144	20,26
	2013	14	52	34	6	5	1	1	0	3	116	19,3
	2014	22	53	27	13	4	2	1	0	3	125	19,25

Sursa: ANP și ANA

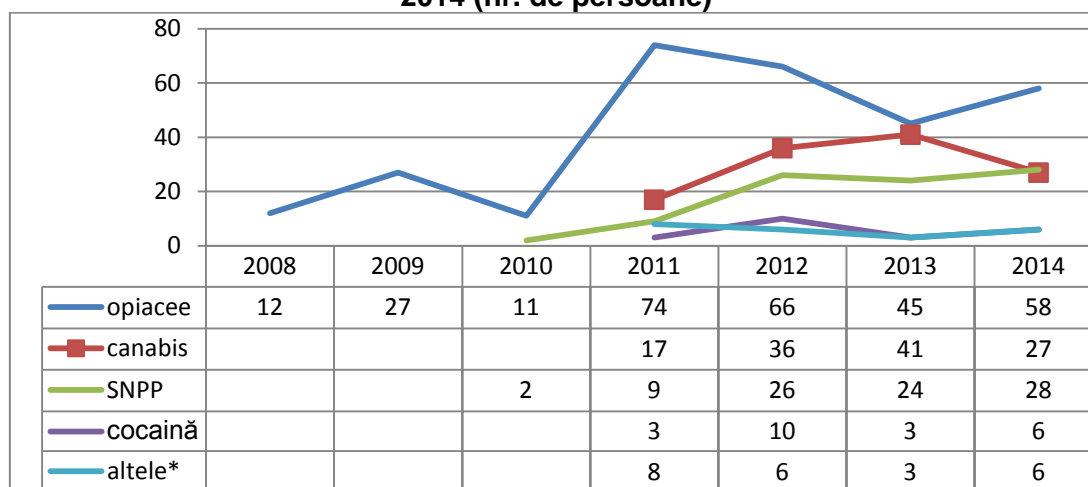
Grafic 9-9: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de grupa de vârstă de admitere la tratament și de debut în consum, date comparate 2011- 2014 (%)



Sursa: ANP și ANA

În anul 2014, cele mai multe admiteri la tratament în sistemul penitenciar au fost pentru consum de heroină. Dacă în comunitate cannabisul reprezintă drogul principal de consum pentru care s-a înregistrat, în anul de referință, cea mai mare creștere în ceea ce privește cererea de tratament, în sistemul penitenciar, s-a înregistrat un declin al solicitărilor de asistență pentru consum de cannabis. Comparativ cu perioada 2008-2010, când majoritatea solicitărilor de tratament au fost înregistrate pentru consum de heroină, în ultimii 3 ani se observă o diversificare a tipurilor de droguri pentru care se solicită asistență, în principal cannabis și SNPP.

Grafic 9-10: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008 - 2014 (nr. de persoane)

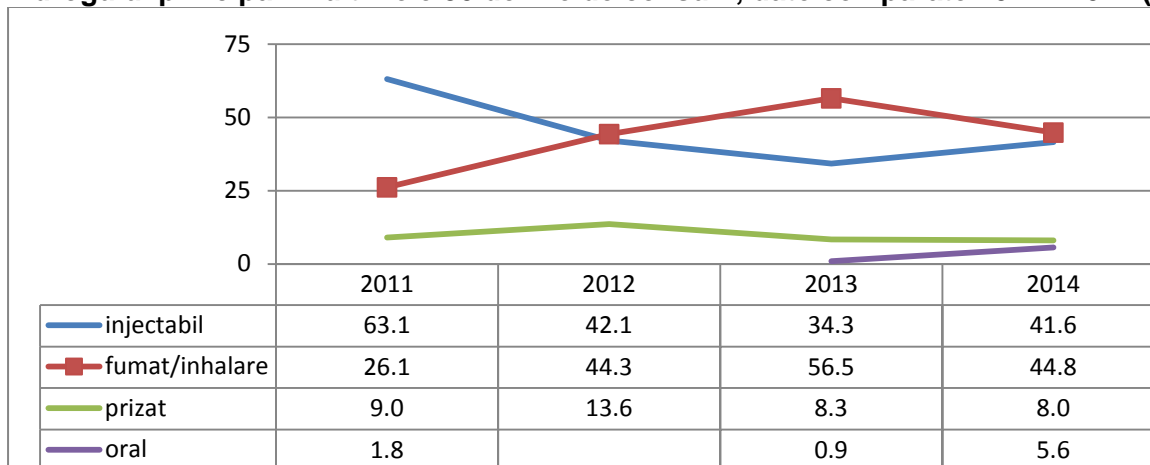


Notă: altele* - solvenți, stimulente și halucinogene

Sursa: ANP și ANA

Analiza datelor privind calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile de consum, în anul de referință, indică următoarele: 44,8% dintre persoanele admise la tratament în regim de detenție consumaseră cannabis sau SNPP pulmonar/ fumat, în timp ce, 41,6% consumaseră heroină sau SNPP pe cale injectabilă. Începând cu anul 2012, administrarea pulmonară se situează pe primul loc în ceea ce privește calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal.

