



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR

2016

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 2015.

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

CUPRINS

1.1 CADRUL LEGISLATIV	9
1.1.1 Legi, regulamente, instrucțiuni și principii directoare în domeniul drogurilor	9
1.1.2 Implementarea legilor	14
1.1.2.1 Nivelul legislativ	15
1.1.2.2 Nivelul operativ	15
1.1.2.3 Nivelul preventiv	17
1.1.2.4 Aspecte privind problematica la nivel internațional	17
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE	17
1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale	19
1.2.1.1 Strategiile județene antidrog	22
1.2.1.2 Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020	22
1.2.2. Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor	24
1.2.3. Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog	27
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE	28
1.4 CONCLUZII	31
2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA	33
2.1.CANABIS	33
2.1.1.Consumul de canabis în populația școlară	33
2.1.2.Tratamentul pentru consum de canabis	36
2.1.3. Consum problematic de canabis	37
2.1.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de canabis	37
2.1.3.2.Consumul problematic	40
2.2.STIMULANȚI	41
2.2.1.Consumul de stimulanți în populația generală	41
2.2.1.1.Ecstasy	41
2.2.1.2.Cocaină/ crack	44
2.2.1.3.Amfetamine	45
2.2.2.Tratamentul pentru stimulanți	48
2.2.3.Consum problematic de stimulanți	48
2.2.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de stimulanți	48
2.3.HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE	51
2.3.1.Estimarea consumului de opiacee	52

2.3.2.	Injecția și alte căi de administrare a opiaceelor	53
2.3.3.	Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee	54
2.3.4.	Tratamentul pentru heroină și alte opiacee	54
2.3.5.	Alte consecințe ale consumului de opiacee	56
2.3.5.1.	Urgențe medicale datorate consumului de opiacee	56
2.4.	NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE	58
2.4.1.	Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP	58
2.4.2.	Tratament pentru consumul de NSP	61
2.4.3.	Consecințe ale consumului de NSP	62
2.4.3.1.	Urgențe medicale datorate consumului de NSP	62
2.5.	SURSE DE DATE UTILIZATE	65
2.6.	METODOLOGIE	65
2.7.	CONCLUZII	66
3.	PREVENIRE	67
3.1.	REZUMAT	67
3.2.	PROFIL NAȚIONAL	68
3.2.1.	Politici și organizare	68
3.2.1.1.	Obiectivele politicilor publice în domeniul prevenirii consumului de droguri....	68
3.2.1.2.	Structuri responsabile pentru dezvoltarea și implementarea de intervenții pentru prevenirea consumului de droguri	69
3.3.	INTERVENȚII ÎN DOMENIUL PREVENIRII CONSUMULUI DE DROGURI	72
3.3.1.	Introducere	72
3.3.2.	Intervenții de prevenire universală	73
3.3.3.	Intervenții de prevenire selectivă	79
3.3.4.	Intervenții de prevenire indicată	81
3.3.5.	Asigurarea calității intervențiilor de prevenire	81
3.4.	CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI:	82
4.	TRATAMENT	83
4.1.	REZUMAT	83
4.2.	PREZENTARE GENERALĂ	83
4.2.1.	Politici și coordonare	84
4.2.1.1.	Obiectivele asistenței integrate pentru persoanele consumatoare de droguri	84
4.2.1.2.	Coordonarea și implementarea obiectivelor asistenței integrate a persoanelor consumatoare de droguri	86

4.2.2. Organizarea și resursele sistemului de asistență integrată pentru persoanele consumatoare de droguri	87
4.2.2.1. Rețeaua centrelor ambulatorii de asistență integrată.....	87
4.2.2.2. Rețeaua centrelor rezidențiale (inpatient network) de asistență integrată.....	92
4.2.3. Date relevante.....	97
4.2.3.1. Date privind numărul de persoane admise la tratament.....	97
4.2.3.2. Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament.....	98
4.2.4. Modalități de tratament.....	100
4.2.4.1. Servicii ambulatorii de tratament	100
4.2.4.2. Servicii rezidențiale de tratament	100
4.2.5. Tratamentul de substituție cu opioide (OST)	101
4.2.5.1. Principalii furnizorii ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee (OST).....	101
4.2.5.2. Numărul de beneficiari în OST.....	102
4.2.6. Asigurarea calității serviciilor de asistență.....	102
4.3. TENDINȚE.....	104
4.4. INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	108
4.5. CONCLUZII	108
4.6. SURSE DE DATE UTILIZATE.....	109
5. BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI.....	111
5.1 REZUMAT.....	111
5.2 PROFIL NAȚIONAL	112
5.2.1. Politici și coordonare.....	112
5.2.1.1. Principalele obiective în domeniul asigurării calității prevăzute în Strategia Națională Antidrog.....	112
5.2.1.2. Principalele instituții care promovează asigurarea calității în intervențiile din domeniul reducerii cererii de droguri.....	115
5.2.1.3. Sistemul de acreditare pentru intervențiile furnizate în domeniul reducerii cererii de droguri.....	116
5.2.1.4. Sistemul educațional specific pentru profesioniștii din domeniul reducerii cererii de droguri.....	119
5.2.1.5. Noi abordări în furnizarea celor mai bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri.....	121
5.3. CONCLUZII	131
6. CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE.....	133

6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	133
6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri.....	137
6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri.....	139
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri.....	143
6.1.4. Tendințe.....	144
6.1.5. Concluzii.....	146
6.1.6. Recomandări.....	147
6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	148
A. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive).....	148
B. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite.....	149
6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	157
6.3.1. Notificări.....	157
6.3.2. Prevalență.....	159
6.3.2.1. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri admiși la tratament (date auto-raportate).....	159
6.3.2.2. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri aflați în tratament (date rezultate în urma testării rapide pe durata tratamentului).....	166
6.3.2.3. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi.....	167
6.3.2.3.1. Infecția cu HIV.....	169
6.3.2.3.2. Infecția cu VHC.....	170
6.3.2.3.3. Infecția cu VHB.....	171
6.3.2.4. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri recrutați în cadrul studiului „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS- Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”.....	172
6.3.4. Tendințe.....	185
6.3.5. Concluzii.....	189
6.3.6. Recomandări.....	189
6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	190
6.4.1. Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri.....	190
6.4.2. Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.....	193
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	196
6.4.3.3. Programele de schimb de seringi.....	196
6.4.3.4. Servicii pentru prevenirea supradozelor.....	197
6.4.3.5. Referirea către alte servicii	197
6.4.4. Concluzii	198
7. PIAȚA DROGURILOR.....	199
A. ASPECTE DE NOUȚATE	199
B. ANALIZA INDICATORILOR.....	206
B.1.Cantități confiscate.....	206
B.2.Număr de capturi pe tip de drog	209
<i>B.2.1.Canabisul și rezina de cannabis</i>	211
<i>B.2.3.Drogurile sintetice</i>	217
<i>B.2.4.Heroina</i>	219
<i>B.2.5.Khat</i>	221
<i>B.2.6. Noi substanțe psihoactive (NSP)</i>	222
<i>B.2.7.Medicamente cu conținut stupefiant</i>	223
B.3.Prețul drogurilor	225
<i>B.3.1.Prețul drogurilor la nivelul străzii</i>	225
<i>B.3.2.Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze)</i>	226
<i>B.3.3.Prețul cu amănuntul (în Euro/ gram sau pe o doză)</i>	227
B.4.Puritatea drogurilor	228
C. CONCLUZII	229
8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR	231
8.1. ASPECTE DE NOUȚATE	231
8.2. ANALIZA INDICATORILOR.....	231
8.2.1.Dosare penale soluționate	233
8.2.2. Persoane cercetate și trimise în judecată	237
8.2.3. Persoane condamnate	240
8.2.4. Pedepse aplicate.....	244
8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri.....	247
8.2.6. Persoane aflate în penitenciare	250
8.2.7 Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune.....	250
8.2.8 Persoane aflate sub urmărire	251

8.2.9. Persoane predate/ extrădate/ transferate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor	251
8.3.INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL TERITORIAL	252
8.4.CONCLUZII	259
9. CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR	260
9.1.REZUMAT.....	260
9.2.PROFIL NAȚIONAL	260
9.2.1.Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc	260
9.2.2.Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților	262
9.2.2.1.Date din studii.....	262
9.2.2.2.Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție	263
9.2.2.3.Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății.....	264
9.3.RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE.....	264
9.3.1.Cadrul legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe).....	264
9.3.2.Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar	266
9.3.2.1.Asistența medicală în penitenciar.....	266
9.3.2.3.Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar	274
9.4.ALTE INFORMAȚII DE INTERES.....	275
9.4.1.Piața drogurilor în penitenciar	275
9.5.CONCLUZII	276
10. CERCETARE.....	277
10.1.REZUMAT	277
10.2.Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu:.....	278
10.3.Principali finanțatori.....	278
10.4 Principalele publicații în domeniu.....	278
10.5 Principalele site-uri.....	279
10.6 Cele mai recente cercetări realizate (2012-2015)	279
LISTA GRAFICELOR	281
LISTA TABELELOR.....	286
LISTA HĂRȚILOR	288

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 2015, 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, se evidențiază:

- Legea nr. 322/2015 pentru modificarea art. 23 din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare¹.

Actul normativ urmărește protejarea stării de sănătate a populației, în special a adolescenților și a adulților, prin reducerea riscurilor de îmbolnăviri sau decese datorate consumului de droguri.

Totodată, vizează punerea de acord a sistemului de finanțare a Agenției Naționale Antidrog cu dispozițiile art. 62 și 67 din Legea nr. 500/2002, cu modificările și completările ulterioare, în sensul eliminării posibilității obținerii de venituri extrabugetare, având în vedere faptul că, activitatea agenției este finanțată integral de la bugetul de stat prin Ministerul Afacerilor Interne, precum și faptul că dispozițiile legale în domeniul finanțelor publice prevalează înaintea altor reglementări incidente constituirii și utilizării fondurilor publice, adoptate anterior noilor reglementări.

- Legea nr. 318/2015 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Administrare a Bunurilor Indisponibilizate și pentru modificarea și completarea unor acte normative².

Actul normativ prevede înființarea Agenției Naționale de Administrare a Bunurilor Indisponibilizate ca instituție publică de interes național cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Justiției, desemnată drept oficiu național pentru recuperarea creanțelor, în sensul Deciziei 200/845/JAI a Consiliului din 6 decembrie 2007 privind cooperarea dintre oficiile de recuperare a creanțelor din statele membre în domeniul urmăririi și identificării produselor provenite din săvârșirea de infracțiuni sau a altor bunuri având legătură cu infracțiunile.

Totodată, Agenția este desemnată drept oficiu național pentru gestionarea bunurilor înghețate, în sensul art. 10 din Directiva 2014/42/UE a Parlamentului European și a Consiliului

¹ Emitent: Parlamentul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 937/18.12.2015

² Emitent: Parlamentul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 961/24.12.2015

din 3 aprilie 2014 privind înghețarea și confiscarea instrumentelor și produselor infracțiunilor săvârșite în Uniunea Europeană.

Modificările aduse Codului de procedură penală prin Legea nr. 318/2015:

Art. 252 alin. (8) Codul de procedură penală

În vechea reglementare, **art. 252 alin. (8)** prevedea faptul că sumele de bani rezultate din valorificarea făcută potrivit alin. (3), precum și sumele de bani ridicate potrivit alin. (2) se consemnează, după caz, pe numele suspectului sau inculpatului ori al persoanei responsabile civilmente, la dispoziția organului judiciar care a dispus instituirea sechestrului, căruia i se predă recipisa de consemnare a sumei, în termen de cel mult 3 zile de la ridicarea banilor ori de la valorificarea bunurilor.

Potrivit noii reglementări, **art. 252 alin. (8)** prevede: „*Sumele de bani rezultate din valorificarea făcută potrivit alin. (3), precum și sumele de bani ridicate potrivit alin. (2) se depun în contul constituit potrivit legii speciale, în termen de cel mult 3 zile de la ridicarea banilor ori de la valorificarea bunurilor*”.

Art. 252¹ alin. (4) Codul de procedură penală

În vechea reglementare, **art. 252¹ alin. (4)** dispunea faptul că sumele de bani rezultate din valorificarea bunurilor mobile făcută potrivit alin. (1) și (2) se consemnează pe numele suspectului, inculpatului sau al persoanei responsabile civilmente, la dispoziția organului judiciar care a dispus sechestrul. Prevederile art. 252 alin. (8) referitoare la depunerea recipisei se aplică în mod corespunzător.

Potrivit noii reglementări, **art. 252¹ alin. (4)** dispune: „*Sumele de bani rezultate din valorificarea bunurilor mobile făcută potrivit alin. (1), (2) și (3) se depun în contul prevăzut de art. 252 alin. (8)*”.

Art. 252¹ alin. (5) Codul de procedură penală

În vechea reglementare, **art. 252¹ alin. (5)** stabilea faptul că sumele de bani rezultate din valorificarea bunurilor mobile făcută potrivit alin. (3) se consemnează pe numele făptuitorului, suspectului, inculpatului sau al persoanei responsabile civilmente ori, după caz, într-un cont special constituit în acest sens, potrivit dispozițiilor legale în vigoare, la dispoziția organului judiciar care a dispus sechestrul. Prevederile art. 252 alin. (8) referitoare la depunerea recipisei se aplică în mod corespunzător.

În noua reglementare, **art. 252¹ alin. (5)** a fost abrogat.

- **Hotărârea Guvernului nr. 684/2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri³.**

Actul normativ urmărește îndeplinirea obiectivelor stabilite în Strategia națională antidrog 2013 - 2020 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2016.

³ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 672/03.09.2015

Implementarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri aduce elemente de plusvaloare în îndeplinirea obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog 2013 - 2020, corelativ cu alte documente de politici sectoriale și permite dezvoltarea și diversificarea metodelor specializate de prevenire a consumului de droguri și de tratament al consumatorilor, prin dezvoltarea și consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, 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, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca și finalitate integrarea socială.

- Hotărârea Guvernului nr. 659/2015 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri⁴.

Programul propune o serie de obiective și direcții de acțiune și transformare (cu orizont de timp 2018), 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.

Implementarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială 2015-2018 răspunde nevoilor reale ale consumatorilor de droguri, facilitând realizarea obiectivelor Strategiei naționale antidrog 2013-2020 în mod corelat cu alte documente de politici sectoriale și cu normele internaționale în domeniu și permite dezvoltarea unei rețele de servicii cu efecte maxime la nivelul reintegrării sociale a consumatorilor de droguri prin posibilitatea de implicare comunitară și schimb de expertiză între sistemele public și privat.

- Hotărârea Guvernului nr. 564/2015 pentru modificarea H.G. nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare⁵.

Actul normativ prevede următoarele aspecte: determinarea concretă a competențelor pentru fiecare domeniu de activitate; necesitatea consolidării sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice; acoperirea întregului spectru de nevoi și eficientizarea activităților prin asigurarea simultaneității măsurilor de prevenire a consumului de droguri și respectiv, de asistență adresată consumatorilor de droguri; 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

⁴ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 672/03.09.2015

⁵ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 543/21.07.2015

socială pentru consumatorii de droguri în regim ambulatoriu, inclusiv tratament substitutiv cu agonişti/ antagonişti de opiacee ca alternativă terapeutică orientată spre îmbunătăţirea calităţii vieţii beneficiarilor.

- Hotărârea Guvernului nr. 383/2015 pentru aprobarea Strategiei Naţionale privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 şi a Planului Strategic de acţiuni pentru perioada 2015-2020⁶.

Prezenta hotărâre prevede adoptarea unor soluţii de îmbunătăţire a cadrului normativ în domeniul incluziunii sociale sau a reducerii sărăciei în perioada 2015 - 2020, aceasta reprezentând şi o condiţionalitate ex-ante a României stabilită de Comisia Europeană, în scopul accesării fondurilor structurale aferente perioadei de programare 2014-2020.

Pe baza principiilor de funcţionare, a analizei de context şi a procesului de consultare extensivă, strategia urmăreşte două direcţii de acţiune generale: reducerea sărăciei şi promovarea incluziunii sociale.

Domeniile de politici urmărite sunt cele care vizează persoanele (ocuparea forţei de muncă, prestaţii de natură socială, acces la finanţare, educaţie, sănătate, locuinţe sociale şi participare socială) şi cele zonale (zonele rurale şi comunităţile urbane marginalizate, inclusiv cele de romi).

- Hotărârea Guvernului nr. 24/2015 pentru aprobarea Strategiei naţionale în domeniul politicii de tineret pentru perioada 2015-2020⁷.

Strategia îşi propune să genereze un set de schimbări cu impact pe termen lung în domeniul "Muncă şi antreprenoriat" care vizează armonizarea cu Strategia Naţională pentru Ocupare în perspectiva 2020. Strategia acordă o atenţie specială tinerilor care, din diferite motive, ar putea avea mai puţine oportunităţi şi prevede direcţii de acţiune pentru tinerii cu risc ridicat de a deveni inactivi economic şi de a cădea în capcana sărăciei cronice: şomerii de lungă durată şi NEETs.

În cursul anului 2015, au mai fost aprobate următoarele **acte normative conexe domeniului reducerii cererii şi ofertei de droguri** prin care sunt reglementate măsuri administrative importante cu privire la controlul stupefiantelor şi substanţelor psihotrope:

- Hotărârea Guvernului nr. 160/2015 privind înfiinţarea Comitetului naţional pentru coordonarea politicilor şi acţiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România⁸.

Actul normativ vizează crearea cadrului normativ pentru constituirea unui consiliu intersectorial fără personalitate juridică, care să coordoneze pe termen mediu şi lung elaborarea, aprobarea şi implementarea politicilor şi acţiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România.

⁶ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 463/26.06.2015

⁷ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 68/27.01.2015

⁸ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 179/17.03.2015

Prin existența unei structuri intersectoriale se va asigura sinergia politicilor naționale legate de consumul dăunător de alcool, precum și implementarea coordonată a tuturor măsurilor adoptate de către Guvernul României.

De asemenea, se va asigura un cadru strategic de monitorizare și evaluare a politicilor și acțiunilor și se va crea posibilitatea de a identifica și implementa ajustările necesare pentru atingerea impactului social și de sănătate publică vizat de acestea.

- Hotărârea Guvernului nr. 776/2015 privind înființarea Comitetului interministerial pentru coordonarea politicilor și acțiunilor aferente produselor din tutun și produselor conexe⁹.

Actul normativ vizează crearea cadrului normativ pentru constituirea unui comitet interministerial fără personalitate juridică, care să coordoneze pe termen mediu și lung elaborarea, aprobarea și implementarea politicilor și acțiunilor aferente produselor din tutun și produselor conexe de tutun în România.

Prin existența Comitetului interministerial se asigură sinergia politicilor naționale legate de controlul consumului de tutun, precum și implementarea coordonată a tuturor măsurilor adoptate de către Guvernul României.

De asemenea, se va asigura un cadru strategic de monitorizare și evaluare a politicilor și acțiunilor și se va crea posibilitatea de a identifica și implementa ajustările necesare pentru atingerea impactului social și de sănătate publică vizat de acestea.

Tabel 1- 1: Inițiative legislative ale Parlamentului României, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor în anul 2015

Nr. Crt.	Nr. de ordine	Denumirea proiectului	Adoptat prin
1.	<u>L241/18.05.2015</u>	Propunere legislativă pentru completarea Legii nr.143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri	respinsă 06.04.2016
2.	<u>L242/18.05.2015</u>	Propunere legislativă pentru modificarea articolului 8 din Legea nr.339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope	respinsă 06.04.2016

Sursa: Baza de date a Camerei Deputaților

În cursul anului 2015, parlamentarii români au formulat un număr de 12 întrebări și interpelări care au avut ca obiect problematica domeniului drogurilor. Acestea au fost adresate Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Sănătății și Ministerului Educației și Cercetării Științifice.

⁹ Emitent: Guvernul României, act publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 731/30.09.2015

Au fost vizate următoarele aspecte:

- riscurile administrării medicamentelor fără prescripție medicală;
- lipsa specialiștilor vorbitori de limbă maghiară în acele zone unde prezența comunității maghiare este semnificativă;
- măsurile avute în vedere pentru prevenirea consumului de droguri;
- perspectiva consumului de droguri licite și ilicite în rândul populației tinere;
- măsurile luate în perspectiva prevenirii și combaterii problemelor de sănătate pe termen mediu și lung, cum ar fi SIDA, hepatitele B și C, tuberculoza care pot apărea pe lângă riscul dependenței de droguri;
- aspecte de noutate cuprinse în Strategia națională antidrog 2013-2020 și în Planul de acțiune pentru implementarea acesteia;
- stadiul desfășurării activităților prevăzute în Planul de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategia națională antidrog 2013-2020;
- aspecte privind măsurile educative pentru minorii consumatori de droguri care au săvârșit fapte penale;
- consumul de alcool, tutun și droguri în rândul elevilor;
- creșterea consumului de droguri în România în perspectiva studiilor realizate în domeniu.

1.1.2 Implementarea legilor

În anul 2015, a continuat aplicarea **Programului de măsuri pentru combaterea comercializării și consumului substanțelor sau produselor noi, cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății nr.5/ 1194 din 18.02.2011** - structurat pe trei mari domenii de intervenție, respectiv: măsuri organizatorice și legislative, măsuri operative și măsuri de prevenire.

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

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)

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, niciun 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.

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 2015, 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”. În perioada de referință nu au existat modificări legislative circumscrise domeniului analizat.

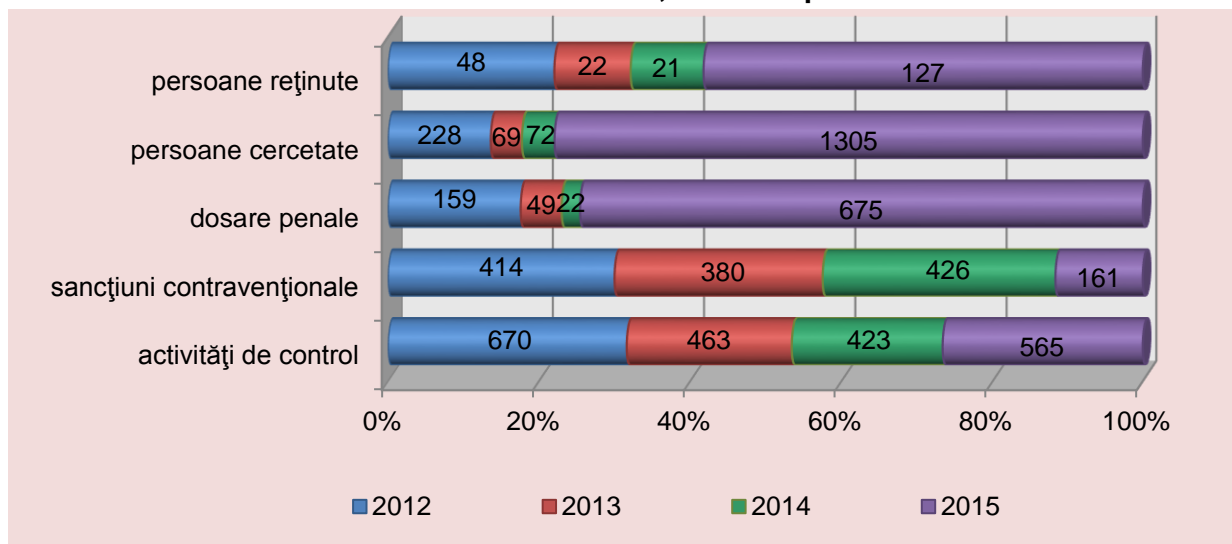
1.1.2.2 Nivelul operativ

În **anul 2015**, nu se mai înregistrează niciun **magazin specializat în comercializarea directă de noi substanțe psihoactive** - 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 481 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 565 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 2012-2015



Sursa: ANA

În cursul anului 2015, 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:

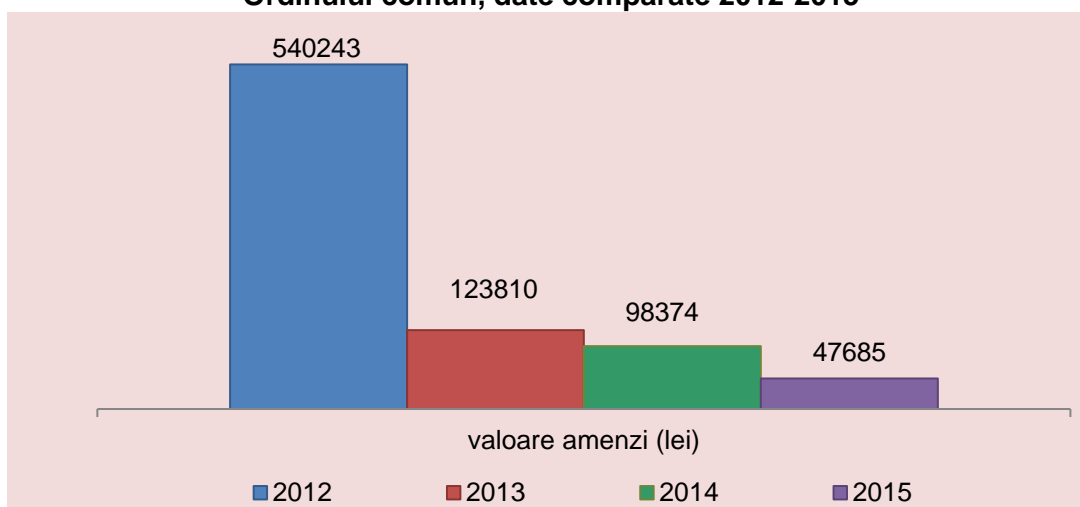
- 161 sancțiuni contravenționale (fiind constatate încălcări ale dispozițiilor legale în vigoare privind: unele norme de conviețuire socială, nerespectarea ordinii și liniștii publice¹¹, drepturile consumatorului¹² și protejarea populației împotriva activităților comerciale ilicite¹³).
- Amenzi în valoare de 47685 lei
- 52795 plicuri conținând NSP confiscate
- 675 dosare penale întocmite
- 1305 persoane cercetate în stare de libertate
- 127 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 2012-2015



Sursa: ANA

1.1.2.3 Nivelul preventiv

Pentru prevenirea comercializării și consumului substanțelor/ produselor noi cu efecte psihoactive, în anul 2015, 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 2015, au fost transmise la nivel european **97 notificări și 8 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, rapoarte de notificare pentru 18 substanțe noi identificate pe teritoriul național.

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

La nivel mondial ne confruntăm cu o problemă a drogurilor tot mai complexă în care stimulantele, substanțele noi psihoactive (SNP), medicamentele utilizate în mod abuziv și consumul alarmant de cannabis joacă un rol tot mai important.

În prezent se observă o relație complexă între consumul de heroină și de opioide sintetice, însoțită de o creștere îngrijorătoare a estimărilor globale privind decesele asociate consumului de opioide, serviciile de tratament din Europa trebuind să răspundă acum nevoilor medicale complexe ale unei mase de consumatori de heroină în curs de îmbătrânire, iar factorii de decizie sunt nevoiți să stabilească obiective terapeutice potrivite, pe termen lung, pentru acest grup.

Raportul european privind drogurile¹⁴ a fost creat într-un moment important pentru elaborarea politicilor în domeniul drogurilor, atât în Europa, cât și în plan internațional. Pe continent, urmează să se evalueze rezultatele planului de acțiune actual în domeniul drogurilor și să se inițieze deliberări cu privire la acțiunile necesare pentru continuarea strategiei europene în materie de droguri în anii următori.

Totodată, este necesar ca agenda politică a Europei în materie de droguri să cuprindă un set amplu și complex de tematici politice, în concordanță cu piața europeană a drogurilor, existând anumiți indicatori care urmează tendințe ascendente pentru consumul de cannabis și în special de substanțe stimulante.

Problemele asociate drogurilor stimulante sunt din ce în ce mai vizibile. Există îngrijorări cu privire la numărul tot mai mare de noi cereri de tratament al dependenței de amfetamine din unele țări, aproape jumătate din cazurile noi admise la tratament raportând administrarea drogului prin injectare, acest fenomen fiind asociat și cu recente focare de HIV din rândul unor populații marginalizate. Răspunsul la consumul de cannabis rămâne o provocare majoră pentru politicile europene în materie de droguri, în condițiile în care atât la nivel internațional și în Europa, au loc în prezent serioase dezbateri publice și politice cu privire la costurile și beneficiile diferitelor opțiuni de politică privind cannabisul, estimându-se că aproximativ 1 % din adulții europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de cannabis.

Statele membre, la nivel național, au obligația de a aborda un set la fel de complex de dinamici ale pieței drogurilor și cele mai multe dintre ele dețin strategii naționale de securitate și polițienești care vizează reducerea ofertei de droguri. Strategiile privind drogurile sunt, de obicei, documente valabile pe o perioadă limitată de timp, care, în mod tradițional, prevăd obiective și priorități, pe lângă acțiunile specifice și părțile responsabile cu punerea în aplicare a acestora.