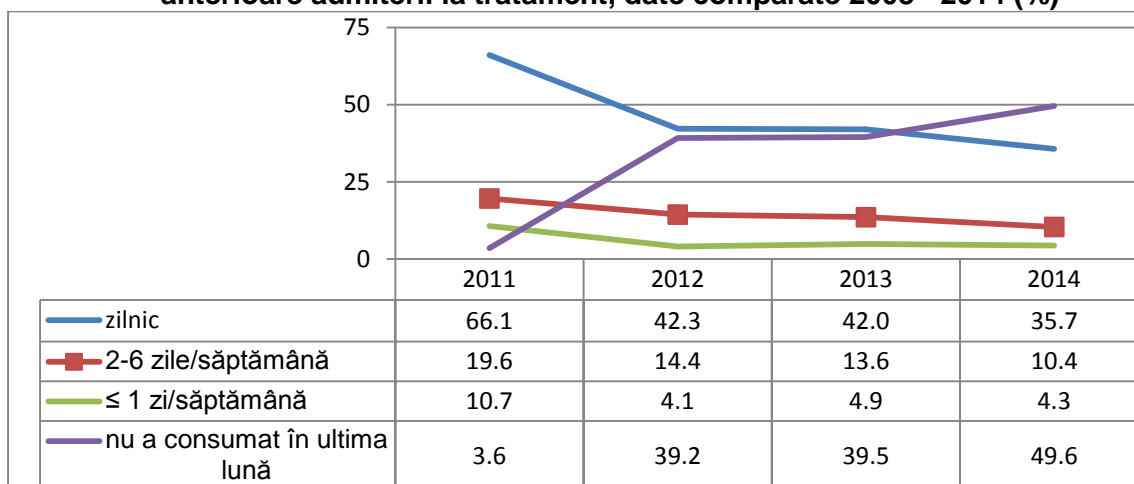
Grafic 9-11: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile de consum, date comparate 2011 - 2014 (%)



Sursa: ANP și ANA

Distribuția cazurilor în funcție de frecvența consumului în ultimele 30 de zile anterioare admitterii la tratament, indică faptul că aproximativ jumătate (49,6%) dintre persoanele care au accesat servicii în regim de detenție în anul 2014 nu mai consumaseră în ultima lună, 35,7% au avut un consum zilnic, 10,4% au consumat între 2-4 zile pe săptămână, iar 4,3% au consumat cel mult 1 zi pe săptămână. Pentru perioada 2011-2014 se observă o tendință de scădere a consumului zilnic și de creștere a proporției celor care încetaseră consumul în ultimele 30 de zile anterioare admitterii la tratament.

Grafic 9-12: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența consumului în ultimele 30 de zile anterioare admitterii la tratament, date comparate 2008 - 2014 (%)



Sursa: ANP și ANA

În 2013-2014, Administrația Națională a Penitenciarelor a continuat Proiectele „Prevenirea HIV și tratamentul consumatorilor de droguri injectabile în penitenciarele din România”⁶⁷ și „Hepatita poate fi oriunde”⁶⁸, care au avut drept scop depistarea precoce a virusului HIV și a hepatitelor virale B și C, în vederea inițierii cât mai rapide a tratamentului pentru persoanele bolnave⁶⁹ și, implicit, implementarea următoarelor tipuri de servicii: testare HIV, testare hepatite C și B, distribuire de prezervative, tratament de menținere a abstenenței cu metadonă și schimbul de seringi (pentru acest ultim tip de serviciu nu s-au înregistrat însă solicitări).

Asistență psiho-socială pentru persoanele consumatoare de droguri sau cu antecedente de consum

Implementarea în sistemul penitenciar, începând cu anul 2009, a Programului specific de asistență psiho-socială destinat persoanelor consumatoare de droguri sau cu antecedente de consum aflate în mediul penitenciar a implicat o abordare multidisciplinară (educator, psiholog, asistent social și medic) și intervenție specifică structurată în programe de tip psihoterapeutic, consolidată prin programe educaționale în cadrul cărora pe lângă școlarizare și calificare s-a pus accentul pe informare și dezvoltarea de competențe, care să permită persoanelor private de libertate internalizarea unui sistem de norme și valori prosoziale și formarea unor deprinderi care să susțină un stil de viață sănătos. În anul 2014, în cadrul programelor educaționale și de asistență psihosocială specifică au fost derulate următoarele tipuri de activități:

⁶⁷ desfășurat în perioada 2009-2013

⁶⁸ desfășurat în perioada noiembrie 2013 - iunie 2015

⁶⁹ În medie, 80% dintre persoanele diagnosticate cu HIV/SIDA, erau cunoscute înainte de arestare cu această afecțiune, iar din testarea a 1.686 deținuți pentru hepatită C, 249 au fost depistați ca purtători de virus hepatic C

a. educaționale: informare privind consumul de droguri, alcool și tutun (426 persoane) și educație pentru sănătate (386 persoane);

b. asistență psihosocială specifică: pentru persoanele cu antecedente de toxicomanie (386 persoane), în consum de alcool (118 persoane) și dependențe (jocuri, adicții, alcool) - 72 persoane.

Tabel 9-5: Dinamica participării deținuților la programe educaționale și de asistență psihosocială specifică, date comparate 2009-2014 (nr. de persoane)

Tip programe		2009	2010	2011	2012	2013	2014
educaționale	informare consum droguri, alcool, tutun		3706	2240	577	589	426
	educație pentru sănătate	5631	5731	3770	2852	2127	3086
asistență psihosocială specifică	pentru persoanele cu antecedente de toxicomanie	1820	1006	717	479	364	386
	comunitate terapeutică				117	109	120
	pentru persoanele cu antecedente în consum de alcool				149	151	118
	pentru persoanele cu afecțiuni psihice	1130	751	600	237	253	108
	pentru persoanele cu risc crescut de suicid	766	650	377	166	30	58
	dependențe (jocuri, adicții, alcool)						72

Sursa: ANP

De asemenea, au fost continuate demersurile pentru extinderea și diversificarea ofertei de programe educative: Programul „Educație pentru sănătate” – 2 module, Programul „Talent 4 – Program de autocunoaștere și de orientare vocațională”, Programul „Universul cunoașterii” – Modulele I-IX (revizuire și completare), Programul „Educație civică” (revizuire și completare).

Comunități terapeutice

În cadrul celor 3 comunități terapeutice, înființate prin proiectul RO-0034 – „Crearea a 3 comunități terapeutice în penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor”, finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European, se realizează următoarele programe și activități: educaționale, sportive, de informare, consiliere și asistență socială, psihologică, activități de creație. Conform datelor furnizate de ANP, în perioada 2011-2014, au fost evaluate în vederea includerii în programul celor 3 comunități terapeutice, 623 persoane private de libertate (2011-132, 2012-284, 2013-68 și 2014-139), dintre care 354 persoane (2011-102, 2012-117, 2013-108 și 2014-27) au finalizat programul respectiv.

C. servicii de reintegrare socială postliberare

Anul 2014 a fost marcat de intrarea în vigoare a noilor Coduri Penal și de Procedură Penală, precum și de aplicarea, începând cu data de 01.02.2014, a Legii nr. 254/ 2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare. Administrația Națională a Penitenciarelor, ca instituție a statului implicată activ în procesul aplicării legii în materia executării pedepselor, a dispus măsuri pentru implementarea noilor prevederi, atât pe direcția aplicării dispozițiilor execuțional-penale, cât și pe direcția aplicării instrumentelor

destinate reintegrării sociale a condamnaților și a persoanelor sancționate cu măsura educativă a internării într-un centru educativ sau de detenție.

Deși în puține cazuri beneficiarii țintă sunt exclusiv persoanele private de libertate și foști consumatori de droguri, trecerea în revistă a proiectelor implementate de Administrația Națională a Penitenciarelor⁷⁰, în perioada 2005-2014 relevă faptul că problematica reintegrării sociale postliberare a persoanelor care au fost condamnate penal este asumată și reprezintă o preocupare permanentă.

9.3.4 Tratament de substituție

Baza acordării serviciilor de tratament substitutiv o constituie Ordinul Comun al Ministerului Sănătății, Ministerului Justiției, Ministerul Administrației și Internelor nr. 1.216/ C din 2006⁷¹. Aceste servicii sunt disponibile începând cu anul 2008, fiind dezvoltate în cadrul proiectului *Prevenirea și asistența HIV/ SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în comunitate și în penitenciarele din România*⁷². În urma derulării acestui proiect, în prima parte a anului 2008 s-a realizat manualul/ ghidul de proceduri privind tratamentul substitutiv cu opiacee în penitenciar și a devenit funcțional primul centru pilot de substituție cu metadonă - înființat la Penitenciarul Spital Rahova. Până la sfârșitul anului 2008, încă 3 unități furnizoare de acest tip de servicii au fost disponibile în Penitenciarele Rahova și Jilava și în Penitenciarul Spital București-Jilava.

Deși în anii următori serviciul a devenit disponibil și în alte unități penitenciare (Penitenciarul Colibași și Penitenciarul Spital Colibași, Penitenciarul Craiova și Penitenciarul Spital Craiova, Penitenciarul Giurgiu și Penitenciarul Brăila), similar admiterilor la tratament din comunitate, se poate constata menținerea concentrării disponibilității serviciului cu predilecție în Municipiul București. În perioada 2012-2013, odată cu finalizarea asistenței

⁷⁰ <http://anp.gov.ro/raport-de-activitate-anual> și <http://89.32.46.17/web/anp/programe-si-strategii-in-derulare>

⁷¹ **Art. 13.** – (1) În cazul în care pentru un consumator aflat în penitenciar a fost stabilit programul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri – PIT 4, în formă de program substitutiv cu agoniști de opiacee, se procedează după cum urmează:

a) faza de stabilizare desfășurată în scopul stabilirii dozei de menținere cu agoniști se realizează în penitenciarele-spital care au personal abilitat, potrivit legii, în tratamentul consumatorului sau, după caz, într-o unitate medicală dintre cele desemnate potrivit art. 23 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005;

b) faza de menținere se asigură de către medicul unității la penitenciar.