Faptul că arena politică a drogurilor a devenit tot mai complexă în ultimii ani se reflectă în aceea că aproximativ o treime a strategiilor naționale ale statelor membre ale UE și-au extins domeniul de aplicare dincolo de drogurile ilegale pentru a cuprinde și drogurile legale și, în unele cazuri, comportamentele dependente.

Una dintre cele mai mari provocări politice în domeniu o reprezintă dezvoltarea unui răspuns eficace și rapid la vânzarea de produse chimice obscure, printre care unele extrem de toxice, cu precădere în contextul noilor amenințări și oportunități generate de piețele de droguri din mediul Internet. Astfel, dificultatea majoră pentru politica în materie de droguri constă în adoptarea de măsuri care să vizeze rolul Internetului ca mijloc de comunicare, dar și ca nouă sursă pentru oferta de droguri, fiind esențial să se înțeleagă rolul tot mai important al site-urilor de suprafață, în special în ceea ce privește oferta de medicamente contrafăcute și de

¹⁴ Raportul european privind drogurile - <http://www.emcdda.europa.eu/>

substanțe psihoactive noi, precum și al aplicațiilor de pe mijloacele de comunicare socială destinate tranzacțiilor între solicitanți și beneficiari.

Oferta de droguri prin surse online, deși pornește de la un nivel scăzut, se dovedește că are un potențial de continuă creștere. În plus, ritmul rapid al schimbărilor din acest domeniu, determinat de creșterea utilizării Internetului, de domeniul criptării, de noile opțiuni pentru crearea de piețe online, precum și de introducerea unor noi tehnologii de plată, nu va permite cu ușurință societății și instituțiilor abilitate ale acesteia să furnizeze răspunsurile așteptate.

Caracterizat printr-o fluctuație și o complexitate majoră, fenomenul drogurilor reprezintă, ca și terorismul, o amenințare asimetrică, care nu se supune regulilor echivalenței sau egalității. Astfel de amenințări nu sunt clare și unidimensionale, ci multipolare și difuze, fiind exprimate la diferite niveluri și prezentând grade diferite de intensitate.

Date fiind repercusiunile negative pe care le are asupra sănătății publice, siguranței și bunăstării întregii omeniri, fenomenul drogurilor se constituie într-o amenințare la adresa securității, democrației, buneii guvernări și a statului de drept, slăbind bazele dezvoltării durabile, sistemele juridice, stabilitatea politică și instituțiile economice și democratice.

Implicând atât costuri politice, economice, cât și sociale, problema globală a drogurilor se constituie într-un fenomen complex, dinamic și multicausal, fiind o provocare pentru toate statele și guvernele lumii. Departe de a fi o preocupare de nivel local sau regional, această problemă necesită o abordare integrată, echilibrată și multidisciplinară și solicită, în acest sens, responsabilitatea comună a tuturor statelor.

Așa cum am subliniat mai sus, problemele cauzate de drogurile ilicite transcend teritoriul unei țări. Producerea, traficul și consumul de droguri au deja o dimensiune globală, depășind zonele geografice cu tradiție în acest domeniu.

Globalizarea, caracterizată printr-o serie de modificări majore la nivel mondial, în primul rând privind libera circulație a persoanelor, bunurilor și a capitalurilor, a generat noi provocări pe toate segmentele de infracționalitate, incluzând și problematica drogurilor. Pe lângă aceasta, dezvoltarea fără precedent a noilor tehnologii în domeniul informaticii și comunicațiilor a permis o rapidă extindere a crimei organizate, iar componenta de trafic și consum de droguri a căpătat o altă conotație care s-a alăturat factorilor de natură socială și economică.

1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale

Una dintre formele cele mai active de manifestare a criminalității transfrontaliere este reprezentată de producția, traficul și consumul ilicit de droguri, fenomen a cărui amploare tinde să erodeze bazele sistemului social și să afecteze instituțiile fundamentale ale statului de drept.

Dimensiunile criminalității din această sferă constituie un risc la adresa ordinii, liniștii și siguranței publice, dar mai ales la adresa sănătății umane.

Amenințarea pe care o reprezintă fenomenul drogurilor impune o acțiune comună și coordonată a autorităților cu atribuții în lupta împotriva traficului și consumului ilicit de droguri, precum și a altor instituții și organizații neguvernamentale, într-o concepție unitară care să asigure o reacție adecvată.

La nivel național, fenomenul drogurilor reclamă un răspuns instituțional multidisciplinar, pragmatic și eficient, bazat pe o evaluare realistă a nevoilor, resurselor, posibilităților de acțiune și obiectivelor. Acest răspuns nu poate fi limitat la o singură instituție sau organizație, ci trebuie să fie rezultatul unei cooperări inter-instituționale reale, constante și eficiente.

Agenția Națională Antidrog a luat ființă în anul 2003, prin instituționalizarea cadrului de lucru al Comisiei Interministeriale Antidrog și crearea unei structuri guvernamentale moderne, care să răspundă cerințelor europene în domeniu. Preluând atribuțiile deținute de Comisia Interministerială, Agenției Naționale Antidrog îi revine misiunea de a asigura elaborarea, dezvoltarea și promovarea politicilor în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri și în acest context, elaborează **prima Strategie Națională Antidrog** (pentru perioada 2003-2004). Aceasta răspunde astfel unei nevoi 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.

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, **cea de-a doua Strategie Națională Antidrog** (pentru perioada 2005-2012), prin care Guvernul României consideră lupta antidrog ca o prioritate națională, s-a elaborat în concordanță cu cerințele europene în acest domeniu, fiind din acest punct de vedere racordată la dimensiunea internațională a fenomenului, dar și la specificitatea națională a acestuia.

Mecanismul de coordonare instituit anterior și consolidat prin cele două strategii naționale antidrog implementate, continuă să reprezinte elementul central în asigurarea sinergiei, coerenței și unității răspunsului la fenomenul drogurilor.

La elaborarea **cele de-a treia Strategii Naționale Antidrog 2013-2020**¹⁵ s-a pornit de la premisele cooperării autentice, evitării suprapunerilor, asigurării unui schimb eficient de informații și date și utilizării eficiente a resurselor.

Strategia se înscrie în cadrul normativ național și este în conformitate cu principiile fundamentale ale Uniunii Europene: respectul față de demnitatea umană, libertate, democrație, egalitate și stat de drept și reprezintă un document programatic, care înglobează obiectivele generale și specifice pe direcții de acțiune asumate de toate instituțiile implicate în reducerea amplitudinii fenomenului drogurilor la nivel național.

¹⁵ H.G. nr. 784/09.10.2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, nr. 702 bis din 15.11.2013)

Prin aprobarea sa de către Guvernul României, Strategia Națională Antidrog 2013-2020 a fost asumată ca document de politici publice în domeniu, conferind caracterul formal și legitimitatea răspunsului la fenomenul drogurilor.

Aceasta fundamentează politicile în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri pe prevederile noii strategii europene privind drogurile, pornind de la evaluarea fenomenului în România.

Prin elaborarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020 și a Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2013 – 2016, au fost create pârgii naționale coerente de prevenire, asistență, monitorizare, control și combatere a fenomenului, în strânsă corelație cu standardele europene, dar adaptate realității din România.

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. Ea este implementată prin două planuri de acțiune aferente, primul Plan de acțiune care acoperă perioada 2013-2016 fiind promovat împreună cu strategia prin aceeași hotărâre de guvern.

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 urmărește o serie de aspecte, precum:

- Reducerea nivelului consumului și dependenței de droguri, precum și a consecințelor generate de acestea la nivelul sănătății, ordinii și siguranței publice;
- Contribuția la reducerea disponibilității drogurilor pe piață;
- Promovarea cunoașterii fenomenului, prin evaluarea sistematică a tendințelor și provocărilor din domeniul drogurilor, în vederea fundamentării răspunsului instituțiilor și structurilor societății civile;
- Asigurarea cadrului necesar dialogului și cooperării între instituțiile implicate și sectorul neguvernamental.

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 reprezintă rezultatul unui proces transparent de consultare la nivelul autorităților guvernamentale¹⁶, al autorităților administrației publice locale și al structurilor societății civile¹⁷.

¹⁶ Ministerul Afacerilor Interne – Unitatea de Politici Publice, Inspectoratul General al Poliției Române, Inspectoratul General al Jandarmeriei Române, Inspectoratul General al Poliției de Frontieră, Departamentul de Informații și Protecție Internă, Ministerul Public – Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, Ministerul Justiției – Administrația Națională a Penitenciarelor, Consiliul Superior al Magistraturii, Institutul Național al Magistraturii, Direcția de Probațiune, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Tineretului și Sportului, Ministerul Muncii Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice – Inspecția Muncii, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, Institutul Național de Cercetare Științifică în Domeniul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Fondurilor Europene, Ministerul Afacerilor Externe, Ministerul Finanțelor Publice - Autoritatea Națională de Administrare Fiscală, Oficiul Național de Prevenire și Combatere a Spălării Banilor, Agenția Națională Anti-Doping, Autoritatea Națională Sanitar Veterinară și Siguranța Alimentelor, Serviciul Român de Informații, Serviciul de Informații Externe.

¹⁷ Biserica Ortodoxă Română, Biserica Romano-catolică, Asociația Carusel, Asociația Aliat, ARAS, SAMUSOCIAL, FICE România, Confederația Caritas România, World Vision International, Asociația

1.2.1.1 Strategiile județene antidrog

Anul 2015 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 concretizat prin punerea în aplicare a celor **48 strategii locale antidrog 2014 – 2020** și a **planurilor de acțiune pentru implementarea Strategiilor locale antidrog 2014 – 2016**, la nivelul fiecărei unități administrative (județe/ municipiul București și sectoarele capitalei).

Cele 48 strategii județene și planurile de acțiune antidrog locale au fost întocmite cu respectarea structurii Planului de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2013-2020, păstrând capitolele prevăzute în Strategia națională și anume: reducerea cererii de droguri, reducerea ofertei de droguri, coordonare și informare, evaluare.

Strategiile locale au fost elaborate în urma diagnozelor întocmite și aprobate numai după ce au fost dezbătute cu toți partenerii locali.

Activitatea de prevenire a consumului de droguri și cea de asistență pentru persoanele consumatoare de droguri este desfășurată, la nivelul unităților administrativ teritoriale, de către Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (C.P.E.C.A.) în strânsă colaborare cu partenerii instituționali.

1.2.1.2 Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020

În vederea implementării Strategiei naționale antidrog pentru perioada 2013-2020, Agenția Națională Antidrog a elaborat un plan național de acțiune pe termen mediu, respectiv Planul național de acțiune 2013-2016.

S-a optat pentru elaborarea unui plan de acțiune pe termen mediu în considerarea asigurării flexibilității necesare implementării obiectivelor evidențiate în strategie, urmând ca, în funcție de contextul social, economic și juridic existent la finele anului în curs, cât și prin raportare la nevoile concrete identificate pe parcursul primilor ani de implementare, să fie elaborat Planul de acțiune 2017-2020 de către Agenția Națională Antidrog, pe baza propunerilor instituțiilor cu atribuții în domeniu.

În Planul de acțiune 2017-2020 se continuă activitățile necesare concretizării fiecărui obiectiv specific din cadrul Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, instituțiile responsabile cu îndeplinirea acestora, precum și termenele de evaluare și realizare a lor.

Pornind de la o abordare integrată, echilibrată, fundamentată științific, proiectul Planului de acțiune 2017-2020 stabilește un plus de valoare în ceea ce privește reacția statului român la

Phoenix Haga România, Organizația Salvați Copiii România, Asociația TATA, Asociația de Luptă Antidrog AMA, Asociația Alianța Internațională Antidrog, UNICEF România, Rețeaua Română de Harm Reduction.

problematica drogurilor, prin dezvoltarea mecanismelor de coordonare, colaborare inter-instituțională, transparență decizională, cercetare și analiză strategică. Se urmărește asigurarea continuității privind realizarea obiectivelor generale și specifice ale strategiei naționale, pentru reducerea cererii și ofertei de droguri, pentru întărirea cooperării internaționale și dezvoltarea unui sistem global de informare-evaluare privind fenomenul drogurilor, exprimând totodată, în concordanță cu recomandările europene, importanța activității de coordonare a politicii antidrog.

Concepția noului plan este rezultatul unei abordări echilibrate a fenomenului drogurilor, pornind de la concluziile rezultate din analiza Planului de acțiune 2013 -2016 privind implementarea Strategiei naționale antidrog și evaluarea fenomenului în România, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 784/2013.

În concret, se urmărește menținerea la un nivel scăzut a consumului de droguri în România în paralel cu eficientizarea măsurilor pentru combaterea criminalității. În acest sens, în vederea reducerii consumului de droguri și a înlăturării efectelor nefaste ale acestuia, noul plan de acțiune vizează crearea și punerea în funcțiune a unui circuit integrat de servicii de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatori și consumatorii dependenți.

În același timp, pentru reducerea ofertei de droguri în România, acțiunile preconizate acordă un rol important consolidării instituționale și legislative și extinderii cooperării atât la nivel național cât și internațional, între instituțiile abilitate în combaterea criminalității privind drogurile.

Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2013-2020 este documentul programatic care înglobează direcțiile generale de acțiune asumate de toate instituțiile implicate în reducerea amplitudinii fenomenului drogurilor la nivel național.

Direcțiile generale de acțiune în domeniul drogurilor se reflectă la nivel programatic în 5 capitole, care reprezintă arii majore de intervenție: reducerea cererii de droguri, reducerea ofertei de droguri, coordonare, cooperare internațională, cercetare, evaluare, informare. În vederea îndeplinirii obiectivelor strategice și intervențiilor majore propuse în Strategie sunt stabilite obiective specifice concrete pornind de la o abordare coerentă și eficientă.

Planul de acțiune 2017-2020 reprezintă documentul ce izvorăște din experiența acumulată de către instituțiile statului, organizațiile guvernamentale și neguvernamentale, societatea civilă în lupta intensă pe care fiecare o poartă cu acest fenomen din ce în ce mai puternic al drogurilor.

Această luptă trebuie înțeleasă din dublă perspectivă și anume adaptarea instituțiilor, a entităților private a societății și a persoanei la provocările determinate de schimbare, pe de o parte, iar pe de altă parte determinarea schimbării în sensul dorit, adică în sensul stopării sau diminuării fenomenului drogurilor.

Scopul principal al Planului de acțiune 2017-2020 este promovarea politicilor antidrog, prin aplicarea cadrului normativ și instituțional și implicarea riguroasă a tuturor instituțiilor cu atribuții în domeniu din România.

1.2.2. Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor

Activitățile desfășurate în anul precedent, prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020 sunt evaluate anual pe baza datelor colectate de la instituțiile partenere.

Agenția Națională Antidrog a realizat în anul 2015 monitorizarea activităților prevăzute în Planul de acțiune 2013 – 2016 al Strategiei naționale antidrog 2013-2020, desfășurate în anii 2013 și 2014. 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. În domeniul combaterii consumului și traficului de droguri, România a avut o contribuție energetică la identificarea și adoptarea măsurilor de reacție în conformitate cu tendințele și riscurile semnalate care s-a reflectat, în principal, în creșterea semnificativă a capturilor și a numărului de cauze penale.

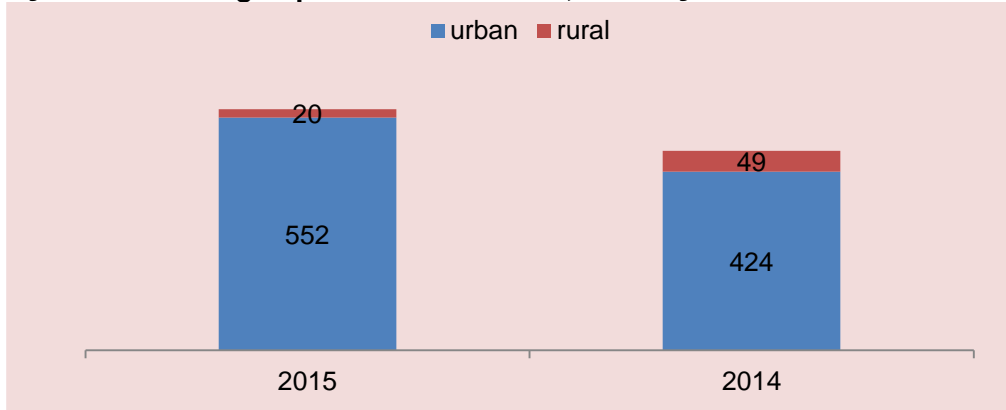
Așa cum a fost stabilit, rolul primordial al Agenției Naționale Antidrog este acela de coordonator național al politicilor antidrog în sistemul instituțional din România. Drept urmare, Agenția Națională Antidrog, prin activitatea sa, are o mare contribuție la rezultatele înregistrate de România în lupta pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri.

În urma centralizării datelor, Agenția Națională Antidrog, a desfășurat în anul 2015 în mediul familial 572 activități de prevenire (552 în mediul urban și 20 în mediul rural), înregistrându-se un trend ascendent comparativ cu anul 2014 când au fost desfășurate doar 473 activități (424 în mediul urban și 49 în mediul rural).

Activitățile de prevenire au avut beneficiari părinții naturali, asistenții maternali, copiii din centrele de plasament și cadrele medicale.

Aceste activități, deși au înregistrat o evoluție crescătoare, au avut mai puțini beneficiari în anul 2015 (26875), față de anul anterior (242351), acest fapt datorându-se creșterii numărului de proiecte implementate la sfârșitul anului 2014, începând cu luna septembrie.

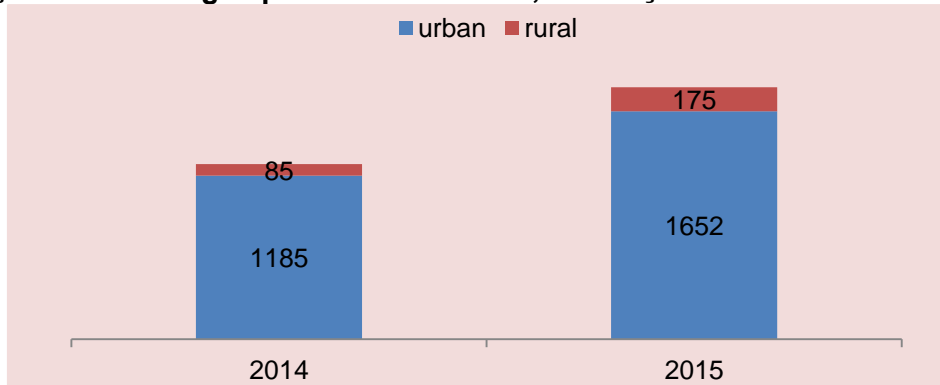
Grafic 1- 3: Distribuția activităților de prevenire în familie, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015, în funcție de mediul de rezidență



Sursa: ANA

În comunitate, în anul 2015, au fost realizate 1827 activități de prevenire (1654 în mediul urban și 175 în mediul rural), cu aprox. 31% mai multe față de anul 2014 când au fost desfășurate doar 1270 activități de prevenire (1185 în mediul urban și 85 în mediul rural).

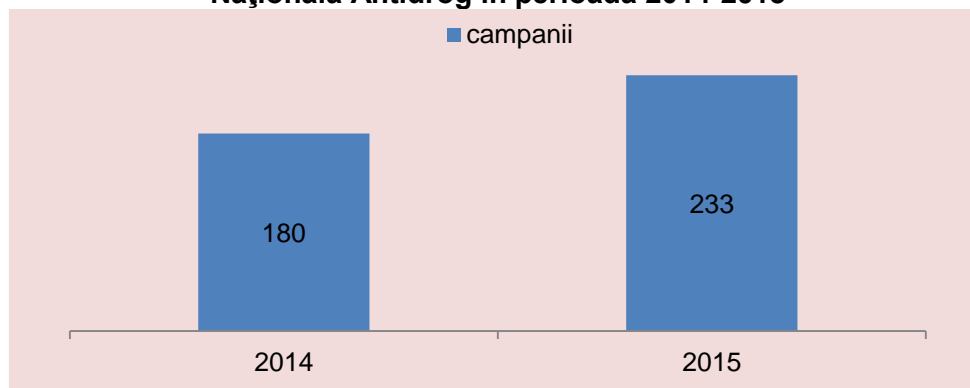
Grafic 1- 4: Distribuția activităților de prevenire în comunitate, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015, în funcție de mediul de rezidență



Sursa: ANA

Centrele regionale de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (C.R.P.E.C.A.), la nivel teritorial, au implementat în anul 2015 (233) cu 22% mai multe campanii comparativ cu anul 2014 (180). Campaniile de informare, educare, conștientizare, de reducere a riscurilor asociate consumului, de creștere a factorilor de protecție și scăderea factorilor de risc, de promovare a serviciilor de asistență, au vizat atât mediul școlar, mediul recreațional, comunitatea în general, dar și persoanele aflate în regim de detenție. Componenta mass-media a avut un rol important în desfășurarea acestor campanii de informare, mesajul Agenției Naționale Antidrog ajungând la un număr sporit de beneficiari față de anul precedent.

Grafic 1- 5: Evoluția numărului de campanii de prevenire, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015

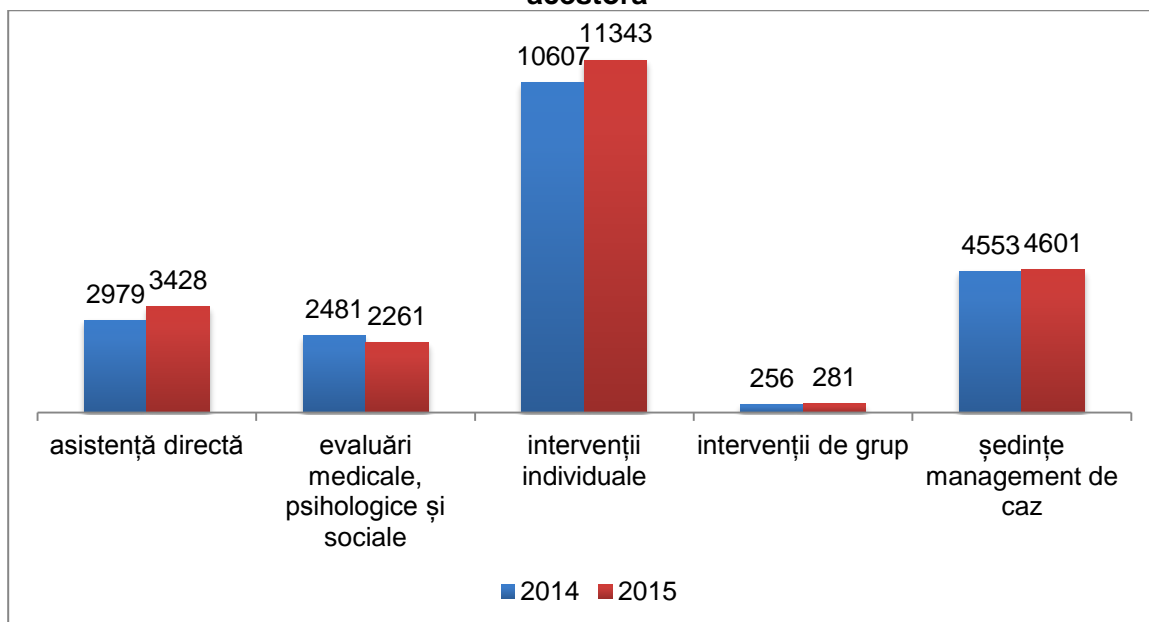


Sursa: ANA

În ceea ce privește protocoalele și acordurile, în anul 2015 s-au încheiat 834, fiind cu 20 mai multe față de anul 2014.

În anul 2015, la nivel național, a fost înregistrată o evoluție crescătoare a numărului activităților de acordare a informațiilor, intervențiilor individuale, intervențiilor de grup și ședințelor de management de caz și un trend descendent al numărului de evaluări medico-psiho-sociale.

Grafic 1- 6: Distribuția activităților de asistență acordate persoanelor consumatoare de droguri de Agenția Națională Antidrog, în perioada 2014-2015, în funcție de tipul acestora



Sursa: ANA

Pe parcursul implementării **Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020**, Agenția Națională Antidrog va realiza **două evaluări**: o evaluare intermediară la jumătatea perioadei de implementare care va corespunde cu evaluarea primului *Plan de acțiune în perioada 2013-2016* și o evaluare care va încorpora rezultatele evaluărilor celor două planuri de acțiune.

1.2.3. Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog

Rolul primordial al Agenției Naționale Antidrog este acela de coordonator național al politicilor antidrog în sistemul instituțional din România.

Responsabilitatea coordonării generale a politicilor antidrog în România 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.

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.

Complexitatea domeniului de activitate al Agenției necesită un management caracterizat prin eficiență, dar și adaptare permanentă la schimbări ale fenomenului gestionat, mai ales că Agenția Națională Antidrog pune în aplicare documentele programatice și instrumentele managementului instituțional al Ministerului Afacerilor Interne.

Activitățile desfășurate în perioada de referință, structurate în subsisteme ale managementului coordonatorului național al activităților de reducere a cererii și ofertei de droguri, sunt conforme cerințelor și priorităților Agenției în concordanță cu documentele programatice în vigoare.

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.

Astfel, în anul 2015 a fost elaborat primul Raport de monitorizare a activităților desfășurate în anul 2014 din Planul de acțiune pentru perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020. Pentru elaborarea raportului și pentru atingerea obiectivelor stabilite, Agenția Națională Antidrog a colaborat cu instituțiile guvernamentale și neguvernamentale responsabile pentru punerea în aplicare 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 anul 2015, au fost aprobate Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018 și Programul de

interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018 (aprobate prin H.G. nr. 684 din 19.08.2015 și H.G. nr. 659 din 19.08.2015). Prin aprobarea și implementarea celor două documente de politici publice, s-a dorit și sunt în curs de finanțare activitățile prevăzute în Planul de acțiune 2013 – 2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.

În anul 2015, Agenția Națională Antidrog și-a desfășurat activitatea pentru îndeplinirea obiectivului strategic “Asigurarea climatului de ordine și siguranță publică” prevăzut în Programul de Guvernare pentru perioada 2013 – 2016.

Un alt document programatic, ce a ghidat activitatea Agenției, este Strategia națională antidrog 2013-2020 care abordează integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea obiectivelor generale prevăzute.

Perspectiva strategică la nivelul M.A.I. s-a concretizat în Planul Strategic Instituțional pentru perioada 2014–2016, instrument de management care se înscrie în cadrul normativ național, oferind o imagine clară asupra priorităților strategice, politicilor publice și politicilor instituționale, propunerilor legislative, proiectelor strategice și programelor bugetare, care urmează să fie promovate la nivelul ministerului.

Din analiza documentelor programatice, elaborate la nivelul Guvernului și la nivelul M.A.I., în anul 2015 au rezultat o multitudine de obiective pentru realizarea cărora Agenția Națională Antidrog a desfășurat activitățile din domeniul său de competență în conformitate cu atribuțiile prevăzute de H.G. nr. 461/2011.

Direcției de activitate “Asigurarea climatului de ordine și siguranță publică”, prevăzută în Planul Strategic Instituțional pentru perioada 2014 – 2016, i s-a subscris, la nivelul A.N.A., obiectivul general “Dezvoltarea și consolidarea rolului A.N.A. de coordonator în domeniul drogurilor și precursorilor”.

Rolurile de coordonatori pe cele două segmente de reducere a cererii și reducere a ofertei de droguri, sunt atribuite de legislația în vigoare. În domeniul reducerii cererii de droguri coordonarea este asigurată de către 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 din cadrul Ministerului Public.

1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

Pentru realizarea analizei din punct de vedere economic au fost transmise chestionare pentru colectarea de date către 71 parteneri ai Agenției Naționale Antidrog, la care au răspuns un număr de 50 parteneri. Partenerii care nu au răspuns sunt în majoritate reprezentanții organizațiilor neguvernamentale, precum și ai unităților de învățământ superior.

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

Se mențin 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.