(2) În vederea realizării fazei de menținere, penitenciarele asigură condițiile de păstrare, depozitare și vehiculare a metadonei, potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(3) În cazul în care pentru un consumator aflat în arest a fost stabilit programul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri – PIT 4, în formă de program substitutiv cu agoniști de opiacee, iar condițiile medicale existente nu sunt suficiente, faza de stabilizare și de menținere se asigură într-o unitate medicală dintre cele desemnate potrivit art. 23 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005.

⁷² finanțat de către Ministerul Sănătății din Olanda și derulat cu sprijinul tehnic al UNODC

financiare internaționale⁷³, întrucât, în ciuda eforturilor repetate și susținute din partea Administrației Naționale a Penitenciarelor, nu s-a reușit introducerea niciuna dintre penitenciarele - spital pe lista unităților sanitare care derulează subprogramul de prevenire și tratament al toxico-dependențelor, din cadrul Programului național de sănătate mintală, program finanțat din bugetul de stat al Ministerului Sănătății, achiziția de metadonă s-a făcut cu fonduri din bugetul Ministerului de Justiție sau s-a asigurat printr-un centru teritorial al ANA.

În perioada 2008-2013, de serviciile de tratament substitutiv cu metadonă au beneficiat 90 consumatori de droguri aflați în stare privativă de libertate (în anul 2013 - 16 beneficiari, în anul 2012 - 14 beneficiari, în 2011 - 8 consumatori, în 2010 - 13 consumatori, în 2009 - 27 consumatori și în 2008 - 12 consumatori)⁷⁴.

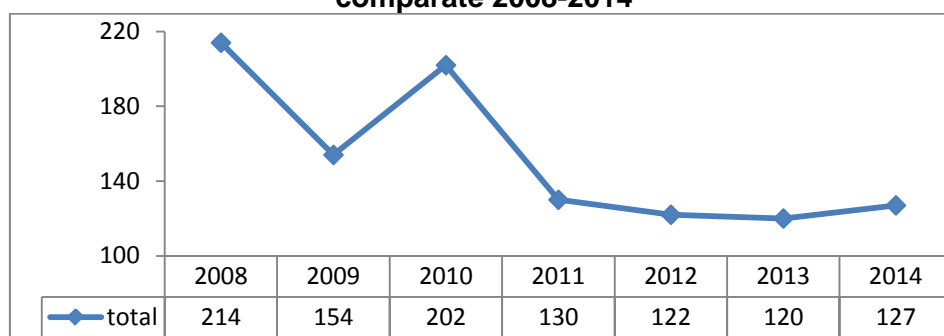
În anul de referință, programul cu tratament substitutiv a fost accesat de 19 persoane private de libertate; s-a utilizat metadonă (doza medie zilnică a fost de 70 mg⁷⁵) și nu au fost distribuiți și alți agoniști de tipul suboxonelor (buprenorfină și naloxonă).

9.4 ALTE INFORMAȚII DE INTERES

9.4.1 Piața drogurilor în penitenciar

Conform datelor, numărul cazurilor de descoperire a substanțelor interzise a rămas similar în ultimii 4 ani. De menționat că în anul 2012, ANP a implementat, ca elemente de serviciu, unități canine de depistare a drogurilor⁷⁶ și telefoanelor mobile, în 8 penitenciare (Iași, Poarta Albă, Mărgineni, București Rahova, Gherla, Craiova, Timișoara, Aiud).

Grafic 9-13: Evoluția numărului de cazuri de descoperire a substanțelor interzise, date comparate 2008-2014



Sursa: ANP

⁷³ Această măsură preconizată pentru anul 2011, a fost amânată datorită faptului că finanțarea UNODC a permis prelungirea cu încă un an a programului de prevenire HIV/ SIDA în mediul penitenciar cu fonduri externe.

⁷⁴ nu se realizează o monitorizare specifică a persoanelor incluse în acest tip de tratament; situația prezentată fiind cea rezultată în urma monitorizării indicatorului admitere la tratament (fișa de externare - servicii acordate în perioada asistenței)

⁷⁵ în 2011 - doza medie zilnică de metadonă utilizată era de 60 – 72 mg/zi

⁷⁶ Pentru pregătirea acestora au fost ridicate de la IGPR substanțe stupefiante și distribuite celor 8 unități menționate.

10. CERCETARE

10.1.REZUMAT

Cercetarea în domeniul drogurilor este realizată, în principal, de instituții guvernamentale, dar și de către organizații neguvernamentale, rezultatele fiind diseminate prin intermediul *website*-urilor și revistelor de specialitate. Instituțiile guvernamentale și organizațiile neguvernamentale pot beneficia de fonduri externe, cum ar fi: Banca Mondială, Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, Open Society Institute, UNICEF, UNODC.

Unul dintre obiectivele Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2012-2020 este reprezentat de “promovarea cercetării științifice ca nucleu de bază în definirea și dezvoltarea răspunsurilor în domeniu”. Obiectivul este implementat prin activități prevăzute în Planul Național de Acțiune pentru perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog prin derularea de studii specifice în rândul diferitelor categorii de populație (GPS, ESPAD, populație tânără, grupuri vulnerabile) și, de asemenea, prin studii locale și regionale. Acestea sunt realizate, în principal, în baza metodologiilor dezvoltate de Agenția Națională Antidrog cu sprijinul Comitetului Științific.

Agenția Națională Antidrog utilizează *site*-ul și rapoartele sale, dar și revistele științifice ca principale canale de diseminare a rezultatelor studiilor derulate în domeniul drogurilor. Studiile recente menționate în cel mai recent raport publicat (Raportul Național privind situația drogurilor 2014) vizează în special aspecte legate de prevalența și consecințele asociate consumului de droguri. Studiile derulate în cadrul altor grupuri vulnerabile au fost menționate în rapoartele anterioare.

10.2.Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu

- Agenția Națională Antidrog
- Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof. Dr. Matei Balș”
- Universitatea de Medicină și Farmacie București
- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
- Romanian Angel Appeal
- Asociația Română Anti-SIDA
- Carusel

10.3.Principali finanțatori

- Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică finanțează proiecte de cercetare ale instituțiilor guvernamentale în cadrul programelor de cercetare de excelență.

- Organizațiile neguvernamentale beneficiază de fonduri externe Banca Mondială, Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, Fundația Soros, UNICEF, UNODC
- Agenția Națională Antidrog a implementat mai multe proiecte finanțate prin fonduri PHARE (PHARE–EMCDDA "Participarea României și Bulgariei la activitățile EMCDDA"), fonduri UN și Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, dar și cu finanțare de la bugetul de stat, prin intermediul programului de cercetare de excelență.

10.4 Principalele publicații în domeniu

În România, publicațiile științifice orientate către cercetarea în domeniul drogurilor sunt încă limitate. Cu toate acestea, diferite reviste publică subiecte de interes în domeniul sănătății publice și științelor sociale. Revistele prezentate mai jos au inclus articole bazate pe proiecte de cercetare derulate în domeniul reducerii cererii de droguri.

Tabel 10-1: Principalele publicații în domeniu

Nume	Domeniu	Limbă	Sumar
Calitatea vieții	Științe sociale	Română	Română, Engleză
Revista Română de Sociologie	Sociologie	Română	Română, Engleză
Revista Sociologie Românească	Sociologie	Română	Română, Engleză
Management în sănătate	Sănătate	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de psihologie	Științe sociale	Română	Română, Engleză
Revista Română de psihiatrie	Sănătate	Română	Română, Engleză
Revista Română de medicină legală	Sănătate	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de asistență socială	Științe sociale	Română, Engleză	Română, Engleză

Sursa: ANA

10.5 Principalele site-uri

- [Agenția Națională Antidrog](#)
- [ALIAT](#)
- [Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale](#)
- [Romanian Harm Reduction Network](#)

10.6 Cele mai recente cercetări realizate (2012)

Publicate:

Agenția Națională Antidrog (2015). Studiul național în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri GPS – 2013. *Studii în domeniul drogurilor*, 2, (1). <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>

Agenția Națională Antidrog (2013). Cercetare la nivelul municipiului București în rândul populației consumatorilor problematici de droguri neinstituționalizați, în vederea evaluării riscului/ gradului de excludere socială cu care se confruntă aceste persoane. *Studii în domeniul drogurilor*, 1, (1).

<http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final-1.pdf>

Agenția Națională Antidrog (2013). Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD – 2011. *Studii în domeniul drogurilor*, 1, (2). <http://www.ana.gov.ro/studii/Studiu%20ESPAD%202013%20rev%202015.pdf>

În derulare (2015):

ESPAD – analiza datelor

BSS – colectarea datelor

10.7 Informații suplimentare

În vederea îmbunătățirii domeniului, în anul 2014, Agenția Națională Antidrog a publicat primul număr al unei reviste intitulate *Revista Adictologia*, în care au fost prezentate câteva articole privind consumul de droguri.

(<http://www.ana.gov.ro/ordt/adictologia/Revista%20Adictologia%20nr.%201%202014.pdf>).

De asemenea, în anul 2013, Observatorul Român de Droguri și Toxicomanii din cadrul Agenției a publicat 3 numere ale unui *newsletter* în care au fost prezentate diferite informații privind:

- cercetări din România și alte state europene sau din America Latină (în cadrul proiectului COPOLAD),
- site-ul EMCDDA
- reviste din România în care au fost publicate articole din domeniul drogurilor

http://www.ana.gov.ro/ordt/bba/BBA%201_2013.pdf, http://www.ana.gov.ro/ordt/bba/BBA%202_2013.pdf, http://www.ana.gov.ro/ordt/bba/BBA%203_2013.pdf

Chiar dacă nu sunt reviste științifice, cele două publicații prezentate anterior au scopul de a disemina informațiile din domeniul drogurilor și să contribuie la sprijinirea cercetării specifice.