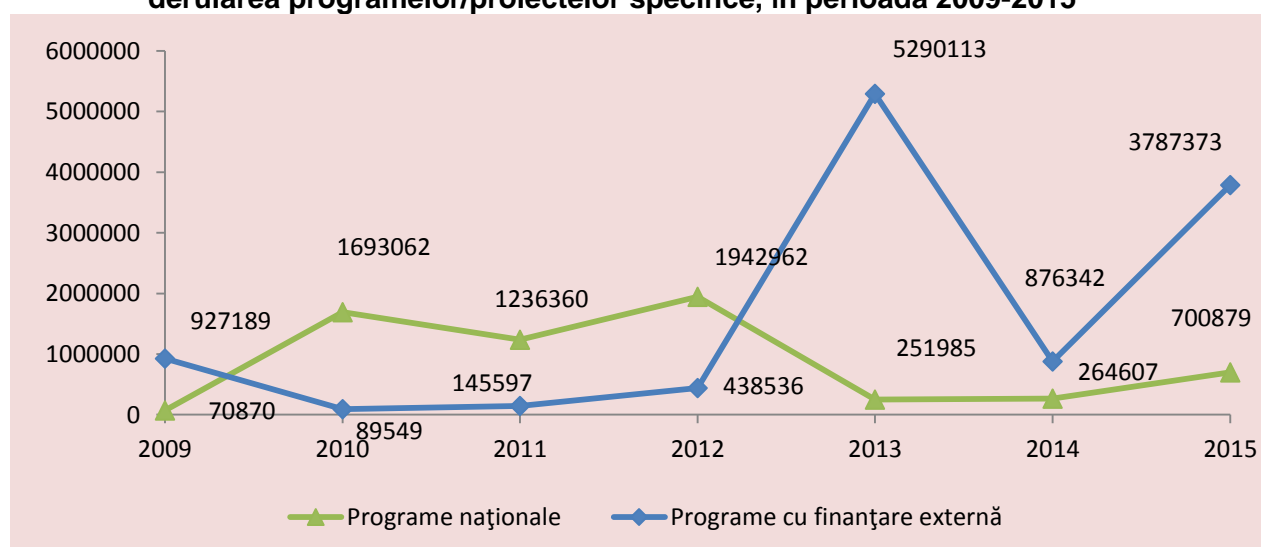
Din datele financiare puse la dispoziție de către instituțiile partenere, rezultă faptul că pentru implementarea politicilor în domeniul drogurilor sumele au fost cheltuite din fondurile alocate de la bugetul statului.

Partenerii care au făcut precizări asupra sumelor folosite sunt:

- Centrul de Evaluare și Tratament a Toxicodependențelor pentru Tineri "SFÂNTUL STELIAN" a utilizat din fondurile alocate instituției suma de 479.570,27 lei;
- Centrul Multifuncțional de Pregătire Schengen a alocat resurse financiare de la bugetul statului în valoare de 28.730 lei;
- Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării a utilizat din fondurile alocate instituției suma de 30.435 lei;
- Ministerul Tineretului și Sportului a utilizat din fondurile alocate instituției suma de 65.793 lei.

În vederea îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Strategia Națională Antidrog 2013-2020, Agenția Națională Antidrog a derulat în anul 2015 programe finanțate atât de la bugetul de stat, cât și din fonduri externe nerambursabile.

Grafic 1- 7: Evoluția bugetului (RON) alocat Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/proiectelor specifice, în perioada 2009-2015



Sursa: ANA

Față de 2014, în anul de referință, capacitatea de absorbție și utilizare a fondurilor externe nerambursabile, precum și a celor alocate de la bugetul de stat, la nivelul Agenției, au crescut cu 332% și respectiv, 165%.

Fondurile externe menționate mai sus au fost alocate, în principal, în cadrul a două proiecte:

- "EGALITATE PE PIAȚA MUNCII!" Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile, finanțat în cadrul axei 6.2. "Îmbunătățirea accesului și a participării grupurilor vulnerabile pe piața muncii", cofinanțat prin **Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013**, al cărui obiectiv general a fost implementarea unui program-pilot pentru creșterea accesului pe piața muncii prin îmbunătățirea abilităților și competențelor profesionale și furnizarea de asistență specifică unui număr 1350 de persoane ce aparțin grupurilor vulnerabile din regiunile București-Ilfov, Sud Muntenia, nord-est și sud-est în scopul prevenirii și limitării consumului de substanțe interzise.

Rezultatele proiectului au fost furnizarea de servicii de informare și consiliere profesională pentru 1000 persoane vulnerabile, dezvoltarea de programe de calificare în scopul dezvoltării competențelor și abilităților pentru un număr de 700 persoane vulnerabile. De asemenea, au fost furnizate servicii de asistență pentru 350 persoane dependente în scopul susținerii participării pe piața muncii a grupurilor țintă și acțiuni de informare, conștientizare și formare, în scopul schimbării atitudinilor sociale ale angajatorilor privind accesul grupurilor vulnerabile pe piața muncii, promovarea voluntariatului și a conștiinței civice.

- "EGALITATE PE PIAȚA MUNCII!" Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile, finanțat în cadrul axei 6.3 – EGALITATE PE PIAȚA MUNCII - ȘANSA TA LA UN VIITOR MAI BUN!, cofinanțat prin **Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013**, al cărui obiectiv general a fost 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 (județele Constanța și Tulcea).

Rezultatul principal al proiectului l-a reprezentat creșterea competențelor profesionale pentru 542 femei la risc de consum de droguri, consumatoare de droguri și aparținând altor grupuri vulnerabile, prin calificarea acestora pe piața muncii, funcție de setul de abilități personale, educaționale și profesionale, corelativ cu dinamica forței de muncă. Pentru atingerea acestui rezultat, au fost organizate 27 cursuri formare profesională, din care 11 serii inițiere/perfecționare, 15 serii calificare nivel 1 și o serie nivel 2, prin activitățile proiectului, fiindu-le dezvoltate abilitățile și competențele profesionale.

În ceea ce privește fondurile alocate de la bugetul de stat, acestea au fost utilizate, în principal, pentru îndeplinirea obiectivelor prevăzute în anul 2015 în cadrul Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018.

Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018 ca mecanism de finanțare a politicilor publice în materia reducerii cererii de droguri, contribuie la atingerea obiectivului general al Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020, respectiv 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.

Astfel, resursele financiare alocate din **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018**, în anul de referință au fost subsumate Subprogramului I "Prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu proprietăți psihoactive în populația școlară", în scopul implementării proiectului național "Mesajul meu antidrog", corelativ cu Subprogramul S.V.1. "Asistența consumatorilor de droguri prin centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog", prin asigurarea tratamentului substitutiv pentru consumatorii dependenți.

1.4 CONCLUZII

Aspectele principale ale anului 2015, din punct de vedere al cadrului legislativ și al instrumentelor specifice pentru punerea în aplicare a politicilor antidrog în România, sunt următoarele:

- **Aprobarea și implementarea** măsurilor specifice pentru punerea în aplicare a Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018 (aprobat prin H.G. nr. 684 din 19.08.2015);
- **Aprobarea și implementarea** Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 – 2018 (aprobat prin H.G. nr. 659 din 19.08.2015);
- **Promovarea și aprobarea** proiectelor de modificare a cadrului legislativ în prevenirea și combaterea traficului, precum și consumului ilicit de droguri necesar pentru implementarea eficientă a politicilor în domeniu;
- **Implementarea măsurilor antidrog** prevăzute în Planul de acțiune 2013 - 2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013 – 2020 în mod unitar și coerent prin programe și proiecte elaborate în funcție de dinamica problematicii în domeniu;
- **Derularea activităților** prevăzute în proiectele finanțate din fonduri nerambursabile, aflate în implementare de către Agenția Națională Antidrog (POSDRU și EMCDDA):

- Proiectul EGALITATE PE PIAȚA MUNCII! Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile, finanțat în cadrul axei 6.2. POSDRU "Îmbunătățirea accesului și a participării grupurilor vulnerabile pe piața muncii";

- Proiectul EGALITATE PE PIAȚA MUNCII - Șansa ta la un viitor mai bun!, finanțat în cadrul axei 6.3. POSDRU „Promovarea egalității de șanse pe piața muncii”;

- Acordul de finanțare cu Obsevatorul European pentru Droguri și Toxicomanii GA.15.RTX.022.1.0 semnat între EMCDDA și Agenție;

• **Abordarea activităților** prevăzute în toate documentele strategice, Strategia națională antidrog 2013 – 2020, strategiile județene antidrog, planurile de acțiune pentru implementarea strategiilor, în baza evidence-based.

2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

Conform celor mai recente studii, realizate atât în populația școlară, cât și în cea generală, în România, **canabisul este cel mai consumat drog, în special în rândul tinerilor**. Pentru prima oară în întreaga perioadă de monitorizare, canabisul **este pe primul loc în ceea ce privește cererea de tratament** ca urmare a consumului de droguri. De asemenea, canabisul este și **cel mai capturat drog, în anul 2015, capturile de canabis înregistrând 44,3% din cantitatea totală de droguri capturate**.

Tendința de creștere a consumului de NSP, conturată în anul anterior, **este confirmată de datele înregistrate în monitorizarea de rutină a indicatorilor privind admiterea la tratament și urgențele medicale** datorate consumului de droguri. Ca și în cazul canabisului, rezultatele studiilor indică faptul că, **în principal, tinerii sunt cei care consumă astfel de substanțe**.

Opiaceele, în special heroina, administrate pe cale injectabilă în rândul consumatorilor din București, continuă să fie observate, preponderent, în acest context. Cu toate acestea, **o nouă cohortă de tineri consumatori de heroină se evidențiază în anul 2015 în sistemul de asistență, dar și în rezultatele celui mai recent studiu ESPAD**.

2.1.CANABIS

2.1.1.Consumul de canabis în populația școlară

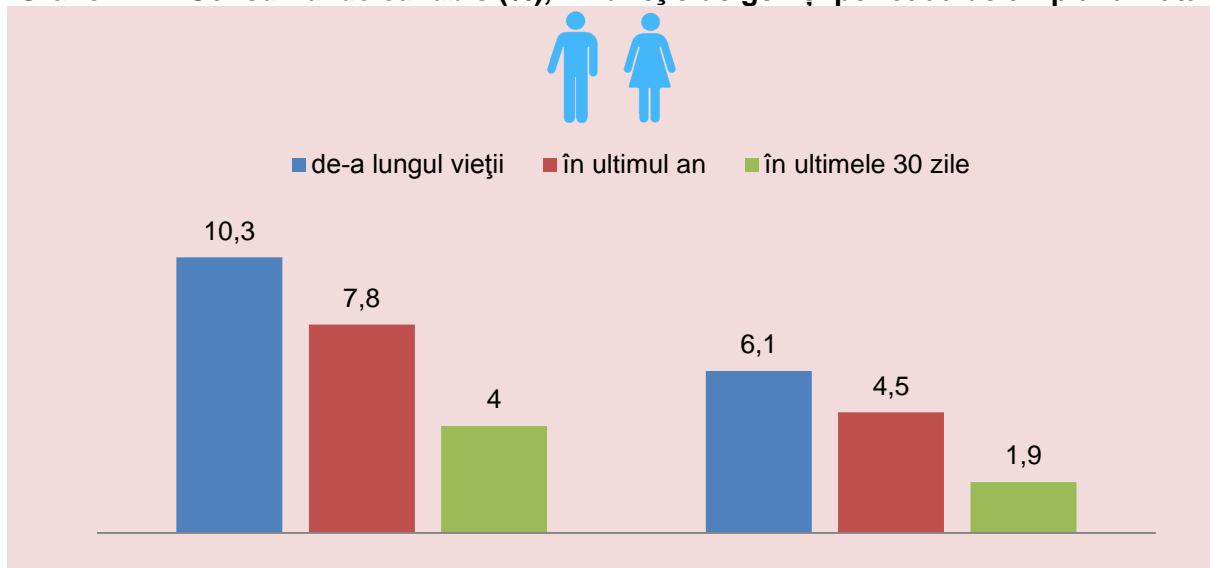
Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România atât în populația generală, cât și în cea școlară.

Conform celor mai recente date **ESPAD**, **8,1% dintre adolescenții de 16 ani au experimentat consumul de canabis, 6,1% au consumat în ultimul an, iar 2,9% dintre ei au fumat marijuana sau hașiș în ultima lună**.

La nivelul anului 2015, pentru toate perioadele de referință, se observă **valori mai mari ale prevalențelor consumului de canabis în rândul băieților**, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor:

- prevalența consumului de canabis **până la vârsta de 16 ani** a fost de **10,3% în rândul băieților**, față de **6,1% în rândul fetelor**;
- prevalența consumului de canabis **în ultimul an** a fost de **7,8% în rândul băieților**, în timp ce, valoarea acestui tip de prevalență se situează la **4,5% în rândul fetelor**;
- consumul de canabis **în ultimele 30 zile** înregistrează **în rândul băieților** din România o prevalență de **4%**, iar **în rândul fetelor de 1,9%**.

Grafic 2 - 1: Consumul de canabis (%), în funcție de gen și perioada de timp analizată

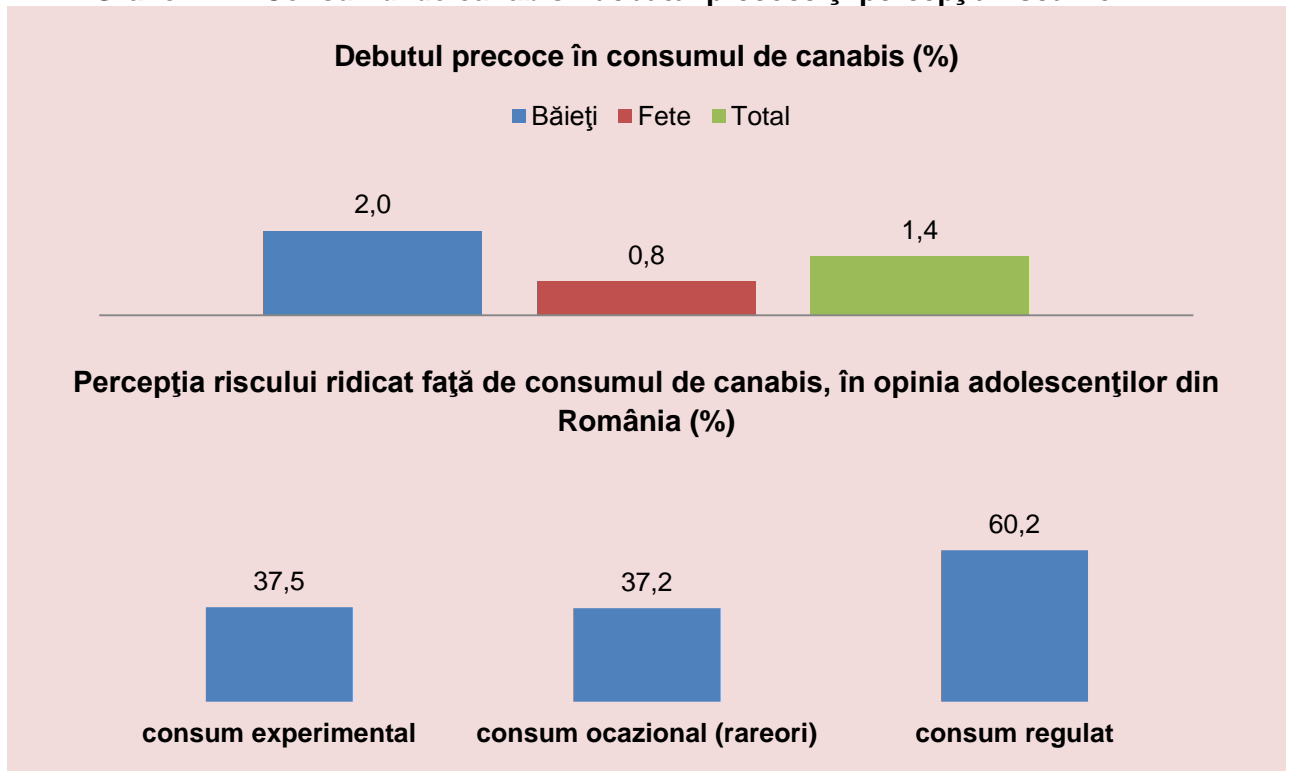


Sursa: ANA

1,4% dintre elevi au debutat în consumul de canabis la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Se remarcă diferențe între sexe, în ceea ce privește debutul precoce, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de peste 2 ori mai mare decât cea a fetelor care au experimentat un astfel de consum – 2,0% băieți, 0,8% fete.

Doar aproximativ **o treime dintre adolescenții de 16 ani din România consideră consumul experimental (o dată/ de două ori) și ocazional (rareori) de canabis ca având un risc ridicat (37,5%, respectiv 37,2%)**. Deși într-un procent mai mare, **doar 60,2% dintre elevi consideră consumul regulat de canabis ca fiind riscant, la un nivel ridicat.**

Grafic 2 - 2: Consumul de canabis - debutul precoce și percepția riscurilor

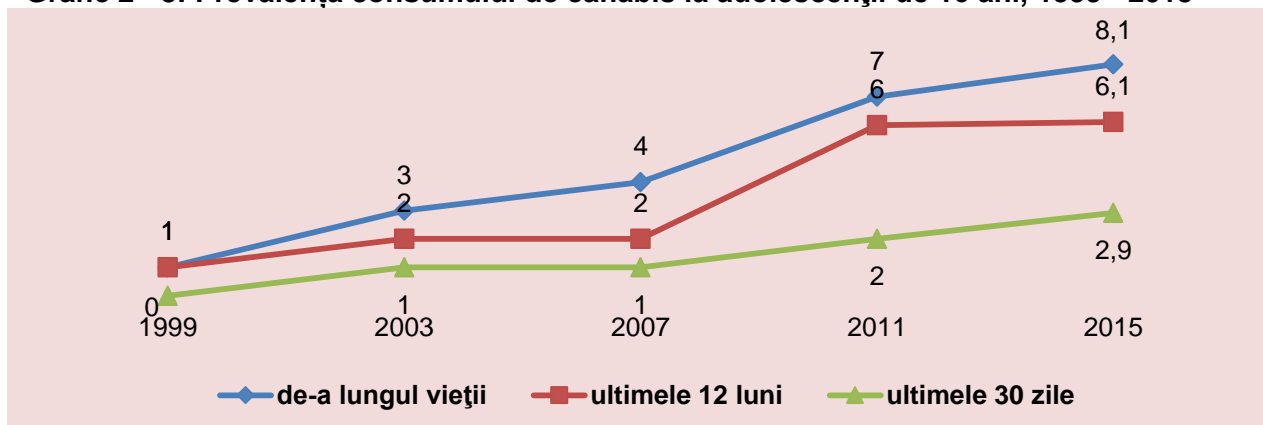


Sursa: ANA

În opinia celor intervievați, **canabisul este ușor de procurat pentru aproximativ 14% dintre aceștia**, situându-se pe **locul doi, după noile substanțe psihoactive (NSP)**, în ceea ce privește disponibilitatea percepută pe piața drogurilor.

Comparativ cu studiul anterior (2011), în anul 2015, **deși au fost înregistrate creșteri pentru consumul experimental și consumul actual de canabis/ hașiș (8,1% și 2,9%), se remarcă un ritm de dinamică mai mic**, comparativ cu perioada anterioară (2007-2011). **Consumul recent de canabis se situează la același nivel cu cel înregistrat în studiul anterior**, aproximativ 6% dintre elevi menționând că au fumat canabis în ultimul an.

Grafic 2 - 3: Prevalența consumului de canabis la adolescenții de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

2.1.2. Tratatamentul pentru consum de canabis

Canabisul se află pe primul loc în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri, **atât pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (39,3%), cât și în ceea ce privește cazurile noi** (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, **54,8%**). Este pentru **prima dată când se înregistrează o astfel de situație**, alt drog decât cele din categoria opiaceelor fiind principala substanță de consum pentru care se solicită asistență. **41% dintre persoanele de sex masculin și 27% dintre cele de sex feminin care au fost admiși în programele de tratament**, în anul 2015, **au declarat canabisul ca drog principal de consum**. Această schimbare în adresabilitatea la serviciile de asistență, anunțată în anul anterior, a fost direct influențată de **intrarea în vigoare în luna februarie 2014 a noilor reglementări introduse prin Legea nr. 187/2012** pentru punerea în aplicare a Legii nr. 286/2009 privind Codul penal, privind alternativa la închisoare, prin care au fost modificate și completate prevederile Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri – în speță, alternative la închisoare (în 2015, **28% din totalul cazurilor admise la tratament pentru consum de droguri, respectiv 42% din totalul cazurilor nou admise la tratament, reprezintă consumatori de canabis referiți de sistemul de aplicare a legii** - instanță, poliție sau probațiune).

Indiferent de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), **consumatorii de canabis care au solicitat asistență fac parte din populația tânără, cele mai multe persoane (peste 60%) având vârsta cuprinsă în intervalul 20-29 ani. Perioada de latență între vârsta de debut în consum și admiterea la tratament pentru consumul de canabis este 4,5 ani, comparativ cu heroina, în cazul căreia această perioadă este de 7,8 ani, deși vârsta medie la debutul în consum este mai mare pentru canabis față de heroină (20,6 - vârsta medie de debut în consumul de canabis, față de 19,3 – vârsta medie de debut în consumul de heroină).**

62% dintre persoanele admise la tratament în anul 2015 care au declarat că au studii superioare au consumat cannabis, procentul fiind mult mai mare (**80%**) în rândul cazurilor noi de consumatori aflați în tratament. De asemenea, este de remarcat faptul că, **43% dintre cei care au declarat că, în momentul aditerii la tratament erau elevi sau studenți, sunt consumatori de cannabis** (în concordanță cu rezultatele ESPAD menționate anterior). **Serviciile de tratament pentru consumul 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 2015 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament: **50%** dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în centre de tip ambulatoriu, **19%** dintre persoanele înregistrate în regim de tip rezidențial (internare) și **26%** dintre persoanele care au solicitat servicii de tratament în regim penitenciar au declarat cannabisul ca și drog principal de consum.

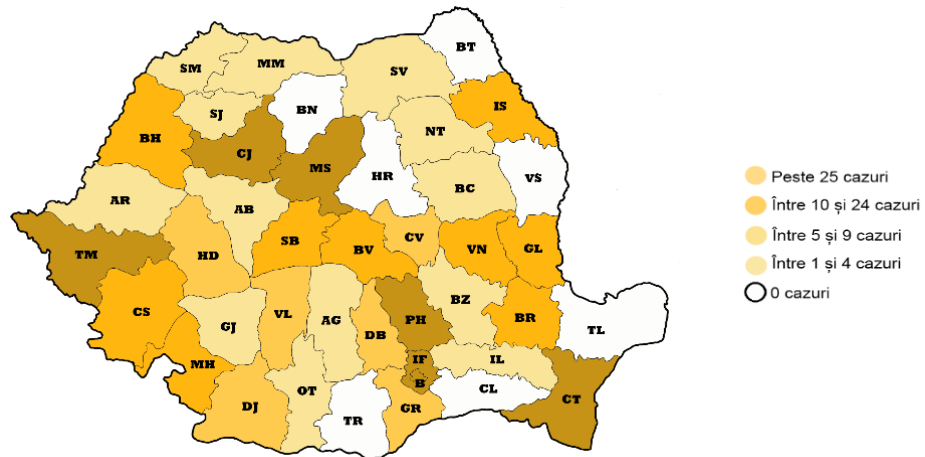
2.1.3. Consum problematic de cannabis

2.1.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de cannabis

În 2015, au fost raportate **587 (29,6%) cazuri de urgențe medicale datorate consumului de cannabis (consum singular sau în combinație)**, ceea ce înseamnă o creștere a acestei problematice față de nivelul anului anterior, când au fost înregistrate 453 astfel de cazuri. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2015, **cannabisul a fost menționat în 14,5% dintre cazuri (consum singular sau în combinație)**, față de **25,3%** câte au fost în anul anterior.

La nivel teritorial, deși se observă o *extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de cannabis*, aceasta rămâne totuși concentrată în **6 unități teritoriale (Cluj, Timiș, Mureș, Municipiul București, Prahova și Constanța)**, unde se cumulează peste două treimi (**65,8%**) din toată cazuistica.

Harta 2 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de cannabis (singular sau în combinație)



Sursa: ANA

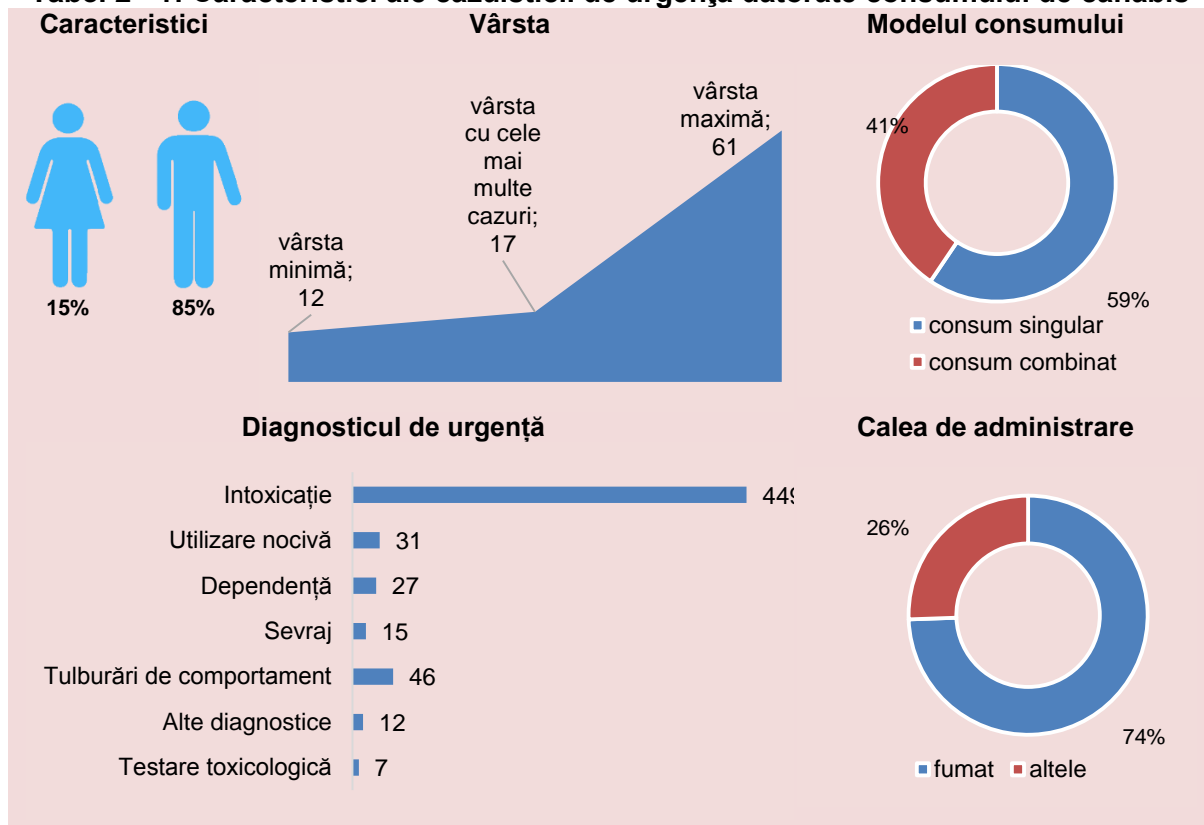
Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de cannabis (singular sau în combinație) a fost **diagnosticată cu intoxicație – 76,5%**. Acest diagnostic a fost urmat de **tulburări mentale și de comportament – 7,8%**, **utilizare nocivă – 5,3%**, **dependență – 4,6%**, **sevraj – 2,6%**, **alte diagnostice – 2,0%**. De asemenea **1,2% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.**

Din **totalul cazurilor de urgență** în care a fost menționat consumul de cannabis, în **59,5% a fost raportat consum singular**. În ceea ce privește **consumul de droguri multiple**, cannabisul a fost raportat în combinație cu **NSP, medicamente, alcool și opiacee.**

În **majoritatea cazurilor de urgență**, în care s-a raportat consum de cannabis (singular sau mixt), **administrarea s-a făcut pe cale pulmonară (74,4%).**

În **58,3%** dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de cannabis, persoanele aveau **vârsta sub 25 ani**, în **35,5%** aveau **vârsta între 25 și 34 ani**, în timp ce, în **6,3%** dintre cazuri a fost vorba de persoane **cu vârsta cuprinsă în intervalul 35 - 64 ani.**

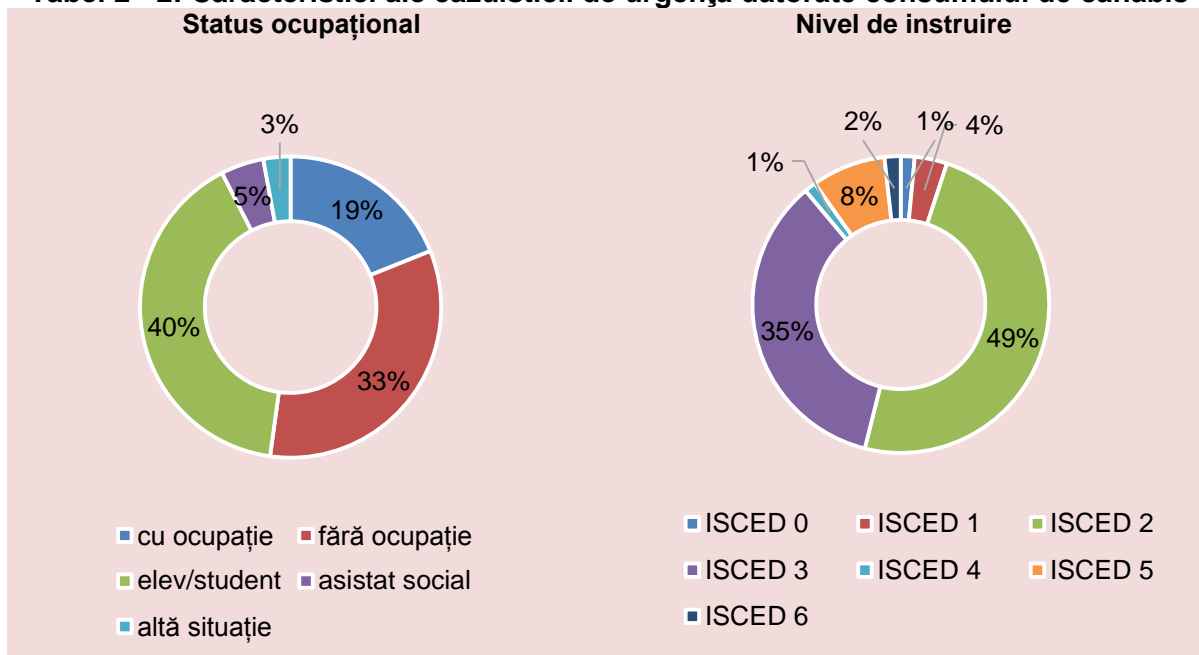
Tabel 2 - 1: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de cannabis



Sursa: ANA

În privința **nivelului de instruire** pe care îl au persoanele consumatoare de cannabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, **83,8% dintre acestea au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3)**, în timp ce, **11% 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 cannabis, se observă că **40% dintre aceștia sunt elevi sau studenți**, în timp ce, **19% sunt angajați pe piața muncii**. În schimb, **33% dintre aceștia sunt fără ocupație**.

Tabel 2 - 2: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de canabis
Status ocupațional **Nivel de instruire**



Sursa: ANA

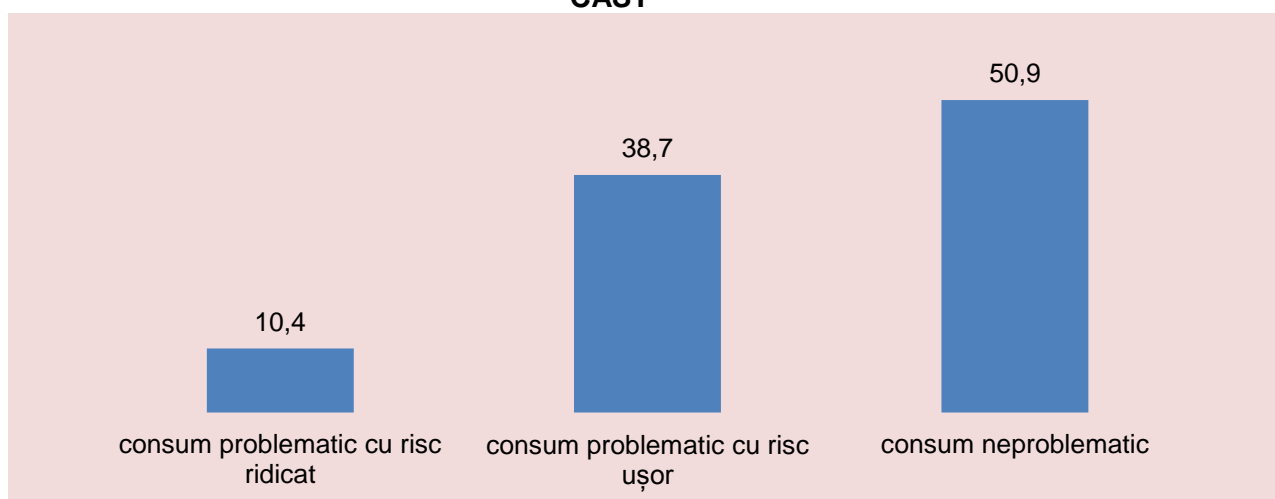
2.1.3.2. Consumul problematic

Pentru a evalua consumul **problematic de canabis în rândul elevilor în vârstă de 16 ani, pentru prima oară în studiul ESPAD, a fost introdusă în chestionar scala CAST (Cannabis Abuse Screening Test).**

Fiind proiectat pornind de la principalele criterii de determinare a diagnosticelor 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.

Consumul problematic de canabis, estimat cu scala CAST, **clasează în categoria celor cu risc ridicat 10,4% dintre elevii care au declarat consum de canabis în ultimul an și în categoria celor cu risc ușor 38,7%, în timp ce, peste jumătate - 50,9% - dintre elevii consumatori de canabis nu prezintă semne ale unui consum problematic.**

Grafic 2 - 4: Consumul problematic de cannabis (%), în funcție de rezultatele scalei CAST



Sursa: ANA

2.2.STIMULANȚI

Pe piața drogurilor din România **sunt disponibili stimulanți**, 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**. Din punct de vedere al disponibilității percepute, **stimulanții sunt considerați dificil de procurat, atât în opinia populației generale, cât și a celei școlare**.

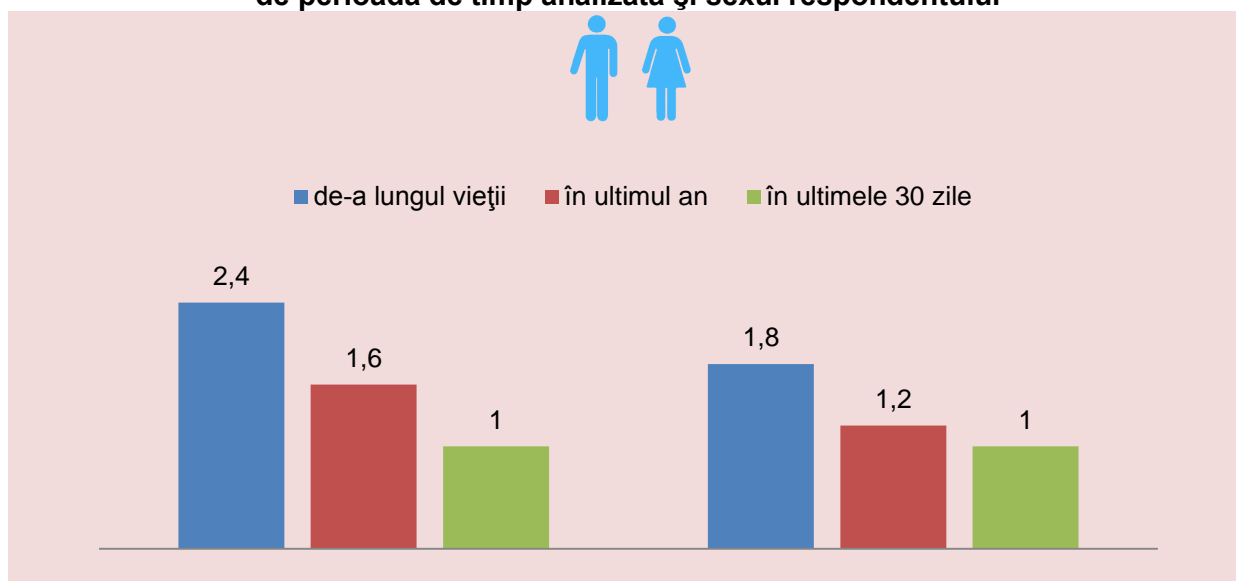
2.2.1.Consumul de stimulanți în populația generală

2.2.1.1.Ecstasy

În cazul consumului de **ecstasy**, **2,1% din populația școlară în vârstă de 16 ani** a declarat că **a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață**, în timp ce, **1,4% dintre respondenți au recunoscut un astfel de consum în ultimul an**, iar **1%, în ultima lună**. **Cu excepția consumului din ultimele 30 zile, pentru celelalte două perioade de referință, se observă valori mai mari ale prevalențelor consumului de ecstasy în rândul băieților, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor:**

- prevalența consumului de ecstasy **până la vârsta de 16 ani** a fost de **2,4% în rândul băieților**, față de **1,8% în rândul fetelor**.
- prevalența consumului de ecstasy **în ultimul an** a fost de **1,6% în rândul băieților**, în timp ce, valoarea acestui tip de prevalență se situează la **1,2% în rândul fetelor**. **În ultimele 30 zile**, consumul de ecstasy înregistrează **atât în rândul băieților din România, cât și în cel al fetelor o prevalență de 1%**.

Grafic 2 - 5: Prevalența consumului de ecstasy în populația școlară (16 ani), în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului



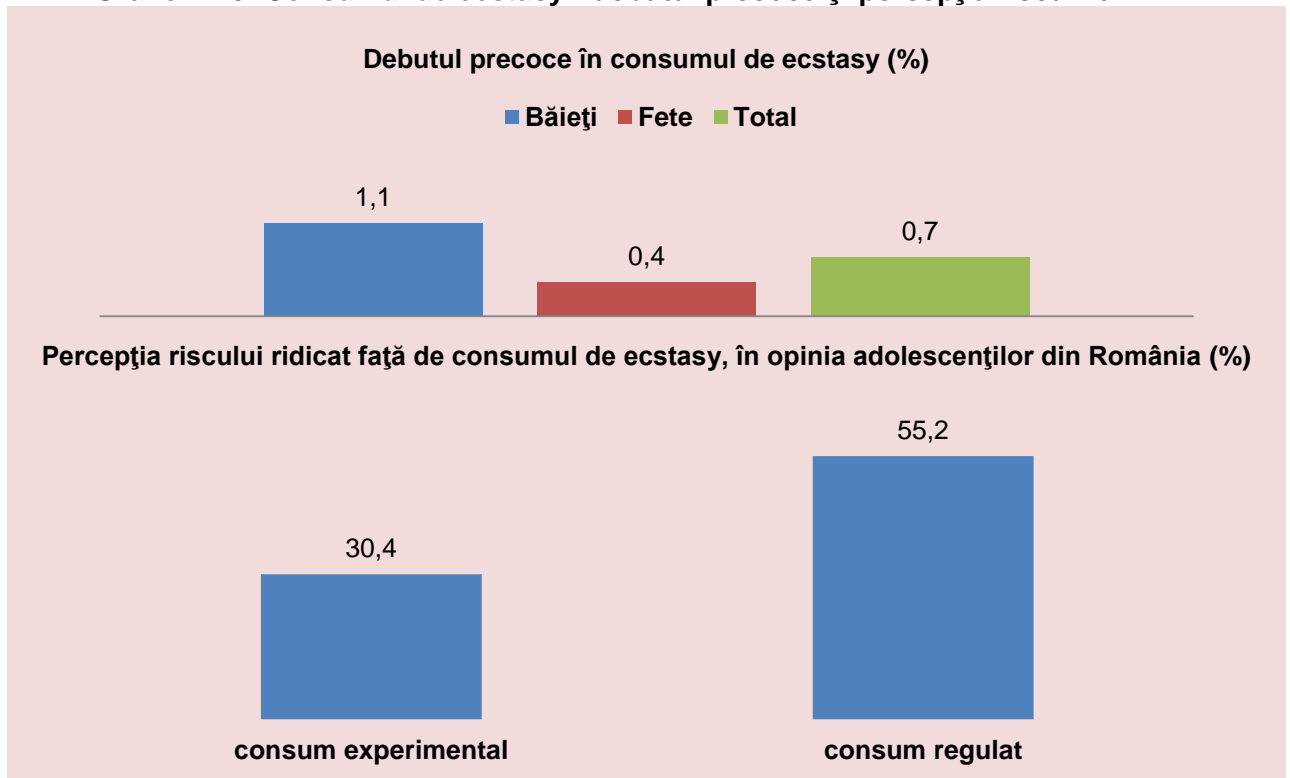
Sursa: ANA

0,7% dintre elevi au debutat în consumul de ecstasy la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Ca și în cazul cannabisului, se remarcă **diferențe între sexe**, în ceea ce privește debutul precoce, **proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de aproximativ 3 ori mai mare decât cea a fetelor** care au experimentat un astfel de consum – **1,1% băieți, 0,4% fete.**

Doar jumătate **dintre adolescenții de 16 ani din România consideră consumul regulat de ecstasy ca având un risc ridicat (55,2%)** și mai puțin de o treime (**30,4%**) consideră **consumul experimental (o dată/ de două ori) de ecstasy ca fiind riscant, la un nivel ridicat.**

În percepția elevilor privind **disponibilitatea ecstasy pe piața drogurilor**, acest drog este considerat ca fiind **ușor de procurat de 5,8% dintre respondenți.**

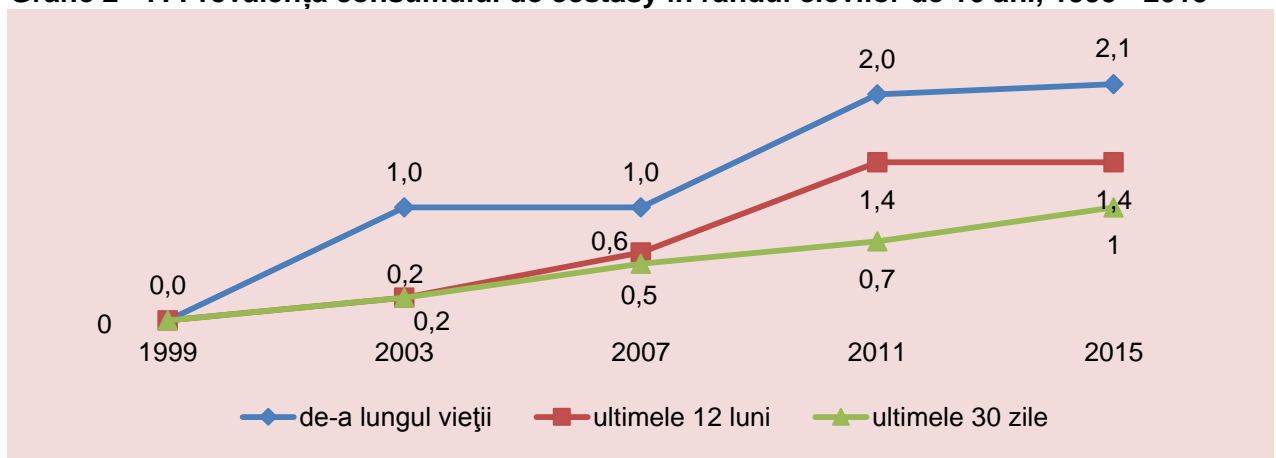
Grafic 2 - 6: Consumul de ecstasy - debutul precoce și percepția riscurilor



Sursa: ANA

Ca și **tendență**, se observă o **menținere a prevalenței consumului de-a lungul vieții**, la nivelul valorii înregistrate la studiul anterior – **2,1%, față de 2%**. În mod similar, și **în cazul consumului de ecstasy din ultimul an, prevalența se menține** la aceeași valoare observată în 2011, respectiv **1,4%**. În schimb, **față de studiul anterior, nivelul consumului din ultimele 30 zile, pentru acest tip de drog, înregistrează o ușoară creștere, de la 0,7%, la 1%**.

Grafic 2 - 7: Prevalența consumului de ecstasy în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

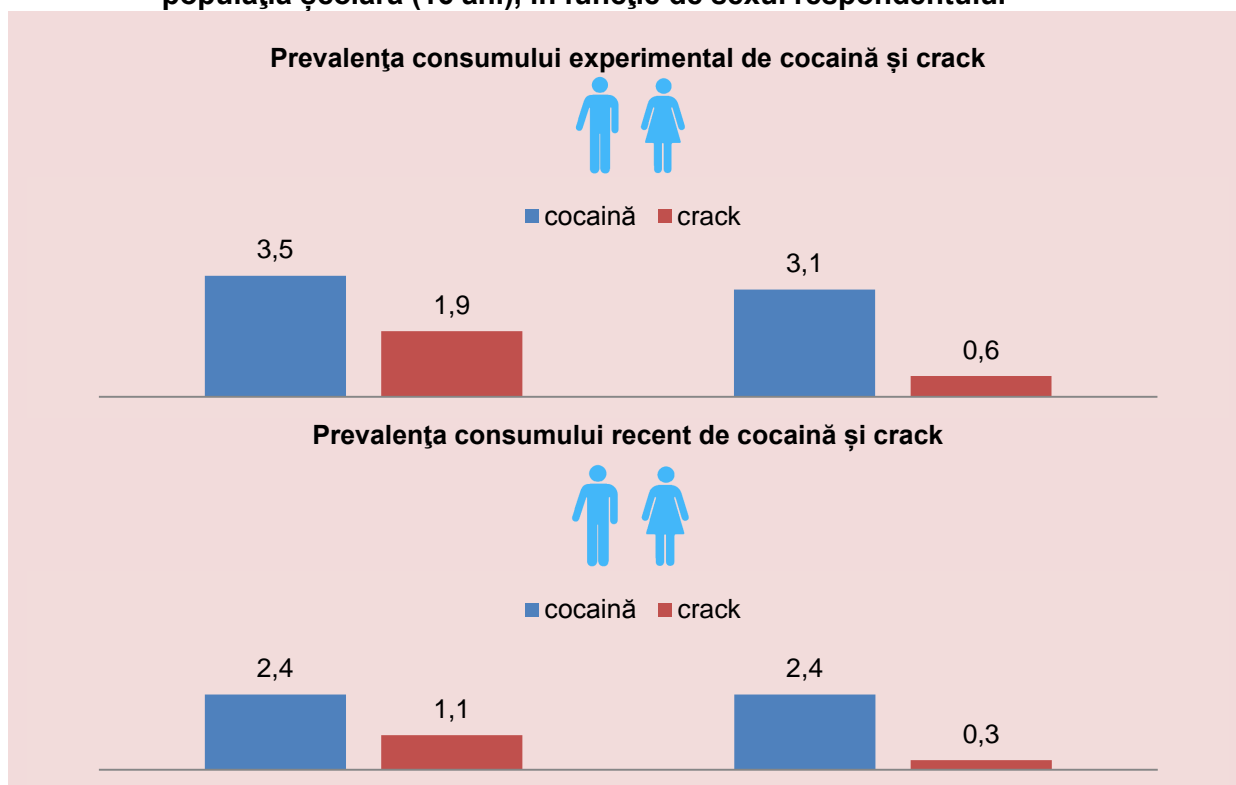
2.2.1.2. Cocaină/ crack

3,3% dintre elevii de 16 ani participanți la studiu au experimentat consumul de cocaină și într-un procent mai mic (1,2%) au încercat cel puțin o dată până la această vârstă să consume crack.

Dacă în cazul **cocainei**, **proporția băieților și fetelor** care au declarat un astfel de consum este **asemănătoare (3,5% față de 3,1%)**, consumul experimental de **crack** înregistrează **diferențe pentru prevalențele înregistrate în rândul băieților, comparativ cu cea observată în cazul fetelor (1,9%, față de 0,6%).**

Consumul de cocaină în ultimele 12 luni este menționat de **2,4% dintre elevi**, iar **cel de crack de 0,7%**. Similar situației prezentate anterior, **se înregistrează diferențe în funcție de sexul respondentului doar în cazul consumului recent de crack (raport băieți/ fete: 3,67).**

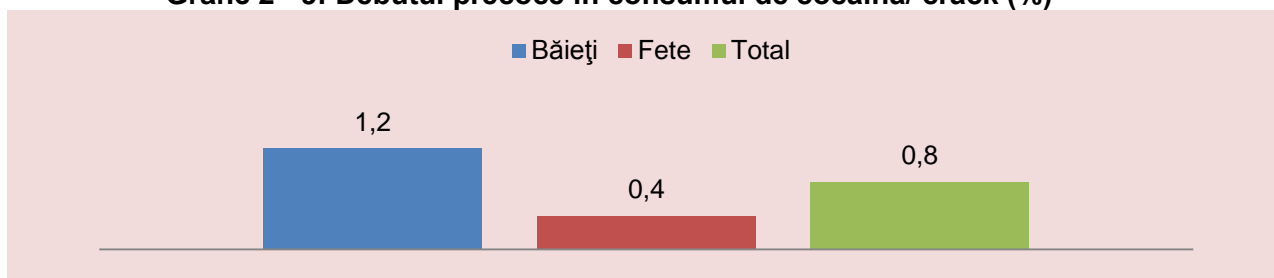
Grafic 2 - 8: Prevalența consumului experimental și recent de cocaină și crack în populația școlară (16 ani), în funcție de sexul respondentului



Sursa: ANA

Într-un procent **similar cu cel înregistrat în cazul ecstasy**, **0,8% dintre elevi au debutat în consumul de cocaină/ crack la vârsta de 13 ani sau mai devreme**. De asemenea, se constată **diferențe în debutul precoce în consumul de cocaină/ crack, în funcție de sexul respondentului, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de 3 ori mai mare decât cea a fetelor care au experimentat un astfel de consum – 1,2% băieți, 0,4% fete.**

Grafic 2 - 9: Debutul precoce în consumul de cocaină/ crack (%)

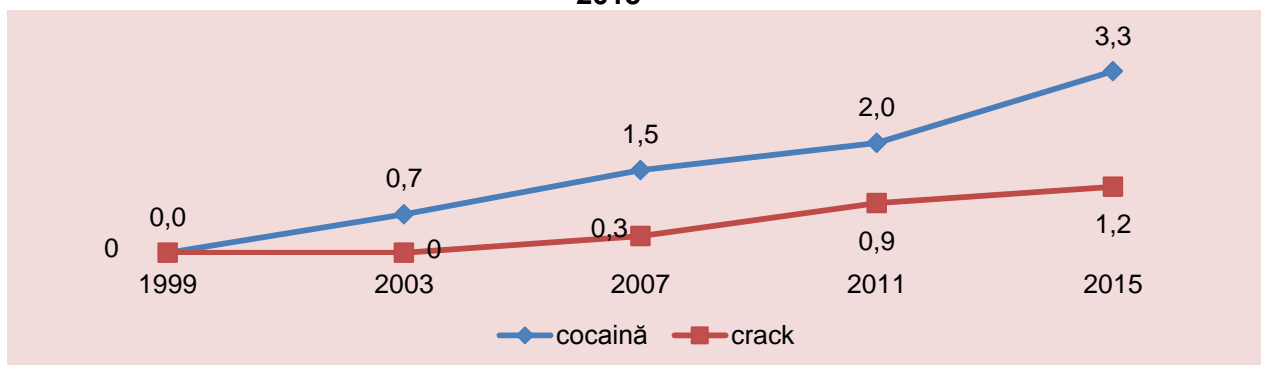


Sursa: ANA

În timp ce **cocaina se află pe locul 3** în ceea ce privește menționarea sa în categoria **drogurilor ușor de procurat, disponibilitatea crack-ului pe piață** este considerată ca fiind **facilă de un procent de elevi aflat la jumătate față de cel înregistrat pentru cocaină (7%, comparativ cu 3,8%).**

Dacă în cazul **consumului experimental de cocaină se continuă tendința de creștere** observată de la începutul perioadei de monitorizare (1999), **consumul de crack rămâne stabil**, valoarea sa fiind similară cu cea înregistrată în studiul anterior (1,2%, față de 0,9%).

Grafic 2 - 10: Prevalența consumului de cocaină/ crack la adolescenții de 16 ani, 1999-2015



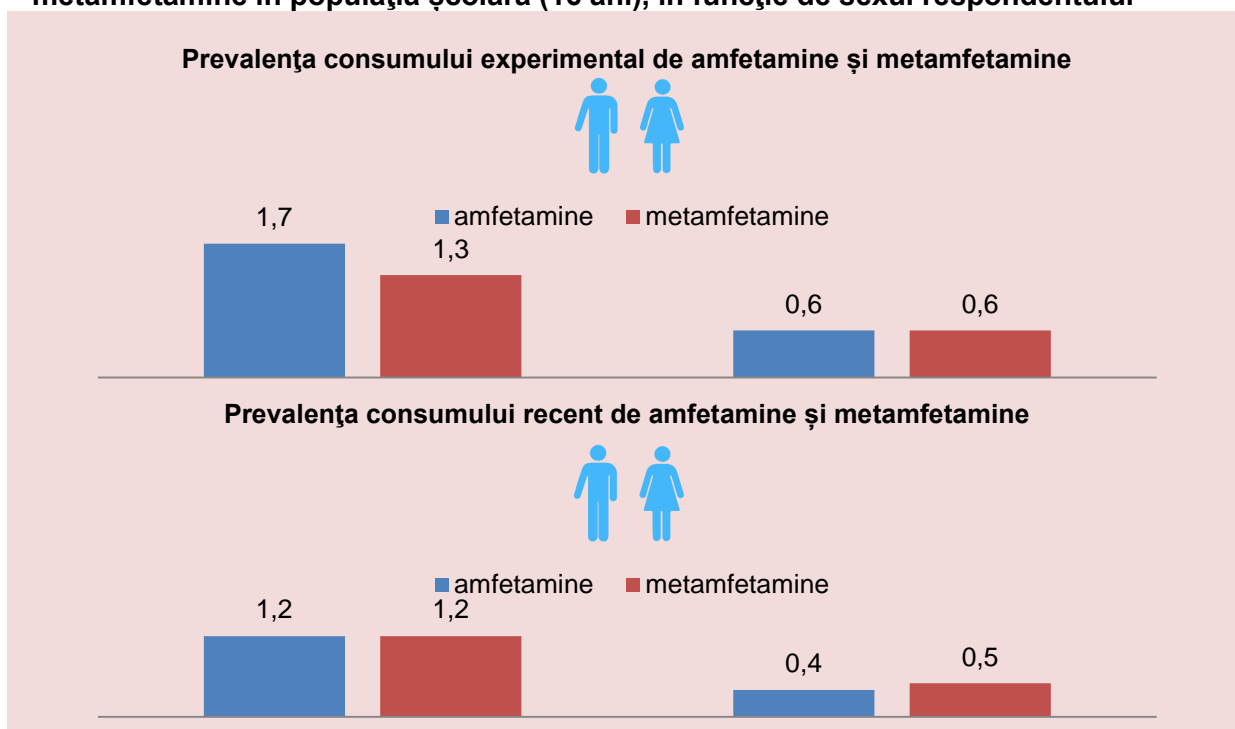
Sursa: ANA

2.2.1.3. Amfetamine

Atât **consumul experimental, cât și cel recent de amfetamine și metamfetamine înregistrează aceleași valoare** în populația școlară cu vârsta de 16 ani (**consum până la această vârstă - 1,1% amfetamine, 1% metamfetamine; consum în ultimul an - 0,8% amfetamine, 0,8% metamfetamine**).

Dacă în cazul **amfetaminelor raportul dintre băieții și fetele care au declarat că au consumat până la această vârstă este aproximativ 3**, în cazul **metamfetaminelor, acest raport este aproximativ 2**.