LISTA GRAFICELOR

Grafic 1-1: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2014.....	27
Grafic 1-2: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2014	28
Grafic 2-1: Prevalența consumului de canabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă	35
Grafic 2-2: Prevalența consumului de canabis în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional	36
Grafic 2-3: Prevalența consumului de canabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional	36
Grafic 2-4: Prevalența consumului de canabis în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință	37
Grafic 2-5: Vârsta de debut în consumul de canabis, în funcție de grupa de vârstă.....	38
Grafic 2-6: Prevalența consumului de canabis – tendințe la nivel național	38
Grafic 2-7: Percepția privind disponibilitatea canabisului pe piața drogurilor	39
Grafic 2-8: Consumul problematic de canabis, în funcție de rezultatele scalei CAST	43
Grafic 2-9: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului	44
Grafic 2-10: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă	44
Grafic 2-11: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional	45
Grafic 2-12: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional	45
Grafic 2-13: Prevalența consumului de ecstasy în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință	46
Grafic 2-14: Vârsta de debut în consumul de ecstasy, în funcție de grupa de vârstă	46
Grafic 2-15: Percepția disponibilității ecstasy pe piața drogurilor	47
Grafic 2-16: Prevalența consumului de ecstasy – tendințe la nivel național.....	47
Grafic 2-17: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului	48
Grafic 2-18: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă.....	48
Grafic 2-19: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional.....	49
Grafic 2-20: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional.....	49
Grafic 2-21: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință.....	50
Grafic 2-22: Vârsta de debut în consumul de cocaină/ crack, în funcție de grupa de vârstă	51
Grafic 2-23: Percepția disponibilității de cocaină/ crack pe piața drogurilor	51
Grafic 2-24: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de cocaină – tendințe la nivel național	52
Grafic 2-25: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului	52
Grafic 2-26: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă.....	53
Grafic 2-27: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional.....	53
Grafic 2-28: Prevalența consumului de amfetamine în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional.....	54

Grafic 2-29: Prevalența consumului de cocaină/ crack în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință	54
Grafic 2-30: Vârsta de debut în consumul de amfetamine, în funcție de grupa de vârstă	55
Grafic 2-31: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de amfetamine – tendințe la nivel național.....	55
Grafic 2-32: Prevalența de-a lungul vieții a consumului de heroină – tendințe la nivel național.....	59
Grafic 2-33: Prevalența consumului de heroină de-a lungul vieții, în funcție de sexul și regiunea de rezidență a respondentului.....	59
Grafic 2-34: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, în perioada 2011-2014.....	60
Grafic 2-35: Prevalența consumului de SNPP – tendințe la nivel național	66
Grafic 2-36: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului	66
Grafic 2-37: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și grupa de vârstă	67
Grafic 2-38: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp analizată și nivelul educațional	67
Grafic 2-39: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și statusul ocupațional	68
Grafic 2-40: Prevalența consumului de SNPP în populația generală, în funcție de perioada de timp și regiunea de reședință	68
Grafic 2-41: Vârsta de debut în consumul de SNPP, în funcție de grupa de vârstă.....	69
Grafic 2-42: Percepția disponibilității SNPP pe piața drogurilor.....	69
Grafic 2-43: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de SNPP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2014 (număr cazuri).....	70
Grafic 4-1: Numărul de persoane care au fost admise la tratament în funcție de drogul principal.....	108
Grafic 4-2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2014	113
Grafic 4-3: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2014	114
Grafic 4-4: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2012	115
Grafic 6-1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2014	147
Grafic 6-2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2014 (nr. cazuri)	148
Grafic 6-3: Evoluția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, în intervalul 2000-2014 (număr de cazuri).....	148
Grafic 6-4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2014	149
Grafic 6-5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2014.....	149
Grafic 6-6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007-2014 (%)	151
Grafic 6-7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2014.....	151
Grafic 6-8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2014	153
Grafic 6-9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2014	154
Grafic 6-10: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2012-2014 (număr cazuri).....	160
Grafic 6-11: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate (consum exclusiv), date comparate 2013-2014 (%).....	161

Grafic 6-12: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de sex și categoria de vârstă, date comparate 2013-2014(%)	162
Grafic 6-13: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2014 (%).....	163
Grafic 6-14: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2014 (%).....	163
Grafic 6-15: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2014, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv)	164
Grafic 6-16: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2014, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %).....	167
Grafic 6-17: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive în 2014, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ rata incidenței urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite la 1.000.000 locuitori)	168
Grafic 6-18: Evoluția cazuisticii urgențelor medicale datorate exclusiv consumului de droguri ilicite, pe tipuri de droguri, 2014 față de 2013	170
Grafic 6-19: Evoluția cazuisticii urgențelor medicale datorate exclusiv consumului de droguri ilicite, pe tipuri de droguri, date comparate (%)	171
Grafic 6-20: Numărul de testări valide, numărul celor care-și declară statusul serologic și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de statusul de injectare, 2014 (TDI)	175
Grafic 6-21: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de sex, 2014 (TDI)	176
Grafic 6-22: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de grupa de vârstă, 2014 (TDI)	178
Grafic 6-23: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de istoricul de injectare, 2014 (TDI)	179
Grafic 6-24: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, HVB și HVC în funcție de statusul admiterii la tratament, 2014 (TDI).....	180
Grafic 6-25: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de CDI înregistrați în programele de schimb de seringi, 2012-2014	184
Grafic 6-26: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HVC în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, în perioada 2012-2014	185
Grafic 6-27: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HVB în populația de CDI înregistrați în programele de schimb de seringi, în perioada 2012-2014	186
Grafic 6-28: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007-2014 (nr.cazuri)	187
Grafic 6-29: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2014	188
Grafic 6-30: Prevalența HVB, HVC și HIV în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2004-2014 (%)	189
Grafic 7-1: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2001-2014	205
Grafic 7-2: Evoluția cantităților totale (<i>kilograme</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2008–2014	207
Grafic 7-3: Evoluția cantităților totale (<i>comprimate</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2008–2014	207
Grafic 7-4: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri capturate față de cantități semnificative capturate, în perioada 2011-2014	208
Grafic 7-5: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2008-2014.....	209
Grafic 7-6: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2008–2014	209
Grafic 7-7: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate, în perioada 2005-2014.....	210
Grafic 7-8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate față de cea a numărului capturilor de canabis, în perioada 2006-2014	211
Grafic 7-9: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate, în perioada 2005-2014	211

Grafic 7-10: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate față de cea a numărului capturilor de rezină de canabis, în perioada 2006–2014.....	212
Grafic 7-11: Evoluția cantităților de masă verde recoltată capturată, în perioada 2011 - 2014.....	213
Grafic 7-12: Evoluția cantităților de masă verde recoltată capturată față de cea a numărului capturilor de masă verde recoltată, în perioada 2011-2014	213
Grafic 7-13: Evoluția cantităților de cocaină capturată, în perioada 2001-2014	216
Grafic 7-14: Evoluția cantităților de cocaină capturată față de cea a numărului capturilor de cocaină, în perioada 2006-2014	217
Grafic 7-15: Evoluția capturilor de comprimate de tip amfetaminic, în perioada 2001-2014.....	218
Grafic 7-16: Evoluția capturilor de MDMA față de cea a capturilor semnificative de MDMA, în perioada 2011–2014 (comprimate)	219
Grafic 7-17: Evoluția cantităților de heroină capturate, în perioada 2001-2014	221
Grafic 7-18: Evoluția cantităților de heroină capturate față de cea a numărului de capturi de heroină realizate, în perioada 2006-2014	222
Grafic 7-19: Evoluția capturilor de metadonă, în perioada 2008-2014	224
Grafic 7-20: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2014	226
Grafic 7-21: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2004-2014	227
Grafic 7-22: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004-2014.....	227
Grafic 7-23: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2004-2014.....	228
Grafic 7-24: Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008–2014	229
Grafic 7-25: Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2008-2014	229
Grafic 8-1: Evoluția proporției persoane condamnate/ persoane trimise în judecată față de evoluția proporției persoane trimise în judecată/ persoane cercetate, în perioada 2001–2014	232
Grafic 8-2: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări, în perioada 2011–2014.....	232
Grafic 8-3: Distribuția dosarelor soluționate în 2014, în funcție de tipul soluției dispuse (%).....	233
Grafic 8-4: Evoluția proporției de cauze soluționate prin rechizitoriu 2001–2014 (%).....	233
Grafic 8-5: 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 2001-2014	235
Grafic 8-6: Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001-2014 (%)	235
Grafic 8-7: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2001–2014	235
Grafic 8-8: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2014	236
Grafic 8-9: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001-2014	237
Grafic 8-10: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2014	238
Grafic 9-1: Evoluția numărului de deținuți autodeclarați consumatori de droguri la intrarea în detenție, comparativ cu efectivul total de persoane private de libertate, date comparate 2004-2014 (nr., %)	252
Grafic 9-2: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de sex, date comparate 2009-2014 (%)	252
Grafic 9-3: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2009-2014 (%)	253
Grafic 9-4: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2009-2014 (%).....	253
Grafic 9-5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului principal, date comparate 2009-2014 (%).....	254

Grafic 9-6: Dinamica testărilor pentru HIV, HVB și HVC, date comparate 2012-2014 (nr.)	254
Grafic 9-7: Distribuția admitterilor la tratament în anul de referință, în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2008-2014 (nr. de persoane)	261
Grafic 9-8: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de sexul beneficiarului, date comparate 2008-2014 (nr. de persoane).....	261
Grafic 9-9: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de grupa de vârstă de admitere la tratament și de debut în consum, date comparate 2011- 2014 (%)	263
Grafic 9-10: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008 - 2014 (nr. de persoane)	263
Grafic 9-11: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile de consum, date comparate 2011 - 2014 (%).....	264
Grafic 9-12: Distribuția admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de frecvența consumului în ultimele 30 de zile anterioare admitterii la tratament, date comparate 2008 - 2014 (%)	265
Grafic 9-13: Evoluția numărului de cazuri de descoperire a substanțelor interzise, date comparate 2008-2014	268