Grafic 2 - 11: Prevalența consumului experimental și recent de amfetamine și metamfetamine în populația școlară (16 ani), în funcție de sexul respondentului

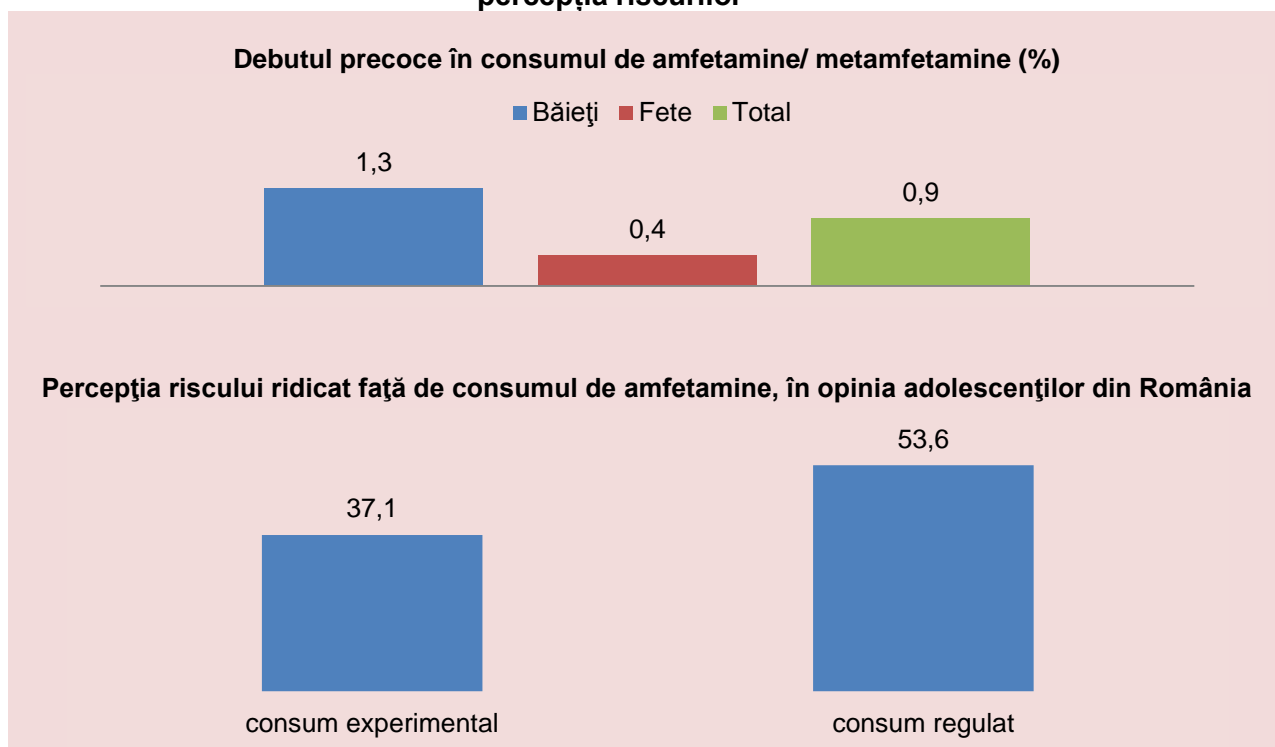


Sursa: ANA

Într-un procent similar cu cel înregistrat în cazul celorlalți stimulani, **0,9% dintre elevi au debutat în consumul de amfetamine/ metamfetamine la vârsta de 13 ani sau mai devreme**. De asemenea, se constată **aceleași diferențe în debutul precoce în consumul de amfetamine/ metamfetamine, în funcție de sexul respondentului, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de 3 ori mai mare decât cea a fetelor care au experimentat un astfel de consum – 1,3% băieți, 0,4% fete.**

Doar **jumătate dintre adolescenții de 16 ani din România consideră consumul regulat de amfetamine ca având un risc ridicat (55,2%) și mai puțin de o treime (30,4%) consideră consumul experimental (o dată/ de două ori) de amfetamine ca fiind riscant, la un nivel ridicat.**

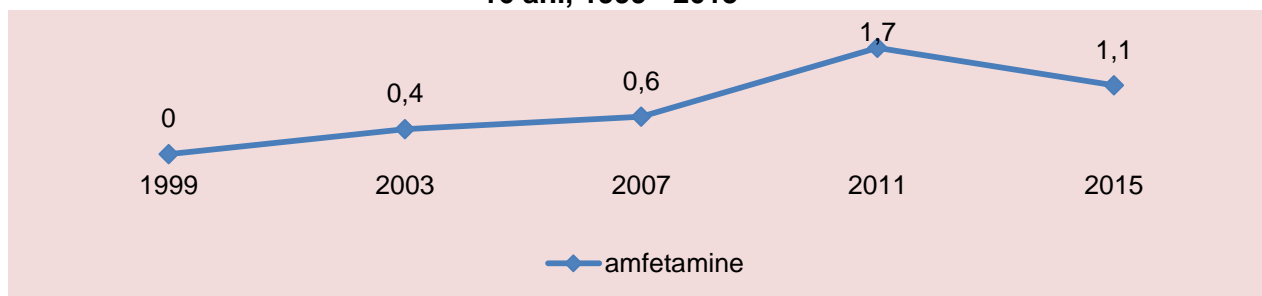
Grafic 2 - 12: Consumul de amfetamine/ metamfetamine – debutul precoce și percepția riscurilor



Sursa: ANA

În timp ce **1% dintre elevii participanți la studiu au declarat că au consumat amfetamine/ metamfetamine până la această vârstă**, aproximativ **4% consideră că este ușor sau aproape ușor să procure astfel de droguri (4,3% - amfetamine, 4,2% metamfetamine)**. Față de studiul anterior, **se constată o scădere a prevalenței consumului experimental de amfetamine, dar valoarea înregistrată în anul 2015 este de aproape 3 ori mai mare decât cea observată în anul 2003 (prima dată când a fost declarat un astfel de comportament în rândul elevilor de 16 ani)**.

Grafic 2 - 13: Prevalența consumului experimental de amfetamine în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

2.2.2.Tratamentul pentru stimulanți

Doar **1,6%** dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2015 au fost ca urmare a consumului de stimulanți (**0,6%** pentru cocaină, **0,5%** ecstasy, **0,2%** amfetamine, **0,2%** metamfetamine și **0,1%** catinone sintetice). Ca și la cannabis, cele mai multe persoane (**42 din 49**) nu au mai fost tratate anterior, reprezentând cazuri nou înregistrate în serviciile de asistență (**18 din cele 19 cazuri de cocaină sau toate cele 16 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 catinone sintetice, la aproximativ 24 ani pentru cocaină și amfetamine (pentru ecstasy este 23 ani)**. De altfel, *populația consumatoare de stimulanți din sistemul de tratament este o populație tânără, cele mai multe persoane (32 din 49) au vârsta cuprinsă în intervalul 20 - 29 ani (13 din 19 consumatori de cocaină din tratament, 12 din 16 consumatori de ecstasy din tratament, 5 din 6 consumatori de amfetamine)*.

Ca și în cazul cannabisului, majoritatea cazurilor de tratament pentru consum de stimulanți, altele decât cocaina au fost referite în anul 2015 prin intermediul sistemului de aplicare a legii (17 din 30). În ceea ce privește consumatorii de cocaină, cei mai mulți dintre aceștia, **8 din cele 19 cazuri** au fost referite de către poliție, instanță sau servicii de probațiune, iar **4 cazuri au fost referite de alte servicii** de sănătate sau sociale.

Majoritatea (33 din 49) consumatorilor de stimulanți care au fost admiși la tratament în anul 2015 **au absolvit studiile învățământului secundar**.

Serviciile de tratament pentru consum de stimulanți sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulanți a solicitat servicii în anul 2015 a fost foarte mic. Astfel, în funcție de tipul centrului, distribuția cazurilor admise la tratament a fost următoarea: în comunitate, același procent (**1,5%**) dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în *centre de tip ambulatoriu și în regim de tip rezidențial au declarat stimulanții ca și drog principal* de consum, în cazul *populației din penitenciare, proporția fiind de 4,9%*.

2.2.3.Consum problematic de stimulanți

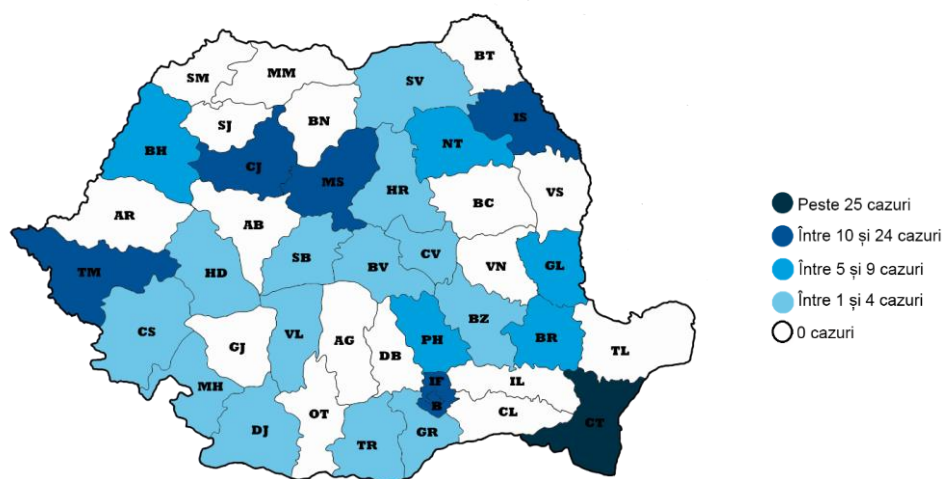
2.2.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de stimulanți

În 2015, au fost raportate **167 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de stimulanți** (consum singular sau în combinație). În categoria substanțelor stimulante au fost incluse **cocaina, amfetamina, metamfetamina și ecstasy**. În ansamblul cauzisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul

2015, substanțele stimulante au fost menționate în 4,1% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Ca și repartiție geografică, deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de stimulanti, aceasta **rămâne totuși concentrată în 6 unități teritoriale (Cluj, Timiș, Mureș, Municipiul București, Iași și Constanța)**, unde se cumulează **peste două treimi (66,8%) din totalul** cazurilor înregistrate.

Harta 2 - 2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație)



Sursa: ANA

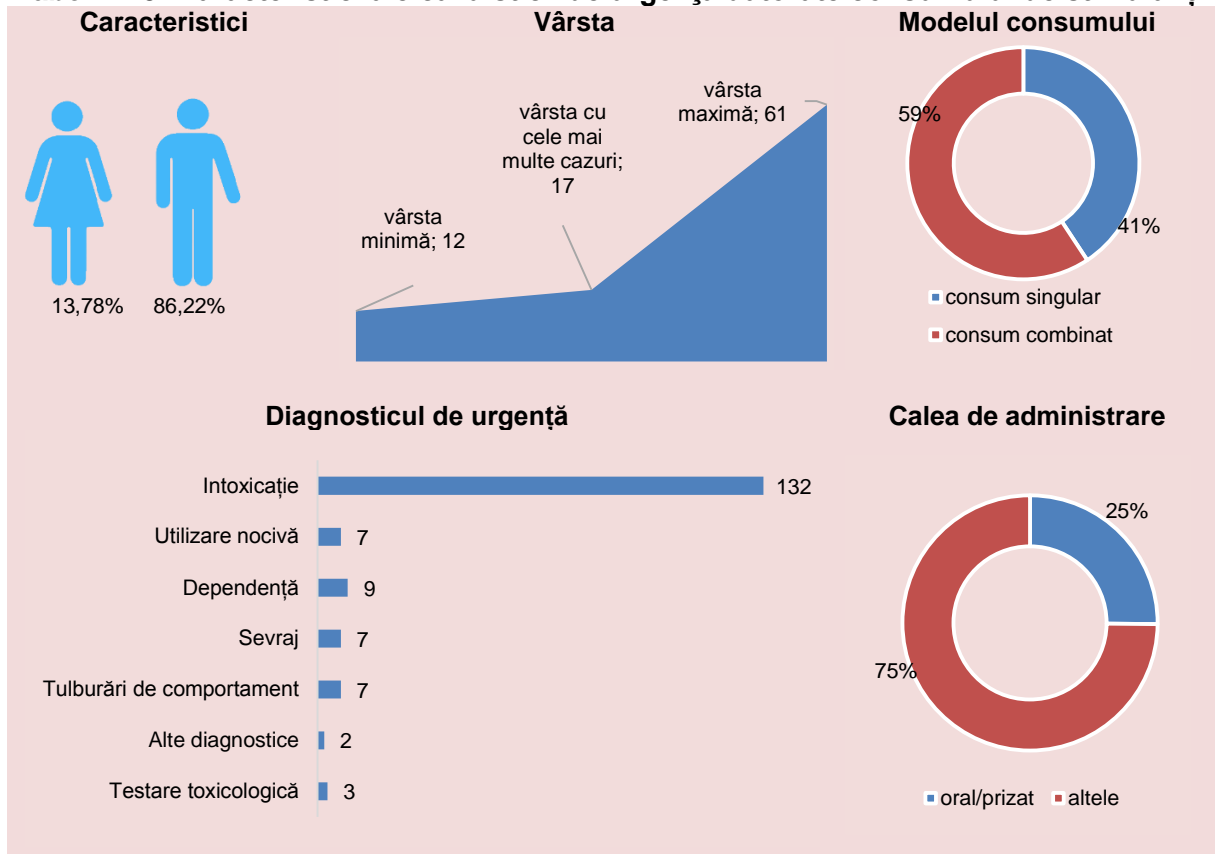
Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de stimulanti (singular sau în combinație) a fost **diagnosticată cu intoxicație – 79%**. Acest diagnostic a fost urmat de **dependență – 5,4%**, **tulburări mentale și de comportament – 4,2%**, **utilizare nocivă – 4,2%**, **sevraj – 4,2%**, **alte diagnostice – 1,2%**. De asemenea **1,8%** din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.

Din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consumul de stimulanti, în **40,7%** a fost raportat **consum singular**. În ceea ce privește **consumul de droguri multiple**, stimulanti au fost raportați în combinație cu **canabis, NSP, medicamente, alcool, opiacee și halucinogene**.

În majoritatea cazurilor de urgență, în care s-a raportat consum de stimulanti (singular sau mixt), **administrarea s-a făcut oral sau intranasal/ prizat (25,2%)**.

În **46,7%** dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de stimulanti, persoanele aveau **vârsta sub 25 ani**, în **39,4%** aveau vârsta între **25 și 34 ani**, în timp ce, în **13,9%** dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul **35 - 64 ani**.

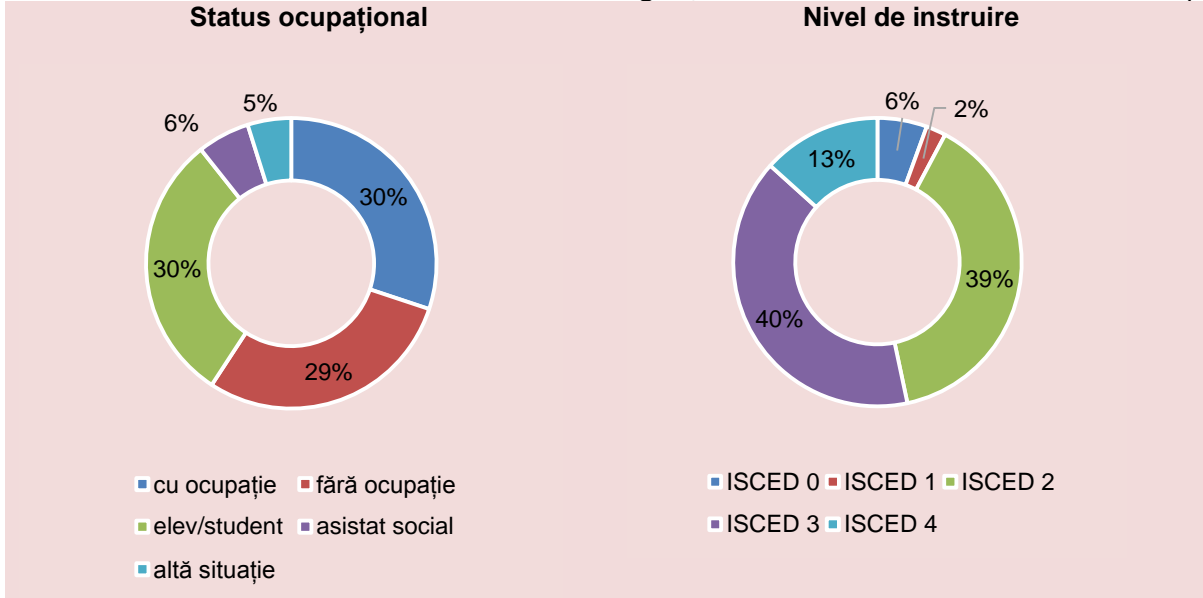
Tabel 2 - 3: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti



Sursa: ANA

În privința **nivelului de instruire** pe care îl au persoanele consumatoare de stimulanti care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, **78,9%** dintre acestea au menționat un **nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3)**, în timp ce, **13,3%** s-au declarat absolvente 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 stimulanti, se observă că **30% dintre aceștia sunt elevi sau studenți**, în timp ce, **30% lucrează**. În schimb, **29%** dintre aceștia sunt **fără ocupație**.

Tabel 2 - 4: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti

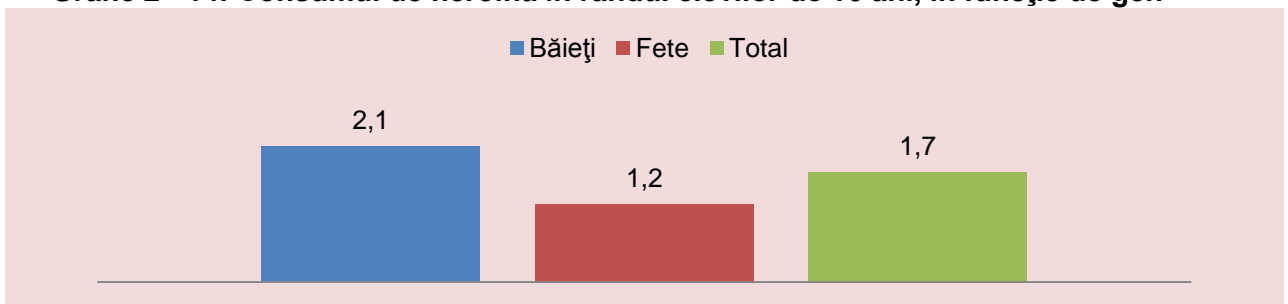


Sursa: ANA

2.3. HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE

1,7% dintre adolescenții de 16 ani au experimentat consumul de heroină, de 2 ori mai mulți băieți decât fete (raport băieți:fete=1,75) menționând un astfel de comportament în cadrul studiului ESPAD 2015.

Grafic 2 - 14: Consumul de heroină în rândul elevilor de 16 ani, în funcție de gen

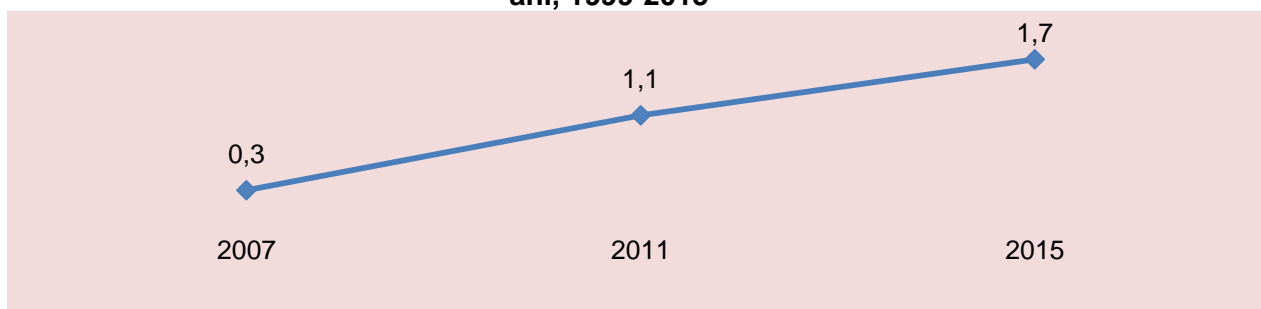


Sursa: ANA

În ceea ce privește percepția disponibilității heroinei pe piața drogurilor, în opinia a 4,5% dintre respondenți, acest drog este ușor sau aproape ușor de procurat.

Tendința de creștere observată în anul 2011, continuă și în anul 2015, consumul de heroină în rândul elevilor de 16 ani ajungând de la 0,3% în anul 2007, la 1,7% în anul 2015.

Grafic 2 - 15: Prevalența consumului experimental de heroină în rândul elevilor de 16 ani, 1999-2015



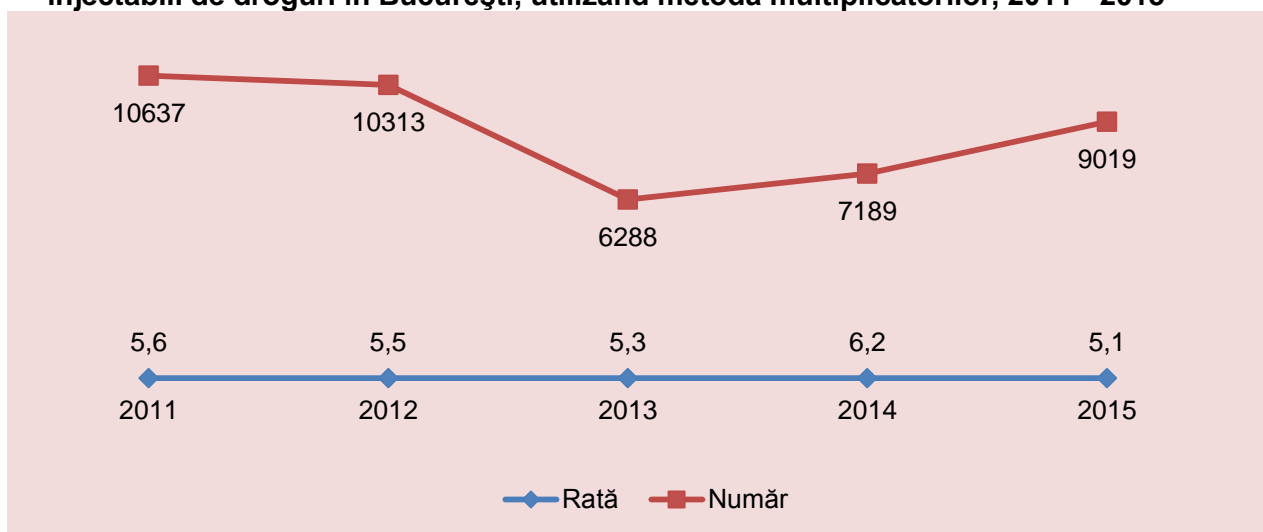
Sursa: ANA

2.3.1. Estimarea consumului de opiacee

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri la nivelul anului 2015, s-a utilizat un **multiplicator rezultat în urma aplicării „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București - Behavioural Surveillance Survey 2015”**. Având în vedere influențele observate în cazul multiplicatorului rezultat din studiul BSS 2012, respectiv, supra-reprezentarea în eșantion a CDI înregistrați în servicii de tratament, **procesul de recrutare a urmărit înrolarea, în studiul aplicat în anul 2015, preponderent, a subiecților din populația ascunsă** (care nu au avut contact în ultimele 12 luni cu servicii specializate de asistență pentru consumatorii de droguri). **Multiplicatorul astfel rezultat a fost ajustat în baza celui determinat din analiza datelor privind înregistrarea CDI în serviciile de urgență, prin încrucișarea cazurilor identificate în ambele tipuri de servicii** (urgență și servicii specializate de asistență pentru consumatorii de droguri).

Astfel, numărul estimat de consumatori injectabili de droguri din București în anul 2015, rezultat din analiza datelor, este 9019 (95% CI: 6687 – 13844), rata fiind 6,2 (95% CI: 3,78 – 7,84) consumatori de droguri injectabile la 1000 de locuitori din București. **Din cei 836 consumatori de droguri injectabile aflați în tratament (benchmark), 94,5% au menționat heroina ca și drog principal de consum, 0,7% metadonă și 0,1% alte opioide (restul de 4,6% reprezentând consumatori de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și ketamină)**. Comparativ cu anul 2014, este de menționat faptul că, **a crescut procentul consumatorilor de noi substanțe psihoactive pe cale injectabilă din serviciile de tratament (de la 2,3% la 4,4%)**.

Grafic 2 - 16: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane¹⁸) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2015



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 7,7 ani, vârsta medie de debut** în consum declarată de cei mai mulți dintre CDI din București fiind de **27 de ani. Cohorta este una îmbătrânită, 68,7% dintre CDI din București având vârsta peste 30 ani.**

2.3.2. Injectarea și alte căi de administrare a opiaceelor

31,7% dintre persoanele admise la tratament în anul 2015, au menționat că **și-au administrat vreodată un drog pe cale injectabilă**, în scădere, comparativ cu anul anterior (**39,4%**). Dintre aceștia, **jumătate (16,1%) reprezintă cazuri nou admise** în serviciile de asistență.

Indiferent de perioada de timp considerată ca referință (consum de-a lungul vieții, în ultimul an, sau în ultima lună de droguri injectabile), **opiaceele, în special heroina, sunt principalele droguri administrate injectabil.** Astfel, **aproximativ 90%, din totalul consumatorilor de droguri injectabile din programele de tratament, reprezintă consumatori de opiacee pe cale injectabilă. 91,7% din totalul consumatorilor de opiacee, reprezentând 29% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință, își injectaseră droguri cândva în viață.** În ceea ce privește **consumatorii curenți de opiacee injectabile** (care au consumat

¹⁸ 1765623 locuitori cu vârsta între 18 - 64 ani înregistrați la 1 ianuarie 2015 pe raza regiunii București - Ilfov, conform datelor prezentate Institutul Național de Statistică

în ultimele 30 de zile), aceștia (543 persoane) reprezentau **51,4% din totalul consumatorilor de opiacee și 16,8% din totalul celor admiși la tratament.**

72,6% dintre cazuri se regăsesc în rândul **consumatorilor cu istoric de injectare de peste 10 ani**, urmați de cei cu **istoric de injectare între 5 și 10 ani (19,5%).**

În funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre **următorul profil al populației de consumatori curenți de opiacee administrate injectabil, admiși la tratament** în anul 2015:

- **bărbat** (82,3%), **din grupa de vârstă până în 34 de ani** (67,8%);
- **tratat ambulatoriu** (66,1%) **a mai fost admis** anterior la tratament (58,8%);
- **a utilizat în comun echipamente de injectare în ultimele 30 de zile** anterior admiterii la tratament (35,2%);
- **rezident în zona București - Ilfov** (95,9%).

În ceea ce privește **populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați**, în 2015, în **programele de schimb de seringi (4678 persoane)**, **67,6%** dintre cei care au declarat **drogul principal consumat sunt consumatori de opiacee** (fără a considera cazurile celor care au declarat consumul combinat al mai multor droguri), iar **66% sunt consumatori de heroină.**

2.3.3. Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee

Din analiza cazurilor de **consumatori curenți de opiacee injectabile**, admiși la tratament în 2015, rezultă următoarele informații privind **prevalența HIV, HBV și HCV** în rândul acestei sub-populații:

În funcție de **statusul serologic auto-declarat** de beneficiari, în anul 2015, se înregistrează o prevalență a **HIV de 10,8%**, a **HVC de 52,3%** și a **HVB de 8,4%**, **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 vremii 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 2015, se înregistrează o prevalență de **6,7% pentru HIV, 65,7% pentru HVC și 6,8% pentru HVB.**

2.3.4. Tratamentul pentru heroină și alte opiacee

Comparativ cu anul 2014, în anul de referință **consumul de opiacee ocupă locul al doilea în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (32,6%), pe**

primul loc fiind situat consumul de canabis (39,3%). Din această clasă, **heroina este substanța pentru care s-au înregistrat cele mai multe admiteri la tratament (30,1%),** aceasta fiind urmată de metadonă (1,2%) și alte opioide (1,3%). **Populația consumatoare de opiacee, în principal heroină, este reprezentată de persoane care au mai fost anterior în tratament (65,6%), procentul celor care au fost admiși pentru prima dată la tratament fiind de 34,4%.**

Peste 62,7% dintre consumatorii cu vârsta cuprinsă în intervalul 30 - 34 ani și 77% dintre cei din grupa de vârstă 35 - 39 ani din serviciile de tratament din anul 2015 au declarat opiaceele ca fiind drogul principal de consum, ceea ce demonstrează că subpopulația de consumatori de opiacee aflată în asistență reprezintă o cohortă ușor mai în vârstă, comparativ cu alte cohorte analizate anterior.

De asemenea, **majoritatea cazurilor de tratament pentru consum de opiacee, respectiv heroină, au avut ca surse de referință în anul 2015 familia, prietenii și referința de sine (peste 61% din totalul surselor de referință).**

Conform datelor statistice, **vârsta medie a celor care au solicitat asistență pentru consumul de heroină este de 32,4 ani, iar în cazul metadonei vârsta medie fiind de 32 ani. Perioada medie de latentă între vârsta de debut în consum și vârsta medie de intrare în tratament este de 7,7 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 2015.**

Vârsta medie de debut în consumul de opiacee, respectiv heroină (19,6 ani) este asemănătoare cu vârsta medie pentru consumatorii de catinone sintetice (20 ani).

În ceea ce privește **integrarea pe piața muncii, o proporție foarte mare (50%) - în creștere față de anul 2014 (45,4%) este reprezentată de persoanele fără ocupație. Marea majoritate a consumatorilor de opiacee care au solicitat asistență au o locuință stabilă (85%), iar din punct de vedere al studiilor, aceștia au absolvit studii de învățământ secundar (60,4%).**

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 2015 următoarea distributie a cazurilor admise la tratament: 34,6% 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 (în scădere față de anul precedent – 45%); 27,5% din cazurile înregistrate în regim de tip rezidențial (internare) au fost pentru consum de opiacee (22,9% pentru heroină), iar dintre consumatorii de droguri care au beneficiat de serviciile de tratament în regim penitenciar (81 de persoane), 41 au declarat consumul de opiacee, respectiv heroină, ca fiind drogul principal.