LISTA TABELELOR

Tabel 1-1: Inițiative legislative ale Guvernului României, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2014	18
Tabel 1-2: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2014	19
Tabel 2-1: Caracteristicile socio-demografice ale populației din eșantion (%)	35
Tabel 2-2: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de cannabis	41
Tabel 2-3: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti în 2014	57
Tabel 2-4: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de opiacee.....	64
Tabel 2-5: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat în 2014 la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de SNPP	72
Tabel 4-1: Caracteristicile centrelor ambulatorii.....	103
Tabel 4-2: Caracteristicile beneficiarilor centrelor ambulatorii	105
Tabel 4-3: Caracteristicile centrelor rezidențiale	105
Tabel 4-4: Caracteristicile beneficiarilor centrelor rezidențiale	107
Tabel 4-5: Numărul de beneficiari aflați în tratament.....	108
Tabel 5-1: Structura Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane	133
Tabel 6-1: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2014	160
Tabel 6-2: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (consum singular sau mixt).....	165
Tabel 6-3: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat).....	181
Tabel 6-4: Prevalența HVC+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat)	182
Tabel 6-5: Prevalența HVB+ în rândul CDI aflați în tratament - 2014 (status serologic testat)	182
Tabel 7-1: Evoluția capturilor semnificative de droguri la nivelul municipiului București și județelor Timiș și Constanța, în perioada 2011-2014	202
Tabel 7-2: Originea, destinația și modalitățile de transport ale principalelor tipuri de droguri capturate în România	204
Tabel 7-3: Evoluția capturilor principalelor tipuri de droguri în România, în perioada 2008-2014.....	208
Tabel 7-4: Situația cantităților de SNPP capturate, precum și a numărului capturilor de SNPP, în perioada 2010-2014	224
Tabel 8-1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2013–2014	234
Tabel 8-2: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006-2014	238
Tabel 9-1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2014.....	250
Tabel 9-2: Proportia efectivelor de deținuți cu recidivă și a celor care au comis infracțiuni privind traficul și consumul de droguri , în perioada 2010-2014	250
Tabel 2-3: Numărul persoanelor condamnate definitiv pentru infracțiuni privind traficul și consumul de droguri și operațiuni cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive și care au fost puse în libertate, în perioada 2010- 2014	251
Tabel 9-4: Distribuția admițerilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008 - 2014 (nr. de persoane)	262
Tabel 9-5: Dinamica participării deținuților la programe educaționale și de asistență psihosocială specifică, date comparate 2009-2014 (nr. de persoane)	266
Tabel 10-1: Principalele publicații în domeniu	270

LISTA HĂRȚILOR

Harta 2-1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de cannabis (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri).....	41
Harta 2-2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri).....	57
Harta 2-3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație), date comparate 2013-2014 (număr cazuri).....	64
Harta 2-4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul exclusiv de SNPP, date comparate 2013-2014 (număr cazuri).....	71
Harta 6-1: Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, la nivelul unităților teritorial-administrative (județe), 2014 (nr. cazuri)	145
Harta 6-2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2013-2014	169
Harta 7-1: Capturi semnificative cannabis iarbă, în perioada 2012-2014.....	214
Harta 7-2: Capturi semnificative rezină de cannabis, în perioada 2012-2014.....	214
Harta 7-3: Evoluția capturilor semnificative de cocaină, în perioada 2012-2014.....	217
Harta 7-4: Evoluția capturilor semnificative de ecstasy, în perioada 2012-2014.....	220
Harta 7-5: Evoluția capturilor semnificative de heroină, în perioada 2012-2014	222
Harta 8-1: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității la regimul drogurilor	241
Harta 8-2: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, precum și distribuția capturilor semnificative	241
Harta 8-3: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității, date coroborate cu numărul persoanelor condamnate, precum și a capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog	242
Harta 8-4 - Situația la nivel teritorial a confiscărilor	243

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

Supervizare: Sorin OPREA – Director Agenția Națională Antidrog

Coordonare: Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU

Contribuția pe capitole:

Capitolul 1 - CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

- *DIRECTOR ANA, Sorin OPREA, specialist în științe juridice*
- *Drd. Laura Izabela PIȘCOCIU, specialist în științe juridice*
- *Iulian ZĂULEȚ, specialist în științe juridice*
- *Delia TIMBUȘ, economist*

Capitolul 2 - PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

- *Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie*
- *Milica GEORGESCU, sociolog*

Capitolul 3 - PREVENIRE

- *Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie*
- *Drd. Diana BOLĂNU, asistent social*

Capitolul 4 - TRATAMENT

- *Dr. Bogdan GHEORGHE, medic*

Capitolul 5 - BEST PRACTICE

- *Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie*
- *Mihaela BEBU, asistent social, doctor în sociologie*

Capitolul 6 - CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI

- *Dr. Gabriel GORUN, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)*
- *Milica GEORGESCU, sociolog*
- *Lavinus SAVA, psiho-sociolog*
- *Valentina ȘTEFAN, psiholog*

Capitolul 7 - PIAȚA DROGURILOR

- *Șef SMROD, Andreea CHELARU, psiho-sociolog*
- *Ovidiu PETRE, specialist în științe juridice*

Capitolul 8 - INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

- *Șef SMROD, Andreea CHELARU, psiho-sociolog*
- *Ana Maria BOȘOGIOIU, specialist în științe juridice*

Capitolul 9 - CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

- *Aurora LEFTER, sociolog, doctor în sociologie*

Capitolul 10 - CERCETARE

- *Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie*
- *Milica GEORGESCU, sociolog*