2.3.5. Alte consecințe ale consumului de opiacee

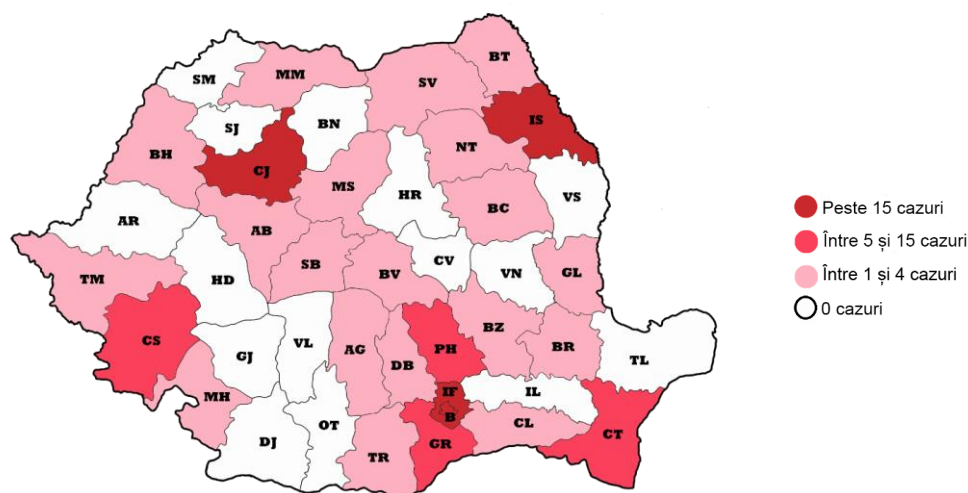
2.3.5.1. Urgențe medicale datorate consumului de opiacee

În 2015, au fost raportate **405 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opiacee (consum singular sau în combinație)**, ceea ce înseamnă o scădere cu 12% a acestei problematice față de nivelul anului anterior, când au fost înregistrate 460 astfel de cazuri.

În ansamblul **cazuisticii** de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2015, **opiaceele au fost menționate în 11% dintre cazuri (consum singular sau în combinație)**, față de 25,6% câte au fost în anul anterior.

În privința **repartiției teritoriale** a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opiacee, se observă în continuare **concentrarea sa în capitală** (unde se înregistrează 66,2% din cazuistică). Ca și **extindere geografică**, 14,6% dintre cazuri se înregistrează, cumulativ, în **alte două județe mari ale României – Cluj și Iași**.

Harta 2 - 3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație)



Sursa: ANA

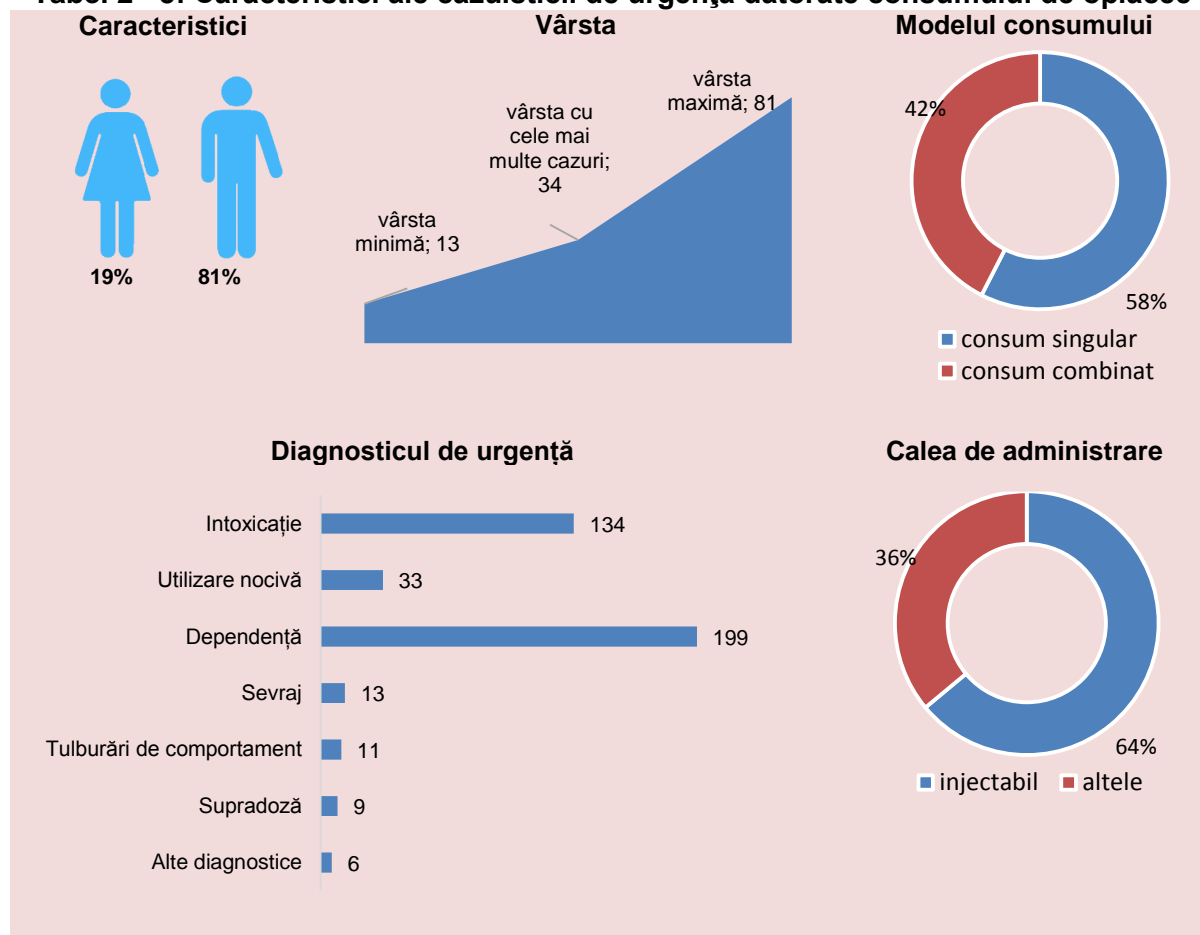
Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de opiacee (singular sau în combinație) a fost **diagnosticată cu dependență – 49,1%**. Acest diagnostic a fost urmat de **intoxicație – 33,1%**, **utilizare nocivă – 8,2%**, **sevraj – 3,2%**, **tulburări mentale și de comportament – 2,7%**, **supradoză – 2,2%**, **alte diagnostice – 1,5%**.

Din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consumul de opiacee, în 57,5% a fost raportat **consum singular**. În ceea ce privește **consumul de droguri multiple**, opiaceele au fost raportate în combinație cu **NSP, medicamente, cannabis**.

În majoritatea cazurilor de urgență, în care s-a raportat consum de opiacee (singular sau mixt), **administrarea s-a făcut injectabil (64%)**.

În **22,8%** dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de opiacee, persoanele **aveau vârsta sub 25 ani**, în **45,9%** aveau vârsta între **25 și 34 ani**, în **30,1%** dintre cazuri a fost vorba de persoane cu **vârsta cuprinsă în intervalul 35 - 64 ani**, în timp ce, în **1,3%** cazuri persoanele aveau vârsta **peste 64 ani**.

Tabel 2 - 5: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de opiacee

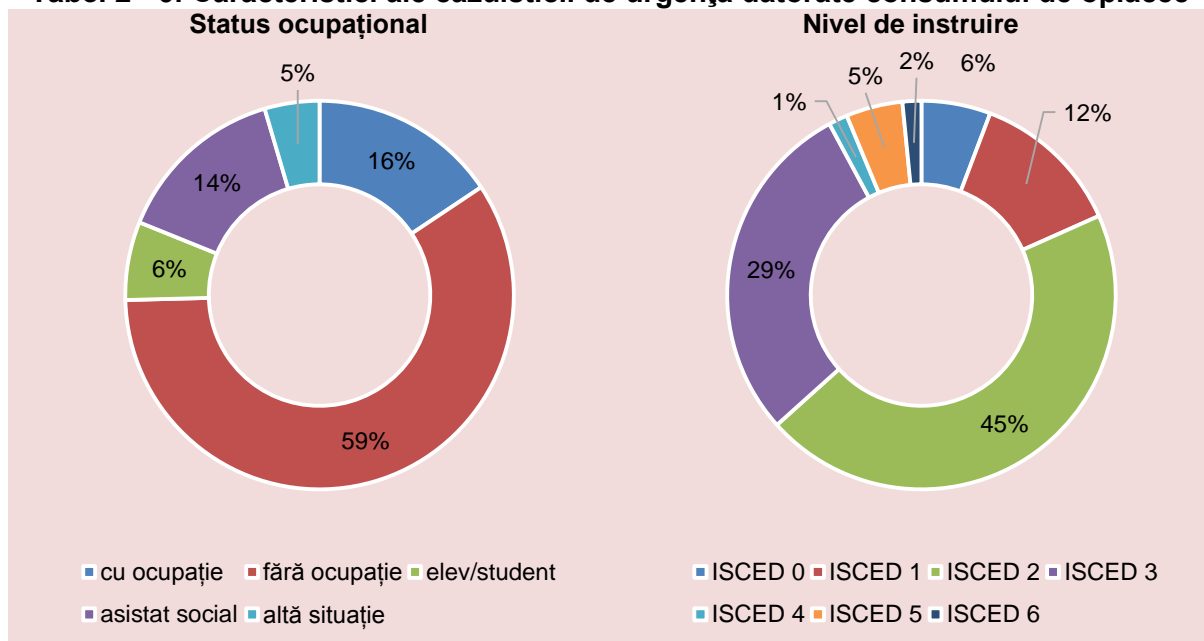


Sursa: ANA

În privința **nivelului de instruire** pe care îl au persoanele consumatoare de opiacee care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, **74% dintre acestea au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3)**, în timp ce, **8% 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 opiacee, se observă că **16% dintre aceștia lucrează**, **14% sunt asistați social** în timp ce **6% sunt elevi sau studenți**. În schimb, **59% dintre aceștia sunt fără ocupație**.

Tabel 2 - 6: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de opiacee



Sursa: ANA

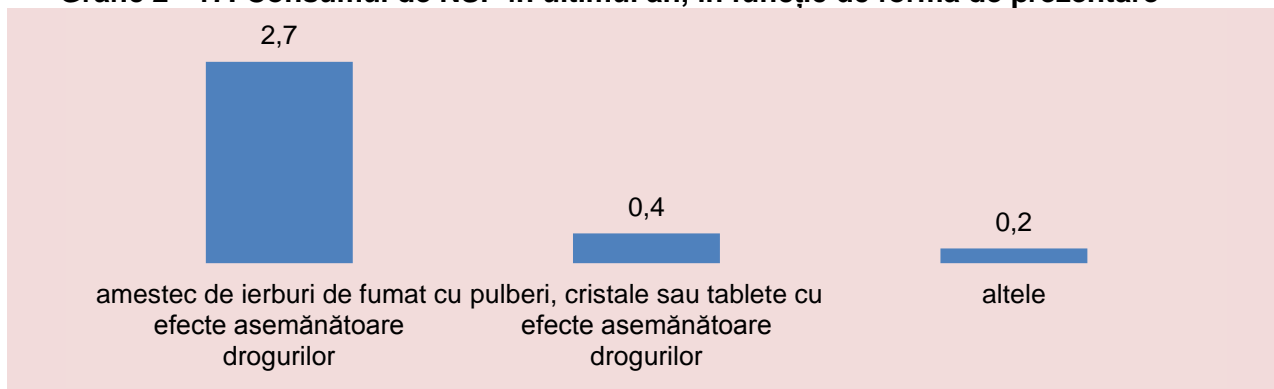
2.4. NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

2.4.1. Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP

Ca urmare a apariției noilor substanțe psihoactive pe piața drogurilor din România, în perioada 2009-2010, măsurarea consumului acestora în populația școlară a fost inițiată în 2011, cu ocazia realizării studiului ESPAD. În anul 2015, modulul referitor la consumul noilor substanțe psihoactive din cadrul chestionarului studiului ESPAD a fost adaptat în conformitate cu metodologia standard recomandată la nivel european. În baza rezultatelor studiului ESPAD 2015, **noile substanțe psihoactive (NSP) se situează pe locul doi, după cannabis, în topul celor mai consumate droguri, 5,1% dintre elevii de 16 ani incluși în eșantion declarând consumul experimental de NSP și 3,1% menționând că au consumat recent.**

Cele mai consumate NSP sunt cele care se prezintă sub forma **amestecurilor de ierburi de fumat cu efecte asemănătoare drogurilor, consumul recent** de astfel de amestecuri fiind declarat de **2,7% dintre adolescenții intervievați**, în timp ce **0,4% dintre elevi** au declarat că au consumat NSP sub formă de **pulberi, cristale sau tablete asemănătoare drogurilor**. **0,2% dintre participanții la studiu** au declarat **consum de NSP, fără a preciza forma sub care s-au prezentat acestea.**

Grafic 2 - 17: Consumul de NSP în ultimul an, în funcție de forma de prezentare

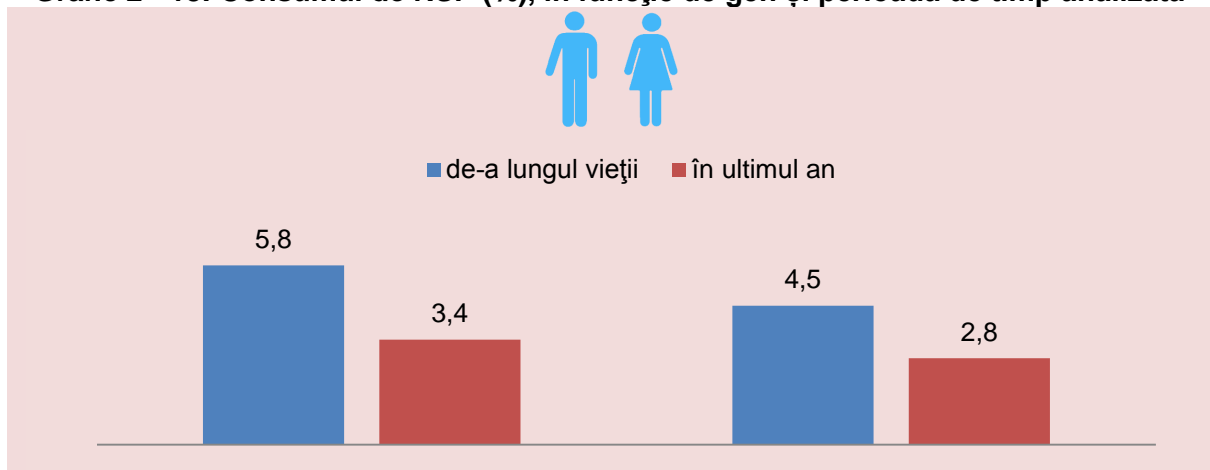


Sursa: ANA

La nivelul anului 2015, pentru cele două perioade de referință, se observă valori mai mari ale prevalențelor consumului de NSP în rândul băieților, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor:

- prevalența consumului de cannabis până la vârsta de 16 ani a fost de 5,8% în rândul băieților, față de 3,4% în rândul fetelor;
- prevalența consumului de NSP în ultimul an a fost de 4,5% în rândul băieților, în timp ce, valoarea acestui tip de prevalență se situează la 2,8% în rândul fetelor.

Grafic 2 - 18: Consumul de NSP (%), în funcție de gen și perioada de timp analizată

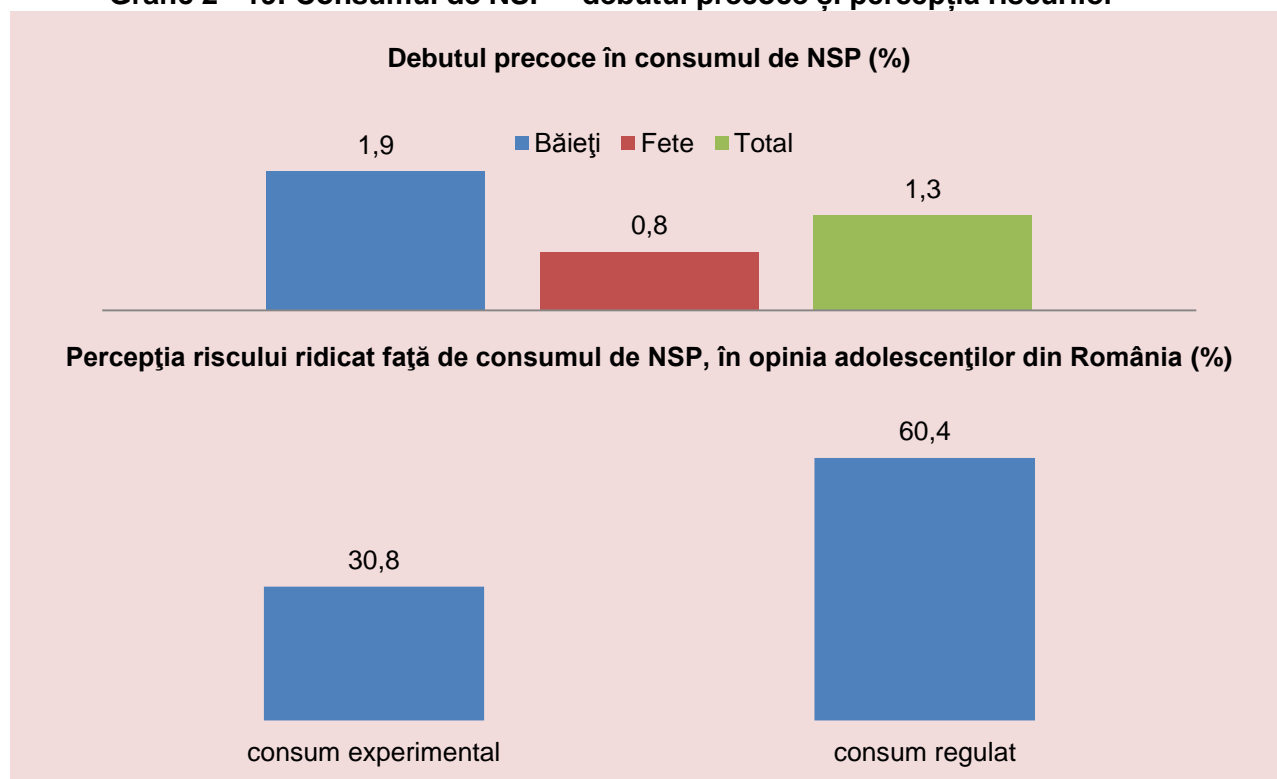


Sursa: ANA

Noile substanțe psihoactive se situează pe locul trei (după inhalante și cannabis) în categoria drogurilor declarate la debutul precoce în consum, 1,3% dintre elevi menționând că au experimentat consumul de astfel de substanțe la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Se remarcă diferențe între sexe, în ceea ce privește debutul precoce, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de peste 2 ori mai mare decât cea a fetelor care au experimentat un astfel de consum – 1,9,% băieți, 0,8% fete.

Dacă doar 1 din 3 elevi (30,8%) consideră consumul experimental de NSP ca având un risc ridicat, percepția riscului este mai bună în cazul consumului regulat, mai mult de jumătate (60,4%) dintre adolescenții de 16 ani considerând un astfel de comportament ca fiind riscant, la un nivel ridicat. De altfel, în opinia participanților la studiu, consumul regulat de NSP a înregistrat cel mai mare procent în cazul declarațiilor privind riscul ridicat pe care îl implică un astfel de comportament.

Grafic 2 - 19: Consumul de NSP – debutul precoce și percepția riscurilor

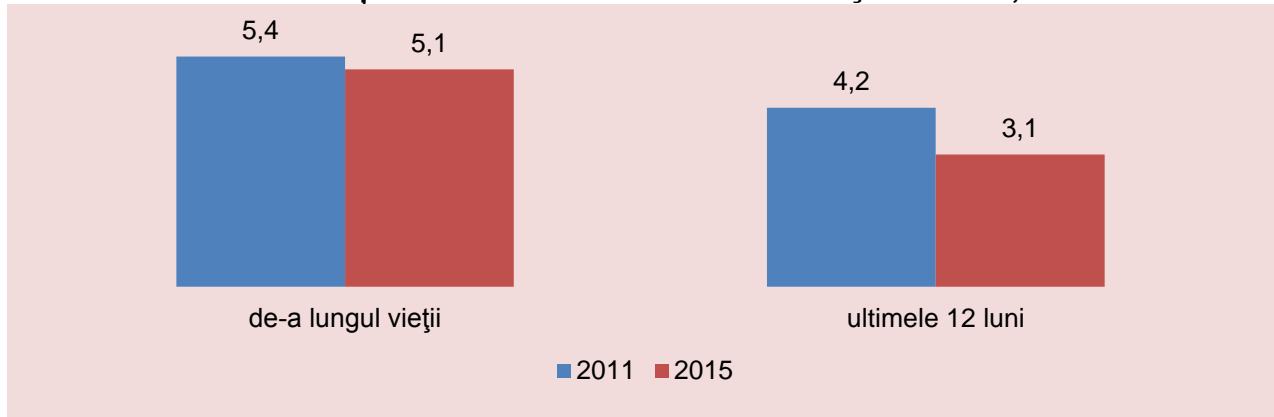


Sursa: ANA

În opinia celor intervievați, NSP reprezintă drogurile cel mai ușor de procurat, aproximativ 16,4% dintre elevii de 16 ani apreciindu-le ca fiind disponibile în acest sens.

Dacă în ceea ce privește consumul de-a lungul vieții, se observă, în anul 2015, o stabilizare la nivelul anului 2011 (5,4%), în cazul consumului în ultimul an, se înregistrează o scădere, de la 4,2% la 3,1%.

Grafic 2 - 20: Prevalența consumului de NSP la adolescenții de 16 ani, 1999-2015



Sursa: ANA

2.4.2. Tratament pentru consumul de NSP

Consumul de NSP se poziționează pe locul al treilea în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (22,3%) și pe locul al doilea în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 24%). 23% dintre persoanele de sex masculin și 17,7% dintre cele de sex feminin care au fost admise în programele de tratament, în anul 2015, au declarat substanțele noi psihoactive ca fiind drogul principal de consum, ceea ce reprezintă o *diferență relativ scăzută între femeile și bărbații care au solicitat asistență ca urmare a consumului de NSP, comparativ cu alte substanțe (spre exemplu cannabisul)*.

De asemenea, *comparativ cu cannabisul, majoritatea cazurilor* admise la de tratament pentru consum de NSP au fost referite în anul 2015 prin intermediul altor servicii de sănătate, medicale sau sociale (peste 45% din totalul surselor de referință).

Indiferent de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), **consumatorii de NSP care au solicitat servicii de asistență fac parte din populația tânără, cele mai multe persoane (64%) având vârsta cuprinsă în intervalul 15 - 24 ani. Perioada de latență** între vârsta de debut în consum și admiterea la tratament pentru consum de NSP este de 1,46 ani, *comparativ cu cannabisul în cazul căruia perioada este de 4,5 ani.* În ceea ce privește vârsta medie la debutul în consum a celor două tipuri de droguri, 18,6 ani reprezintă vârsta medie de debut în consumul de NSP, *comparativ cu 20,6 ani – vârsta medie de debut în cazul consumului de cannabis.*

Majoritatea (66%) consumatorilor de NSP care au fost **admiși** la tratament în anul 2015 au absolvit studii de învățământ secundar. Este important de menționat faptul că, din totalul de 74 de persoane fără studii, admise la tratament în anul 2015, 17 dintre acestea au declarat noile substanțe psihoactive ca fiind drogul principal de consum.

Serviciile de tratament pentru consumul de noi substanțe psihoactive **sunt disponibile la nivel național atât în comunitate, cât și în regim penitenciar**. În funcție de **tipul centrului**, s-a înregistrat în anul 2015 următoarea **distribuție a cazurilor admise la tratament**: **40,7%** dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri **în centre de tip rezidențial (internare) au declarat noile substanțe psihoactive ca și drog principal de consum**, **12,6%** din cazurile înregistrate **în regim ambulatoriu au fost pentru consum de NSP**, iar în ceea ce privește serviciile de tratament **în regim penitenciar**, **17,2%** dintre cazurile înregistrate **au fost pentru consum de NSP**.

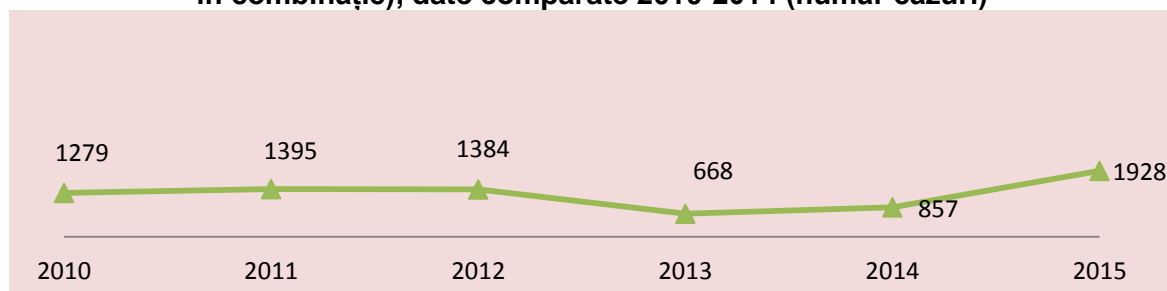
2.4.3. Consecințe ale consumului de NSP

2.4.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de NSP

În 2015, au fost raportate **1928 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de NSP (consum singular sau în combinație)**, ceea ce înseamnă **o creștere cu 125% față de anul anterior**, când au fost înregistrate 857 astfel de cazuri.

Prin consecințele asupra sănătății, pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihoactive, **noile substanțe psihoactive continuă să ocupe locul central în problematica urgențelor medicale** cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2015, fiind menționate în **47,5% dintre cazuri**.

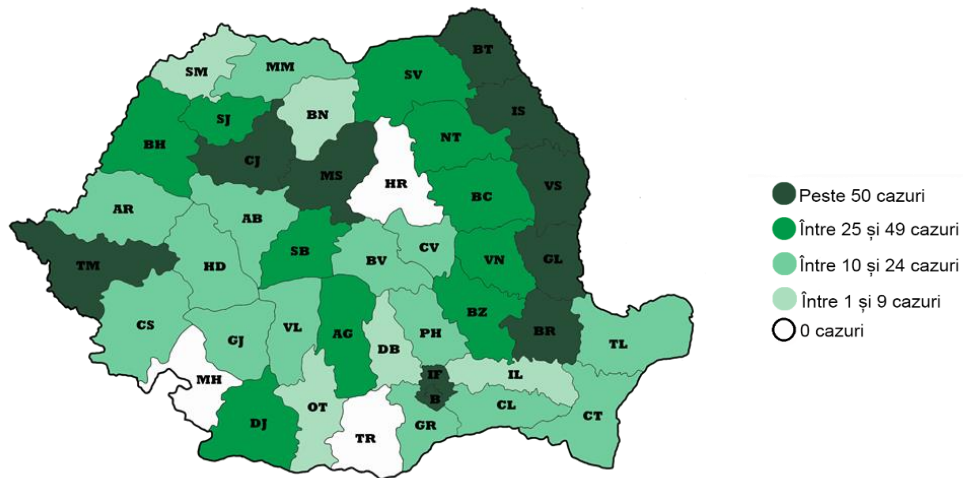
Grafic 2 - 21: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2014 (număr cazuri)



Sursa: ANA

La nivelul țării, **zona teritorială** care înregistrează **o problematică semnificativă a cazuisticii de urgență datorată consumului de NSP este alcătuită din 9 unități teritoriale** (Municipiul București, Galați, Cluj, Iași, Brăila, Timiș, Mureș, Botoșani, Vaslui), **unde se cumulează 69% din toată cazuistica** înregistrată la nivel național.

Harta 2 - 4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație)



Sursa: ANA

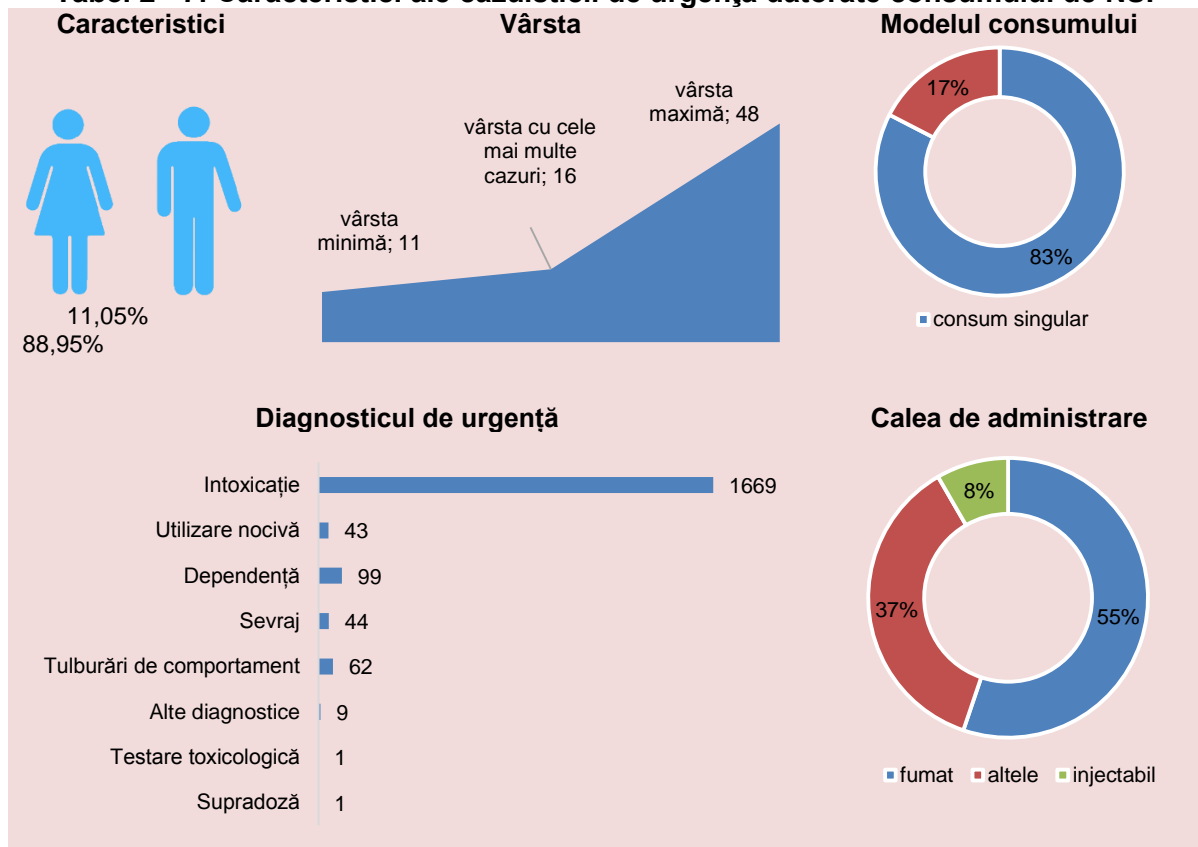
Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de NSP (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 86,6%. Acest diagnostic a fost urmat de dependență – 5,1%, tulburări mentale și de comportament – 3,2%, sevraj – 2,3%, utilizare nocivă – 2,2%, alte diagnostice – 0,5%. De asemenea în același procent (0,2%) au fost stabilite diagnostice de supradoză și testare toxicologică.

Din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consumul de NSP, în 82,6% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple, NSP a fost raportat în combinație cu opiacee, cannabis, medicamente și alcool.

În majoritatea cazurilor de urgență, în care s-a raportat consum de NSP (singular sau mixt), administrarea s-a făcut pulmonar sau prin fumat (55,2%).

În 68,7% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de NSP, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 23,3% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, în 8% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-64 ani.

Tabel 2 - 7: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de NSP

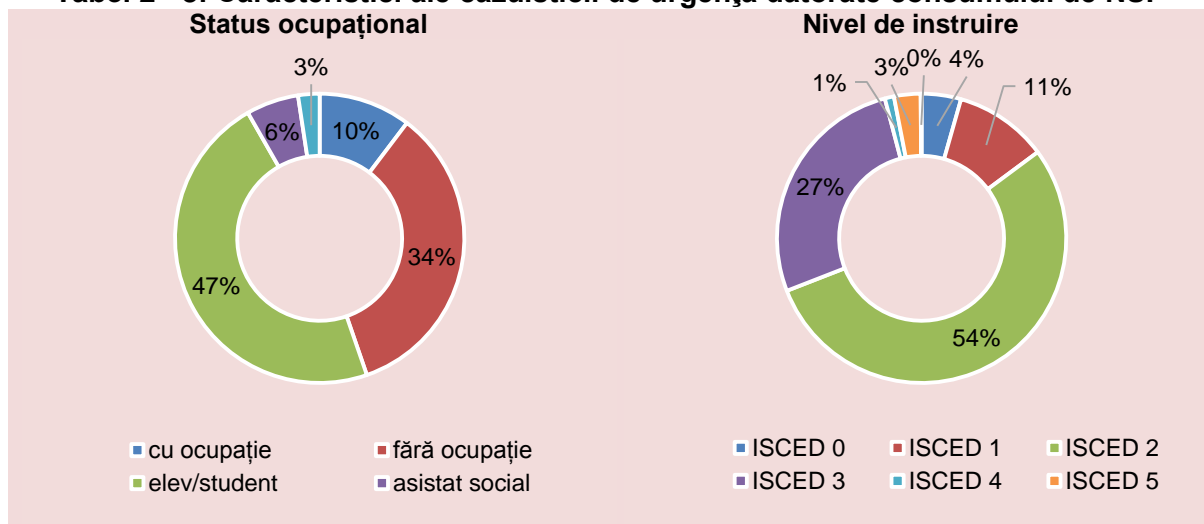


Sursa: ANA

În privința **nivelului de instruire** pe care îl au persoanele consumatoare de NSP care au fost înregistrate în serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, **81% dintre acestea au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3)**, în timp ce, **4% 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 NSP, se observă că **47% dintre aceștia sunt elevi sau studenți**, în timp ce, **10% lucrează**. În schimb, **34% dintre aceștia sunt fără ocupație**.

Tabel 2 - 8: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de NSP



Sursa: ANA

2.5.SURSE DE DATE UTILIZATE

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>

EMCDDA, ESPAD (2016). ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf

2.6.METODOLOGIE

Pentru **ESPAD 2015**, universul cercetării l-a reprezentat **populația școlară, în vârstă de 16 ani**.

Eșantionul utilizat a fost unul reprezentativ (proporția grupului țintă pentru ESPAD acoperit prin eșantionare fiind în România de aproximativ 91%) pentru toate clasele a IX-a și a X-a din România, stratificat proporțional în funcție de tipul școlii (liceu sau colegiu, grup școlar, școală de arte și meserii), mediul de rezidență (comună, municipiu, oraș) și regiunile țării.

Unitatea de eșantionare a fost clasa, selecția claselor a fost aleatorie, fiind eligibile cele din învățământul de zi, cu predare în limba română.

Au fost **exclude**:

- **clasele de învățământ special** (pentru copii cu deficiențe senzoriale, mentale, deoarece se consideră că gradul de dificultate al chestionarului nu este adaptat nevoilor lor)
- **clasele cu altă limbă de predare** decât româna

- **clasele care se aflau în practică sau în alte activități** și elevii nu au putut fi convocați în formația de clasă.

Baza de eșantionare a fost reprezentată de **elevii născuți în anul 1999, volumul eșantionului fiind de 3500 elevi (1711 băieți, 1789 fete), selecția dintr-un eșantion de 170 școli (339 clase a IX a și a X a).**

Rata de participare a elevilor din clasele selectate a fost **84% (83% băieți, 86% fete).**

Chestionarul la nivel european este compus dintr-o secțiune centrală (care cuprinde 215 itemi obligatorii) în care sunt cuprinse întrebări privind consumul de alcool, tutun, alte droguri, percepția riscurilor asupra consumului acestor substanțe, disponibilitatea lor pe piață, atitudini școlare și parentale, urmată de o secțiune pe module privind autoevaluarea, integrarea socială, întrebări suplimentare privind consumul de canabis, substanțe noi cu proprietăți psihoactive și jocuri de noroc și utilizarea Internetului. În România, chestionarul a cuprins 351 itemi.

Etapă de colectare a datelor s-a derulat în perioada 11 - 29 mai 2015, prin intermediul reprezentanților Centrelor de Evaluare, Prevenire și Consiliere Antidrog și ai Inspectoratelor Școlare Județene.

2.7.CONCLUZII

- **Față de studiul ESPAD anterior, pentru majoritatea drogurilor, se observă o stabilizare a consumului.**
- **România continuă să se numere printre țările europene cu cel mai scăzut consum de droguri, fiind pentru majoritatea drogurilor sub media europeană a consumului.**
- Drogurile cele mai consumate – canabisul și noile substanțe psihoactive – sunt de altfel și cele mai disponibile pe piață, în percepția elevilor de 16 ani.
- **Cazuistica centrelor de tratament și a secțiilor de urgență înregistrează, de asemenea, creșteri în adresabilitatea la servicii pentru consumul de canabis, respectiv pentru cel de NSP.**

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 la 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.

În condițiile în care principalele caracteristici ale contextului național al drogurilor s-au menținut relativ stabile în ultimul an, prevenirea consumului de droguri în anul 2015 a reprezentat un răspuns comprehensiv și 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 – 2016*¹⁹.

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 noi substanțe 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

¹⁹H.G. nr. 784/09.10.2013 privind aprobarea *Strategiei naționale antidrog 2013-2020* și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016

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/ 2013*²⁰ – 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:
 - 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;
 - 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:
 - 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;
 - Dezvoltarea rolului proactiv al familiilor în viața copiilor în vederea formării sau întăririi abilităților pentru creșterea influenței factorilor de protecție.
- Prevenirea în comunitate:
 - Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție în cadrul grupurilor vulnerabile, corelat cu nevoile și particularitățile acestora;
 - 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;

²⁰ Publicat în Monitorul oficial al României nr. 702 bis din 15 noiembrie 2013

- Adoptarea unui stil de viață sănătos la nivelul populației generale, ca alternativă la consumul de droguri, în cadrul programelor de petrecere a timpului liber.
- Campanii de reducere a cererii de droguri:
 - 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;
 - 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;
 - 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 politicilor publice 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 Naționale 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, inclusiv 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. Acesta, în calitate sa de coordonator și integrator al politicilor de sănătate publică, poate iniția propuneri de acte normative sau de *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 două structuri:
 - Agenția 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 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. Acesta, 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 Inspectoratului General al Poliției Române, 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 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 Administrația Națională a Penitenciarelor, se face prin intermediul rețelei naționale formate din cele 33 unități penitenciare, 2 penitenciare pentru minori și tineri, 1 penitenciar pentru femei, 6 penitenciare spital și 2 centre de reeducare.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin 2 structuri:
 - Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție care, în contextul în care asigură monitorizarea 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 Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, se face prin cele 41 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, respectiv Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, a municipiului București.
 - Agenția Națională 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 Ministerului Tineretului și Sportului, 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 al celor din diaspora.
 - Autorități publice locale, altele decât cele sus-menționate ca fiind descentralizate 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;
 - Federația Internațională a Comunităților Educative din România;
 - Confederația Caritas România;
 - World Vision International;
 - Organizația „Salvați Copiii” România;
 - Asociația de Luptă Antidrog;
 - Asociația „Alianța Internațională Antidrog”;
 - Asociația pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor.

3.3.INTERVENȚII ÎN DOMENIUL PREVENIRII CONSUMULUI DE DROGURI

3.3.1.Introducere

În condițiile în care, conform datelor celui mai recent *Studiu național privind cunoștințele, practicile și atitudinile populației generale (15-64 ani) referitoare la consumul de droguri*, 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 cannabis, dar și la LSD, cocaină, ketamină și ecstasy) și tendințe de stabilizare a consumului de heroină și noi substanțe psihoactive, prevenirea consumului de droguri în anul 2015 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 – 2016*.

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 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 la 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.

Agenția Națională Antidrog a elaborat încă din anul 2013 analiza de nevoi și proiectele de acte normative pentru aprobarea *Programului Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018*, respectiv *Programului de Interes Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018*, ca mecanisme finanțatoare naționale complementare ale politicilor publice în domeniul reducerii cererii de droguri.

La data de 3 septembrie 2015 a fost aprobată *HG nr. 684/2015 pentru aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018*, program care asigură resursele financiare necesare pentru formularea unui răspuns comprehensiv, integrat 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 2015–2018* 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.

Principalul element de plusvaloare, atât la nivel teoretico-conceptual, cât și în planul implementării și eficientizării intervențiilor de prevenire, a fost reprezentat de abordarea sistemică a intervențiilor de prevenire selectivă, cu o componentă indicată, în complementaritate cu serviciile și intervențiile specializate de asistență integrată medicală, psihologică și socială destinate consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți (tip cursuri de calificare în diferite ocupații, în acord cu piața muncii, în scopul creșterii gradului de incluziune socială a categoriei vulnerabile a consumatorilor de droguri), prin implementarea a 2 proiecte din Fondul Social European, în paralel cu asigurarea continuității aplicării principiilor inovative ale justiției terapeutice în procesul de reinserție socială a consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți.

3.3.2. Intervenții de prevenire universală

În anul de referință a fost asigurată continuitatea proiectelor de prevenire universală având ca scop informarea, conștientizarea și sensibilizarea populației generale cu privire la efectele bio-psiho-sociale ale consumului de droguri, tutun, alcool și noi substanțe psihoactive, prin dezvoltarea mecanismelor individuale de construire a unor atitudini negative față de consumul

de droguri, de construire și dezvoltare a încrederii în sine, de învățare a celor mai eficiente strategii de coping și abilități de viață socială, precum și încurajarea participării populației țintă la activități de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri.

A. PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2015, ponderea semnificativă a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor în domeniu, a fost acoperită prin colaborarea specialiștilor Centrelor de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog cu specialiști din cadrul instituțiilor publice și O.N.G.-urilor cu atribuții în domeniu.

În acest an a fost dezvoltată rețeaua de suport în domeniul prevenirii consumului de droguri prin intermediul voluntarilor antidrog cât și a educatorilor între egali, în special în mediul liceal.

I. PROIECTE NAȚIONALE

1. PROIECTUL-CONCURS „MESAJUL MEU ANTIDROG”, EDIȚIA A XII-A a avut tema „Colorează-ți viața altfel...fără droguri!”. 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 noi substanțe psihoactive, adresate elevilor din învățământul preuniversitar și universitar”. Grupul țintă a fost reprezentat de 50.000 de elevi din învățământul gimnazial și liceal.

- Obiectivele specifice au fost:
 - dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflată într-o formă de învățământ, prin intermediul programelor școlare, extrașcolare 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.
- Rezultatele proiectului:
 - 44 județe și sectoare ale Municipiului București participante;
 - 228 de lucrări evaluate la etapa națională;
 - 2410 de elevi finaliști la etapa națională;
 - 30 de lucrări câștigătoare;
 - 53 de elevi premiați național;
 - 50 de diplome realizate;

2. PROIECTUL „NECENZURAT”. Acest proiect corespunde documentelor programatice, respectiv *Planului de Acțiune pentru Implementarea Strategiei Naționale Antidrog 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”.

- Obiectivele specifice ale proiectului:
 - formarea de abilități de viață sănătoasă, în rândul populației școlare cu vârsta cuprinsă între 12-14 ani, în cadrul a 12 sesiuni/ activități interactive;
 - formarea, în rândul grupului țintă, a unui set de abilități generale care să contribuie la consolidarea relațiilor familiale și soluționarea conflictelor;
 - exersarea comunicării în familie și formarea de atitudini potrivite cu privire la consumul de droguri, în special alcool și tutun.
 - Rezultatele proiectului:
 - 16 județe participante;
 - 51 cadre didactice formate;
 - 95 de clase la care s-a implementat proiectul;
 - 2100 elevi beneficiari;
 - 981 părinți participanți la modulul pentru părinți;
 - Materiale destinate elevilor tipărite/ multiplicare: 2484 caiete, 1280 seturi de cartonașe cu întrebări și răspunsuri despre droguri, 8000 de autocolante;
 - Instituții ale administrației locale/ O.N.G.-uri care au sprijinit implementarea proiectului: Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională și Casele Corpului Didactic. În unele județe consiliile județene și primăriile s-au implicat în finanțarea tipăririi materialelor (Consiliul Județean Sibiu, Primăria Slatina, Primăria Sântana-Arad) Biserica Romano – Catholică din Bacău și diverse organizații neguvernamentale au susținut logistic proiectul.
3. PROGRAMUL NAȚIONAL DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ÎN ȘCOALA ROMÂNEASCĂ are drept obiectiv reducerea consumului de droguri și a infecțiilor asociate acestuia în rândul copiilor și tinerilor, prin formarea de comportamente sănătoase, responsabile. Programul are în componență campanii de informare și conștientizare, derulate în școlile și liceele din țară cu sprijinul voluntarilor Salvați Copiii. În cadrul sesiunilor de informare au fost utilizate metode de lucru tip educația de la egal la egal (peer to peer education). Programul este coordonat metodologic și monitorizat de Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice și implementat de Inspectoratele școlare județene, în parteneriat cu Organizația „Salvați Copiii” România. La acest program, în anul de referință au participat 11000 elevi din 166 școli și licee din municipiul București și din 11 județe (municipiul București, Argeș, Caraș Severin, Dolj, Hunedoara, Iași, Mureș, Neamț, Suceava, Timiș, Vaslui).
4. PROGRAMUL „SĂ ȘTII MAI MULTE, SĂ FII MAI BUN!”, implementat de Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice, răspunde intereselor și preocupărilor diverse

ale copiilor preșcolari și elevilor, prin stimularea participării la acțiuni variate, de valorizare a talentelor și capacităților acestora în diferite domenii, nu neapărat în cele prezente în curriculumul național. Agenția Națională Antidrog, prin Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog din fiecare județ, a organizat, în unitățile școlare gimnaziale și liceale, activități de prevenire antidrog cu caracter nonformal: concursuri tip „Cine știe câștigă”, competiții sportive, desene pe asfalt, viziunări de filme și spoturi antidrog, activități culturale artistice, în funcție de caracteristicile psihologice ale vârstei, de interesele și aptitudinile copiilor. Au fost organizate 405 activități având un număr de 21796 elevi beneficiari direcți și, ca instrumente cheie de implementare eficientă a programului, au fost dezvoltate 160 parteneriate interinstituționale.

5. PROIECTUL „Prevenirea consumului de alcool și droguri în școli prin transfer direct de abilități”, implementat la nivel național de Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor.

- Obiectivul general al proiectului este prevenirea consumului de alcool și droguri în școli, prin transferul direct de abilități.
- Obiectivul specific a fost transferul de cunoștințe despre droguri și abilități, în vederea prevenirii inițierii consumului de droguri în școli.

Grupul țintă al proiectului a fost reprezentat de elevi, cu vârsta cuprinsă între 13 și 16 ani.

Programul a vizat transferul a 4 tipuri de abilități care vor avea rolul de a crește capacitatea elevilor participanți de a adopta decizii informate privind neinițierea consumului de droguri.

Proiectul a avut 4 sesiuni ce au acoperit următoarele domenii:

- Sesiunea 1 – Evaluarea cunoștințelor pe care elevii le dețin despre droguri, evaluarea nevoilor lor și a motivației de participare în proiect, transferul de informații corecte despre consecințele consumului de droguri;
- Sesiunea 2 – Dezvoltarea abilităților de comunicare (comunicare cu egalii, cu părinții și cadrele didactice);
- Sesiunea 3 – Dezvoltarea abilităților de coping (de a face față presiunii grupului de egali) și a rezilienței – analiza principalelor distorsiuni cognitive cu privire la apartenența la grup, creșterea asertivității și promovarea unui comportament nonverbal asertiv;
- Sesiunea 4 – Dezvoltarea abilităților de adoptare a deciziilor și rezolvare a problemelor (balanța decizională, avantajelor/ dezavantajelor, analiza patternurilor și stereotipurilor individuale și sociale de adoptare a deciziei).

6. 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 și a avut un număr de 2000 de elevi din ciclul liceal și cadre didactice, ca beneficiari direcți și 100000 elevi și profesori, ca beneficiari indirecți.

II. PROIECTE LOCALE

În anul 2015, Agenția Națională Antidrog, prin rețeaua locală, formată din cele 47 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu organizațiile neguvernamentale și/ sau Inspectoratele Școlare Județene, structurile teritoriale ale Ministerului Tineretului și Sportului, a implementat 6623 proiecte/ campanii și intervenții preventive în mediul școlar, din care:

- în mediul preșcolar: 385 activități, având un număr de 7509 copii, 1137 părinți, 677 cadre didactice, ca beneficiari direcți și 3062 membri de familie și cadre didactice, ca beneficiari indirecți.
- în mediul școlar (primar, gimnazial și liceal): 7100 activități, având un număr de 350000 elevi, 5829 părinți și 15300 cadre didactice, ca beneficiari direcți și, respectiv, 200000 elevi, părinți și cadre didactice, ca beneficiari indirecți;
- în mediul universitar: 219 activități, având un număr de 16620 studenți și 573 cadre didactice, ca beneficiari direcți și, respectiv, 18030 studenți și cadre didactice, ca beneficiari indirecți.

B. PREVENIREA ÎN FAMILIE

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

În anul 2015, Agenția Națională Antidrog, prin intermediul structurilor sale locale și în parteneriat cu organizații cu atribuții în domeniu, a implementat 572 intervenții/ activități la nivel local, în mediul urban și rural, având un număr de 26875 copii, tineri, părinți, asistenți maternali, reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor de protecție a copilului, în calitate de beneficiari direcți și, respectiv, 16312 copii, tineri, părinți, asistenți maternali, reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor de protecție a copilului, ca beneficiari indirecți.

C. PREVENIREA ÎN COMUNITATE

În această arie 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.

I. PROIECTE ȘI CAMPANII NAȚIONALE

1. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN” – 31 mai a avut, în anul de referință, tema „Ajută-mă să cresc!”. Intervențiile și activitățile de prevenire a consumului de tutun din cadrul campaniei (319 intervenții preventive) au avut ca scop adoptarea unui stil de viață sănătos pentru un număr de 387 copii preșcolari, 12.802 elevi și 688 studenți (beneficiari direcți). 960 cadre didactice din toate ciclurile de învățământ au fost beneficiare indirecte ale campaniei.
2. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA TRAFICULUI ȘI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI” – 26 iunie a avut un număr de 3346 membri ai comunităților locale, 61 persoane aflate în stare privativă de libertate și 61 voluntari, în calitate de beneficiari direcți ai unui număr de 45 intervenții/activități de informare publică și competiții sportive implementate în spații recreative (parcuri, cafenele, centre comerciale, biblioteci).
3. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI NAȚIONALE FĂRĂ TUTUN” – 19 noiembrie a fost implementată prin 8 activități destinate unui număr de 594 familii.
4. CAMPANIA INTERNAȚIONALĂ “19 ZILE DE ACTIVISM PENTRU PREVENIREA VIOLENȚEI ÎMPOTRIVA COPIILOR ȘI TINERILOR”, implementată în perioada 1-19 noiembrie 2015, de către Fundația Summitul Femeilor Lumii a avut ca temă, în acest an “prevenirea violențelor între copii, produsă în special în mediul școlar” (bullying). Fundația Summitul Femeilor Lumii în parteneriat cu organizații și instituții din peste 150 de țări, a organizat în perioada 1-19 noiembrie a.c., următoarele activități:
 - Dezbateră „Educația, responsabilitatea, legalitatea – moduri de combatere a pericolelor care planează asupra copiilor și tinerilor”, a fost organizată de FICE Romania, în parteneriat cu Tribuna Învățământului și Agenția Națională Antidrog, la Palatul Național al Copiilor;
 - Dezbateră „Prevenirea violenței în mediul școlar”, a fost organizată de FICE Romania și Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Vaslui, în colaborare cu Agenția Națională Antidrog;
 - Conferința Națională “Împreună împotriva violenței”, a fost organizată de FICE Romania și Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Iași, în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, Universitatea “Alexandru Ioan Cuza”, Inspectoratul Școlar Județean Iași, Tribuna Învățământului, Inspectoratul de Poliție Județean Iași, Colegiul Național al Asistenților Sociali din România - Filiala Iași și Asociația pentru Dezvoltarea Programelor Sociale.

La aceste evenimente au fost dezbătute aspecte legate de cauzele și formele de manifestare a violenței de orice tip împotriva minorilor și măsurile de diminuare a fenomenului la toate nivelurile.

5. Promovarea mesajelor de prevenire a consumului de droguri, ca parte a strategiilor de prevenire universală în comunitate, a fost realizată și prin intermediul social media, prin pagina de Facebook Infodrog , având ca scop informarea comunității on-line în legătură cu efectele consumului de droguri. În anul 2015, pagina a obținut un număr de 394 like-uri.
6. SERVICIUL TEL VERDE al Agenției Naționale Antidrog (0800 8 700 700) este un serviciu de informare universală care ca scop facilitează accesul populației la informațiile generale referitoare la riscurile consumului de droguri și, implicit, la serviciile naționale de asistență pentru consumatorii de droguri. În anul 2015, au fost înregistrate un număr de 67 apeluri telefonice.

II. PROIECTE LOCALE

În anul 2015, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au fost implementate 1827 intervenții/ activități de prevenire a consumului de droguri la nivel local, în mediul urban și rural, având un număr de 300239 tineri, adulți, voluntari, ca beneficiari direcți și, respectiv, 200065 beneficiari indirecti. Au fost implementate 233 campanii locale de prevenire universală în comunitate adresate unui număr de 160031 beneficiari direcți și 153524 beneficiari indirecti.

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 infracționalitate crescută, nivel economic scăzut, medii punitive).

A. PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

1. PROIECTUL *"FRED GOES NET- INTERVENȚII TIMPURII PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ"* corespunde documentelor programatice, respectiv *Planului de Acțiune pentru Implementarea Strategiei Naționale Antidrog 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 2015 a fost lansată cea de a V-a ediție a proiectului, având următoarele obiective specifice:

- întărirea parteneriatelor locale în vederea asigurării sistemului de referire către Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog/ Cursurile FRED;
- promovarea Cursurilor FRED în rândul populației școlare (directori, consilieri școlari, diriginți, părinți etc.);
- susținerea Cursurilor 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 materia consumului de droguri și în ceea ce privește riscurile consumului de droguri, în special canabis, dar și sesiuni interactive de formare de abilități de coping (rezolvarea problemelor, adoptarea deciziilor, comunicare interpersonală etc). Grupul țintă a fost format din adolescenții și tinerii care au consumat droguri și au fost identificați la primul istoric de consum, 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.

2. CAMPANIA „*Dăruiește din suflet*”, implementată de Centrul European pentru Prevenirea Adicțiilor (membru EURAD) a avut ca scop sprijinirea copiilor și adolescenților cu rezultate meritorii la discipline de studiu școlar și nu numai, care provin din familii cu situație materială precară și ale căror membri au probleme de adicții (consumatori de alcool, droguri etc), în vederea acordării unei șanse reale pentru dezvoltarea comportamentală, profesională și socială.

B. PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN COMUNITATE

1. PROIECTUL „*EGALITATE DE ȘANSE PE PIAȚA MUNCII – ȘANSA TA LA UN VIITOR MAI BUN!*”, reprezintă un nou tip de abordare, sistemic-comprehensivă, având o componentă de prevenire selectivă și una de asistență specializată. Grupul țintă al proiectului a fost format din 465 de 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). Serviciile oferite în cadrul proiectului:
 - calificarea a 542 femei în diverse ocupații profesionale, corelativ cu servicii de consiliere psihologică și socială în scopul creșterii motivației pentru schimbare;
 - Consolidarea egalității de gen și de șanse pentru 542 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;
 - Informarea beneficiarilor în legătură cu riscurile consumului de droguri, corelativ cu sesiuni de consiliere socială în vederea creșterii motivației pentru schimbare.

Proiectul este prezentat în capitolul 5 al raportului național.

2. PROIECTUL „*EGALITATE PE PIAȚA MUNCII! - PROIECT PILOT PENTRU SPRIJINIREA PERSOANELOR VULNERABILE*”, se încadrează în același tip de

abordare menționat la proiectul anterior, având, prin particularitățile grupului țintă (1350 de persoane ce aparțin grupurilor vulnerabile din regiunile București Ilfov, Sud Muntenia, Nord-Est și Sud-Est), precum și prin serviciile oferite în cadrul proiectului (calificare 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 este prezentat în capitolul 5 al raportului național.

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.

1. PROIECTUL *"TRATAMENTUL MEU ESTE ALEGEREA MEA"* reprezintă o campanie europeană care și-a propus să ofere persoanelor afectate de consumul de droguri și familiilor/ prietenilor acestora, informații de bună calitate privind dependența de droguri și serviciile de asistență. Proiectul, implementat în România de către Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor, este disponibil în 16 limbi fiind implementat de peste 20 de organizații.

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.

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 Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2016*; 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 Agenției Naționale Antidrog avizator, în baza procedurii, instrumentul denumit *“Fișa finală standard a proiectului”*, în care sunt relevate rezultatele proiectelor.

Toate proiectele locale menționate, implementate de Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu diferite autorități publice locale și O.N.G.-uri reprezentative, au fost supuse și în anul 2015 acestei proceduri standardizate.

3.4. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI:

- Creșterea accesului beneficiarilor la serviciile de prevenire a consumului de alcool, tutun și droguri al părinților, copiilor și membrilor comunității, prin diversificarea metodelor și mijloacelor de furnizare a informațiilor și prin instruirea cadrelor didactice pentru a furniza acest tip de servicii de prevenire.
- Implicarea activă a tinerilor, părinților și membrilor comunității în activitățile de prevenire a consumului de alcool, tutun și droguri.
- Adaptarea serviciilor de prevenire la specificul beneficiarilor: vârstă, sex, tip de consum, nivel de educație, etnie etc.
- Evaluarea serviciilor oferite, prin chestionarea periodică a beneficiarilor acestora (ex. chestionare de măsurare a satisfacției beneficiarilor actului de prevenire).
- Informarea și sensibilizarea populației generale și a mass- media cu privire la respectarea drepturilor omului, nediscriminarea consumatorilor de droguri, informarea și responsabilizarea populației generale cu privire la măsurile care pot fi luate pentru a ajuta consumatorii de droguri, serviciile existente etc.
- Realizarea de studii calitative, în parteneriat cu organizații neguvernamentale, pentru a identifica grupurile la risc, comportamentele utilizatorilor de droguri injectabile și nevoile acestora.
- Resurse financiare, logistice și umane adecvate nevoilor de prevenire.

4. TRATAMENT

4.1. REZUMAT

La nivel național, există două rețele de tratament care asigură asistență persoanelor consumatoare de droguri: pe de o parte, **rețeaua de tratament de tip ambulatoriu, formată din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog** (structuri subordonate Agenției Naționale Antidrog), iar pe de altă parte, **rețeaua de tratament în regim rezidențial, formată din unitățile medicale ale Ministerului Sănătății**. În plus, în unele zone ale țării, la acestea se adaugă **Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre private sau dezvoltate de ONG) și Centrele de Sănătate Mintală** (structuri dezvoltate de Ministerul Sănătății). De asemenea, **la nivelul sistemului penitenciar, au fost dezvoltate servicii de asistență, atât de tip ambulatoriu, implementate de specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de specialiști din cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, cât și de tip rezidențial, asigurate în cadrul celor 6 spitale penitenciare, cât și al celor 3 comunități terapeutice funcționale în sistemul penitenciar**. În 2015, **3240 persoane au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de droguri, ceea ce înseamnă o creștere cu 23,6% față de anul anterior**.

Majoritatea admitterilor a vizat **acordarea de tratament specific pentru consumul de canabis (39,3%)**, numărul solicitărilor pentru acest tip de consum crescând cu **30,7%**, față de anul anterior. Este al doilea an consecutiv în care **sunt vizibile efectele produse de intrarea în vigoare a prevederilor Noului Cod de Procedură Penală**, potrivit cărora, în timpul urmăririi penale, **persoanele consumatoare de droguri, care au săvârșit infracțiuni la regimul juridic al drogurilor sunt evaluate, la cererea procurorului, în scopul includerii lor în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri**.

În ceea ce privește **cererea de tratament pentru consumul de opioide**, aceasta indică o **stabilizare (scădere cu 3,4%)**, după ce anterior înregistrase o **creștere cu 36,4%**. **Solicitățile** pentru acest tip de consum rămân în continuare la un nivel ridicat, acestea reprezentând aproximativ **o treime (32,6%) din numărul total al celor admiși la tratament pentru consum de droguri în 2015**.

În schimb, **numărul solicitărilor de tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive se dublează** (de la 324 cazuri, la 722 cazuri), **ponderea acestora ajungând la 22,3% din totalul admitterilor**.

4.2. PREZENTARE GENERALĂ

Cunoașterea numărului și a caracteristicilor persoanelor care au beneficiat de tratament pentru dependența de droguri furnizează informații deosebit de utile despre situația și tendințele consumului de droguri și oferă modele de predicție, necesare atât în planificarea serviciilor de asistență, cât și în elaborarea măsurilor de intervenție. În acest scop, la nivel

europene a fost dezvoltat **indicatorul „Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri”, care asigură culegerea datelor relevante referitoare la beneficiarii sistemului de asistență integrată specifică dependenței de droguri.**

Potrivit atribuțiilor sale, **Agenția Națională Antidrog asigură monitorizarea acestui instrument de colectare, prin punerea în aplicare a Protocolului 3.0 privind colectarea și transmiterea datelor referitoare la admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, elaborat de OEDT.** Colectarea datelor se face standardizat, prin intermediul unei fișe de date. La analiza cazurilor înregistrate într-un an calendaristic, se reține pentru fiecare caz unic, primul episod de tratament din anul de referință.

Conform Hotărârii Guvernului nr. 784/2013 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

4.2.1. Politici și coordonare

4.2.1.1. Obiectivele asistenței integrate pentru persoanele consumatoare de droguri

În ceea ce privește asistența integrată pentru persoanele consumatoare de droguri, **Strategia Națională Antidrog 2013-2020 cuprinde două axe prioritare, structurate pe obiective, după cum urmează:**

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 privative 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 privative 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 non-opioide, 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.

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

În scopul implementării politicilor naționale antidrog, în anul 2015, au fost aprobate, prin hotărâri ale Guvernului, două programe în domeniul reducerii cererii de droguri: **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018** (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 684/2015) și **Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018** (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 659/2015).

Aceste programe urmăresc continuarea și finalizarea unor proiecte privind combaterea consumului de droguri, începute în anii precedenți, facilitând totodată realizarea obiectivelor Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018 este implementat exclusiv de către Agenția Națională Antidrog, iar Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018 va fi implementat de organizații neguvernamentale specializate în domeniul reducerii cererii de droguri, care vor primi finanțare de la Agenția Națională Antidrog, în baza unei procedurii de selecție a proiectelor depuse de acestea.

În cadrul Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018, au fost structurate două subprograme specifice asistenței integrate, după cum urmează:

- **subprogramul IV. Asistență integrată nivel I** - rețeaua serviciilor de tip **reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri**
- **subprogramul V. Asistență integrată nivel II și III** - dezvoltarea și consolidarea rețelei de servicii de asistență integrată pentru consumatorii de droguri

Subprogramul IV urmărește, pe de o parte, întărirea serviciilor de tip programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri, iar, pe de altă parte, 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.

Subprogramul V își propune 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 non-opioide, precum și consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, **dar și dezvoltarea de servicii inter-instituționale integrate pentru consumatorii de droguri, care au săvârșit fapte penale cu pericol social redus, în vederea includerii acestora în circuitul integrat de asistență.**

Cel de-al doilea program, “**Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018**”, propune o serie de **obiective și direcții de acțiune și transformare (cu orizont de timp 2018), 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. Prin acest **program se urmărește pilotarea și promovarea modelelor de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri**, conform standardelor europene și internaționale în domeniu, măsurile prevăzute în cadrul său vizând 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 dorește 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. Prin **dezvoltarea de servicii de tip adăpost pentru consumatorii de droguri, de servicii de tip centru social pentru copiii 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.

4.2.2.Organizarea și resursele sistemului de asistență integrată pentru persoanele consumatoare de droguri

4.2.2.1.Rețeaua centrelor ambulatorii de asistență integrată

4.2.2.1.1.Organizarea sistemului ambulatoriu de asistență integrată

Din rețeaua de tratament în regim ambulatoriu fac parte **Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (structuri subordonate Agenției Naționale Antidrog), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre private sau dezvoltate de ONG) și Centrele de Sănătate Mintală (structuri dezvoltate de Ministerul Sănătății).**

Dintre aceste tipuri de centre, **doar centrele Agenției Naționale Antidrog asigură acoperire națională, fiind dezvoltate în cele 41 reședințe de județ și în cele șase sectoare ale municipiului București.**

În cadrul sistemului penitenciar din România sunt oferite **servicii de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele private 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 **34 unități penitenciare, 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 al persoanelor consumatoare de droguri
Centre cu prag minim de acces	0	
Unități de asistență medicală generală/ psihiatrică	0	
Penitenciare	35	Serviciile acordate persoanelor private de libertate de către specialiști din penitenciar sau din afara acestuia

Sursa: ANA

4.2.2.1.2. Beneficiarii sistemului ambulatoriu de asistență

Numărul beneficiarilor

În anul 2015, **2115 persoane au fost înregistrate în servicii ambulatorii de tratament, observându-se o creștere cu 15,1% a numărului de beneficiari,** comparativ cu 2014. Similar anilor anteriori, și în anul 2015, **proporția beneficiarilor sistemului ambulatoriu din totalul celor care au solicitat asistență se menține la același nivel, respectiv de 65,3% (2115 din 3240).** Din aceștia, **1552 beneficiari au solicitat pentru prima dată asistență** pentru probleme datorate consumului de droguri, aceștia reprezentând **73,9% din numărul total al celor admiși la tratament** în sistemul ambulatoriu în 2015.

Tabel 4-2: Caracteristicile clienților centrelor ambulatorii

	Număr total de beneficiari	Caracteristici naționale
Centre specializate de asistență	2059	Beneficiarii acestui tip de centre au primit asistență medicală, psihologică și socială. Aproape trei sferturi dintre ei sunt bărbați tineri, cu vârsta sub 34 ani: 73% (1507 beneficiari) . Drogul principal pentru care s-a solicitat asistență în centrele ambulatorii a fost canabisul (1039 beneficiari, reprezentând 50,5% din totalul beneficiarilor în sistem ambulatoriu) .
Centre cu prag minim de acces	0	
Unități de asistență medicală generală/ psihiatrică	0	
Penitenciare	56	Reprezintă beneficiarii care au primit asistență medicală, psihologică și socială la cerere, în unitățile penitenciar. În proporții similare, cei care s-au adresat centrelor ambulatorii din penitenciare au declarat ca drog principal de consum canabisul – 35,7%, n=20, respectiv heroină – 33,9%, n=19, majoritatea fiind bărbați (85,7%, n=48), cu vârsta sub 34 ani (73,2%, n=41) .

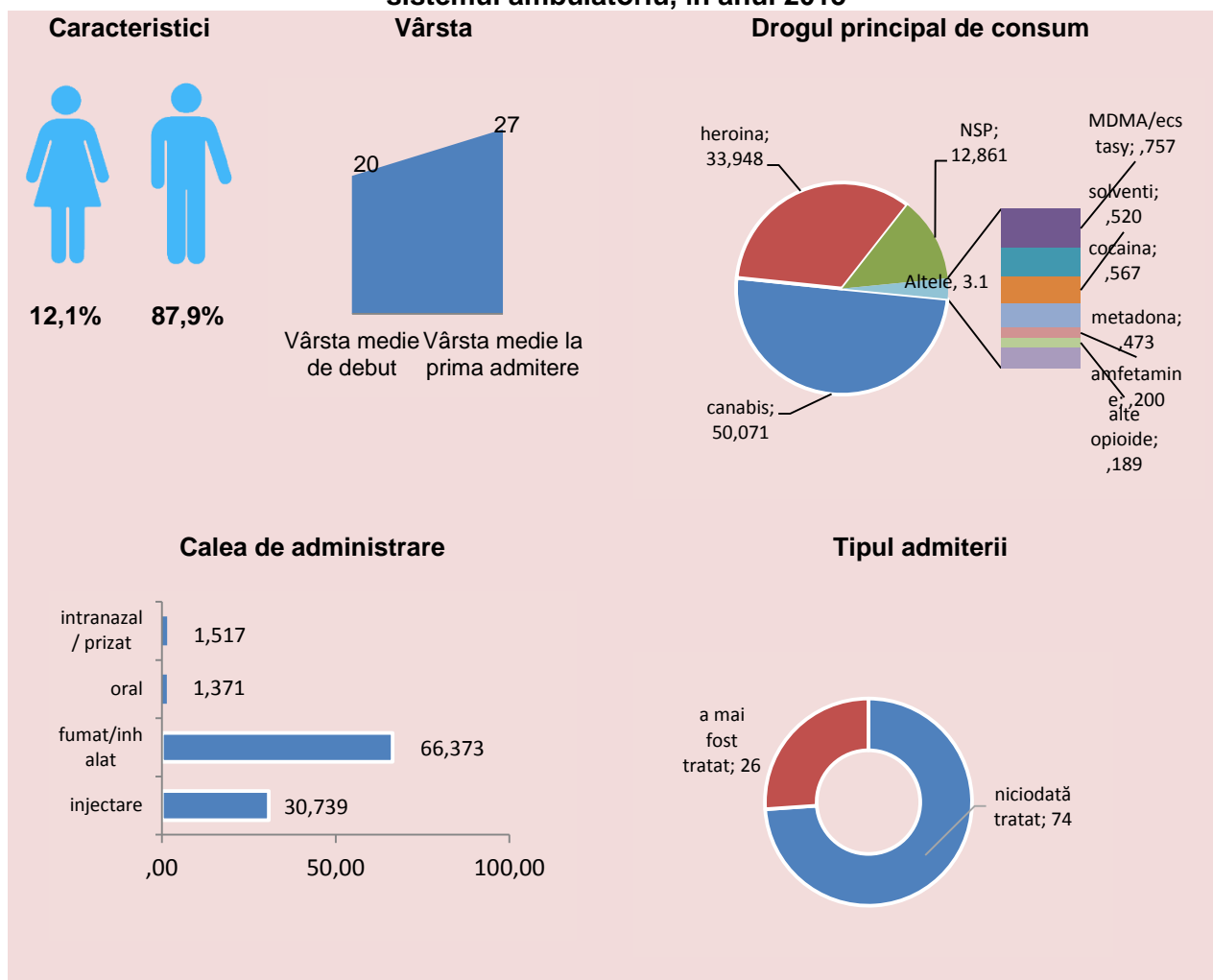
Sursa: ANA

Sexul și vârsta beneficiarilor

Raportate la vârstă și sex, caracteristicile beneficiarilor din sistemul ambulatoriu, se prezintă astfel:

- **87,9% (1860 persoane)** din beneficiarii tratați în centrele ambulatorii **sunt de sex masculin**. **Vârsta medie** a celor care au apelat la serviciile de asistență din sistemul ambulatoriu este de **27,3 ani**, aceasta fiind aproape identică pentru cele două categorii de sex: **27,3 ani – bărbați, 27,4 ani - femei**;
- **majoritatea (83,4% - 1764 beneficiari) sunt persoane cu vârsta sub 34 ani, 16,3% (344 beneficiari) sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 ani**, iar restul (**0,3% - 6 beneficiari**) sunt persoane de **peste 54 ani** (din analiză au fost excluse persoanele a căror vârstă nu a fost raportată);
- atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, **categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare este grupa 25-34 ani (45,1% în cazul bărbaților, respectiv 46,9% în cazul femeilor)**;
- pentru beneficiarii centrelor ambulatorii, **vârsta medie de debut în consumul de droguri a fost de 20 ani**, în timp ce, **vârsta medie la prima internare a fost de 26,7 ani**.

Tabel 4-3: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul ambulatoriu, în anul 2015



Sursa: ANA

Notă: în categoria „alte droguri” au fost incluse: LSD, ketamină, benzodiazepine, alte halucinogene, catinone sintetice

Drogul principal de consum și calea de administrare

Drogul principal pentru care s-a solicitat cu preponderență asistență în anul 2015, în cadrul sistemului ambulatoriu, este **canabisul – 50,1%, (n=1039)**, acesta fiind urmat de **heroină, pentru care au fost înregistrați 33,9% (n=718)** dintre beneficiari. Comparativ cu anul anterior, **crește ponderea, dar și numărul celor s-au adresat centrelor ambulatorii pentru a beneficia de asistență integrată pentru probleme datorate consumului de canabis** (în 2014, pondere de 44,9% și 799 beneficiari) **și scade atât ponderea, cât și numărul celor care au declarat ca drog principal de consum heroina** (în 2014: pondere de 44,1% și 733 beneficiari). Totodată, se observă **o dublare a ponderii, dar și o triplare a numărului celor care au fost admiși la tratament ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul de noi substanțe psihoactive – 12,9% și 272 beneficiari** (față de 7,5% și 109 beneficiari, în 2014). **Alte droguri** pentru care s-a solicitat asistență în 2015, în sistemul

ambulatoriu au fost: *MDMA/ecstasy – 0,8%, cocaină – 0,6%, solvenți – 0,5%, metadonă – 0,5%, alte opioide – 0,2%, amfetamine – 0,2%, ketamină, LSD și benzodiazepine – câte 0,1%.*

În funcție de drogul principal de consum, se observă diferențe între cele două categorii de sexe. Astfel, dacă **52,2% dintre bărbații tratați** în centrele ambulatorii au apelat la tratament de specialitate **pentru probleme cauzate de consumul de canabis**, iar **31,3% dintre ei** au beneficiat de asistență integrată **pentru consumul de heroină**, *în rândul femeilor, această repartiție se inversează: 34,9% s-au adresat centrelor ambulatorii pentru consumul de canabis, iar 52,9% pentru consumul de heroină.*

În ceea ce privește tipul contactului, ca și în anul anterior, se observă *diferențe între beneficiarii care au declarat că au mai fost tratați anterior* pentru consum de droguri *și cei care nu au mai beneficiat* de un astfel de tratament. Astfel, **în rândul celor admiși pentru prima dată** la un tratament specializat pentru consumul de droguri, *predomină persoanele care au declarat ca și drog principal de consum canabisul - 65,3% (față de 71,1%, în 2014)*, în timp ce, **în rândul celor care au beneficiat anterior** de astfel de tratamente, *doar 7,1% (față de 5,8% în 2014) au declarat consumul de canabis*. În schimb, *doar 15,5% dintre cazurile nou admise la tratament, au declarat consumul de heroină*, în timp ce, **în rândul celor care au mai fost admiși** la un astfel de tratament, *predomină persoanele care au acuzat probleme de sănătate datorate consumului de heroină – 86,3% din totalul celor care au mai fost în tratament pentru consum de droguri.*

În corelație directă cu drogul principal de consum pentru care s-a solicitat asistență în sistemul ambulatoriu, pentru majoritatea beneficiarilor sistemului ambulatoriu, calea cea mai frecventă de administrare a drogului este fumatul (66,4%), această modalitate de administrare a drogului fiind declarată de *consumatorii de canabis, dar și de o parte a celor care au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (88,8% din totalul celor care au fost admiși* la tratament pentru probleme cauzate de consumul acestor substanțe – 239 persoane). Concomitent cu *scăderea numărului beneficiarilor care au declarat ca drog principal de consum heroina, scade ponderea celor care își administrează în mod frecvent drogul prin injectare – de la 44,3% în 2014, la 30,7% în 2015*, această cale de administrare fiind *folosită în special de consumatorii de heroină (93,7% din totalul celor care au declarat consum injectabil* au fost admiși la tratament pentru consum de heroină - 610 persoane).

În ceea ce privește frecvența utilizării drogului principal, consumul zilnic a fost declarat de *aproximativ 20,1% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu* în 2015 (față de **28,2%, în 2014**), în timp ce, *55,8% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu* au declarat că *nu au consumat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament (față de 39,1%, în 2014)*, acest lucru *fiind datorat procedurilor de referire sau de admitere în centrele de*

tratament. Astfel, în anumite centre de tratament, abstenența este un criteriu de admitere, ceea ce explică faptul că **25% dintre cei care nu au declarat consum în ultima lună au fost admiși la tratament pentru consum de heroină (n=295).** Totodată, o parte dintre beneficiarii centrelor ambulatorii au fost referiți de organele de cercetare ca urmare a aplicării prevederilor Noului Cod de Procedură Penală, **în vederea evaluării medicale, psihologice și sociale, ceea ce explică prezența în rândul celor admiși la tratament în sistemul ambulatoriu a 63,8% persoane care nu au consum în ultima lună și care, cu toate acestea, au declarat canabisul ca drog principal de consum (n=753).** Dintre cei care au declarat **consum zilnic, 73,2% sunt persoane care au apelat la tratament specializat pentru probleme datorate consumului de heroină (n=312), în timp ce, doar 13,8% au fost admiși la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive (n=59), iar 10,1% pentru cel de canabis (n=43).**

Sursa de referință

Similar anului anterior, **majoritatea beneficiarilor tratați ambulatoriu au fost admiși la tratament referiți de către poliție sau de structurile de combatere ale criminalității (instanță, parchet, servicii de probațiune): 50,8%, față de 45,4%, în 2014. Admiterea la tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea celor apropiați (familie sau prieteni) reprezintă a doua sursă importantă de referire pentru cei tratați ambulatoriu, acesta fiind raportată de aproximativ 32,3% din totalul beneficiarilor tratați ambulatoriu (față de 39,6% în 2014).** În mod similar, pentru **majoritatea cazurilor nou admise la tratament pentru consum de droguri în sistem ambulatoriu, referirea a fost făcută de către poliție sau de structurile de combatere ale criminalității – 66% (n=996), în timp ce, doar 23,1% (n=349) s-au adresat centrelor specializate din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau prietenilor.** În schimb, din cei care au mai beneficiat de tratament pentru consum de droguri, **57,4% (n=313) au apelat la tratament din proprie inițiativă și doar 8,4% (n=46) dintre aceștia au fost referiți de poliție sau de structurile de combatere ale criminalității.**

4.2.2.2. Rețeaua centrelor rezidențiale (inpatient network) de asistență integrată

4.2.2.2.1. Organizarea sistemului rezidențial de asistență integrată

Rețeaua de tratament în regim rezidențial este formată din unitățile sanitare ale Ministerului Sănătății care dispun de **secții de dezintoxicare și/ sau de secții de psihiatrie**, din **comunitățile terapeutice** (dezvoltate de ONG sau în sistemul penitenciar) și din **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- 4: 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 care 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

4.2.2.2. Beneficiarii sistemului rezidențial de asistență integrată

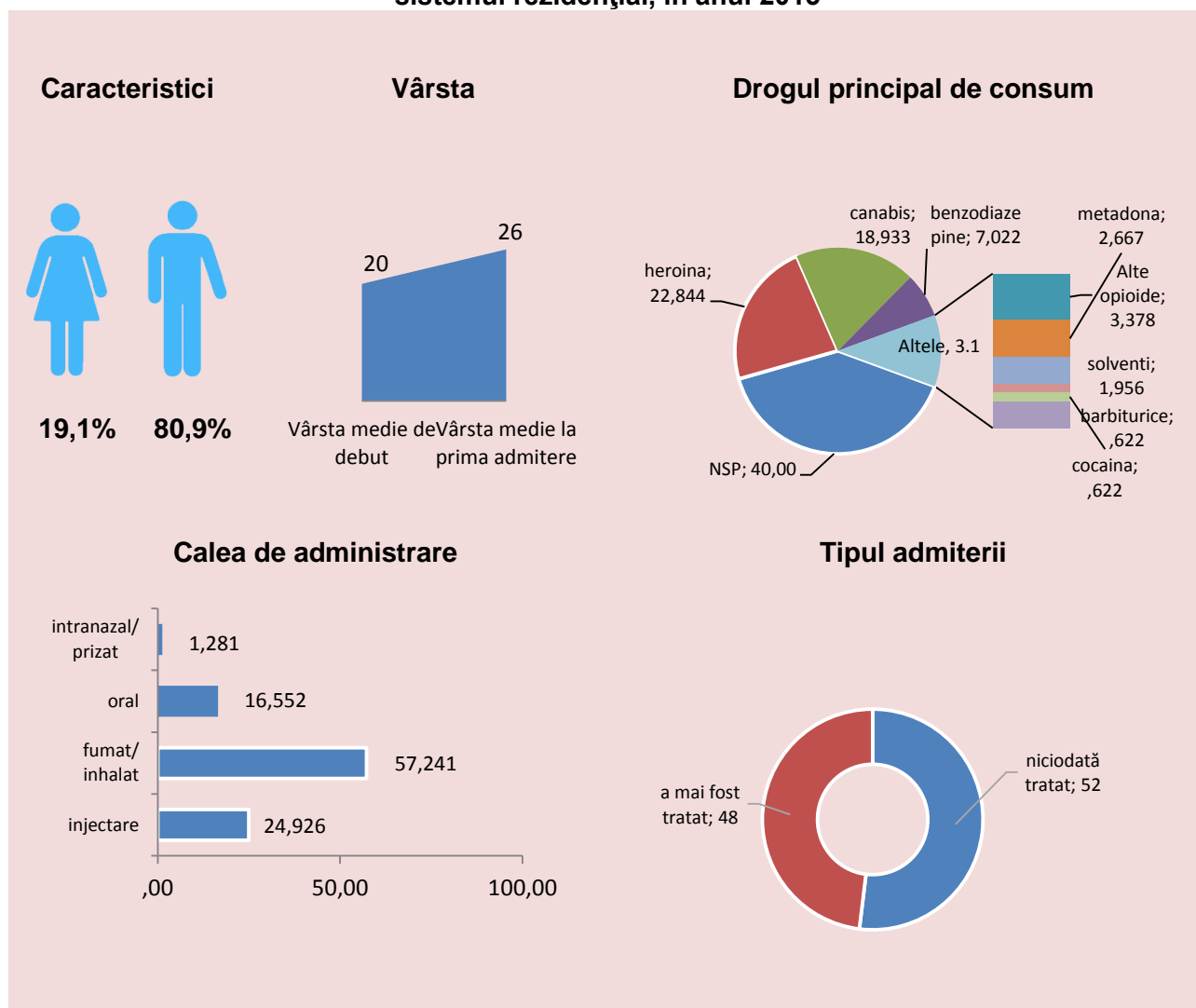
Numărul beneficiarilor

În anul 2015, în unitățile care funcționează în regim rezidențial, au fost înregistrate **1125 persoane care au solicitat tratament** pentru consum de droguri. Spre deosebire de serviciile de tip ambulatoriu, unde creșterea numărului beneficiarilor este de mai mică amploare, în cazul sistemului rezidențial de asistență se observă **o creștere cu 43,5% a numărului beneficiarilor**. Similar anilor anteriori, **numai 3 din 10 beneficiari (1125 beneficiari din 3240), care au început tratamentul în 2015, au fost înregistrați în sistemul rezidențial de asistență**. Din totalul de 1125 beneficiari, **majoritatea (n=1098) au primit asistență în centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc**, în timp ce, **restul au fost tratați în sistemul penitenciar (n=25) sau în comunități terapeutice (n=2)**.

Sexul și vârsta beneficiarilor

Majoritatea beneficiarilor tratați în centrele rezidențiale au fost de sex masculin (80,9%, n=910), cu o vârstă medie de 26,9 ani, 85,6% fiind cu vârsta sub 34 de ani. Beneficiarii de **sex feminin** tratați în sistem rezidențial în anul 2015 **au o vârstă medie de 31,9 de ani, 67,3% dintre aceștia având vârstă sub 34 de ani**.

Tabel 4-5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2015



Sursa: ANA

Notă: în categoria „alte droguri” au fost incluse: amfetamine, metamfetamine, LSD, alte hipnotice și sedative, alte halucinogene, catinone sintetice

Drogul principal de consum și calea de administrare

Spre deosebire de anul anterior, când tabloul general al drogurilor pentru care se solicitase asistență de tip rezidențial era dominat de opiacee, în 2015, cea mai mare parte a celor care au beneficiat de astfel de asistență au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (40,0%, n=450). Pe lângă această inversare a pozițiilor în „ierarhia” drogului principal pentru care se solicită tratament, se observă creșterea ponderii, dar și a numărului persoanelor care solicită tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive (în 2014, 23,9%, n=187). Această schimbare are loc pe fondul diminuării numărului persoanelor care solicită tratament pentru consumul de hipnotice și sedative (de la 16,7% și n=131, în 2014, la 8% și n=90, în 2015), precum și al celor care se adresează acestui tip de servicii ca urmare a

problemelor datorate consumului de opiacee (de la 33,9% și n=266, în 2014, la 28,9% și n=325, în 2015).

În ceea ce privește **cererea la tratament pentru consumul de cannabis**, deși numărul celor care au beneficiat de tratament rezidențial pentru acest tip de consum **a crescut cu 44,9%** (de la 147 persoane, în 2014, la 213 persoane, în 2015), **ponderea** acestora în rândul beneficiarilor sistemului rezidențial **nu a înregistrat modificări esențiale: 18,9%**, în 2015, față de 18,8%, în 2014. Pe de altă parte, dintre cei care au solicitat **tratament de tip rezidențial pentru consum de opioide, majoritatea au menționat heroina (79,1%, n=257)** ca drog de consum, în timp ce, **9,2% (n=30)** au declarat ca **drog principal de consum metadona**. Similar anilor anteriori, **majoritatea celor care au beneficiat de asistență în sistem rezidențial (51,9%) au fost tratați anterior**.

Pe sexe, în funcție de drogul principal de consum, **distribuția beneficiarilor sistemului de tratament rezidențial este relativ echilibrată**, excepție făcând **benzodiazepinele (unde predomină beneficiarii de sex feminin – 21,4%, față de 3,6%, în cazul bărbaților) și noile substanțe psihoactive** (unde predomină **beneficiarii de sex masculin – 42,9%, față de 27,9% în cazul femeilor**).

În ceea ce privește **calea de administrare a drogului principal**, se observă **creșterea ponderii celor care au declarat administrarea acestuia prin fumat (57,2% față de 39,2%)**, în timp ce, **ponderea celor care și-l injectează scade (24,9% față de 29,5%)**. În rândul celor care au declarat **fumatul ca modalitate de administrare a drogului principal**, ponderea cea mai mare o reprezintă **persoanele consumatoare de noi substanțe psihoactive (55,2%, față de 40,4%, în 2014)**, acestea fiind urmate de **cele consumatoare de cannabis (36,5% față de 47,9%, în 2014)**. În cazul persoanelor consumatoare de droguri injectabile aflate în tratament de tip rezidențial în 2015, **84,6% (față de 98,4%, în 2014) dintre acestea sunt consumatoare de heroină, 0,8% de metadonă și 1,6% de alte opioide**.

Frecvența consumului drogului principal a fost declarată ca fiind **zilnică de către 43,1%** (n=485) dintre beneficiarii admiși la tratament de tip rezidențial în 2015. **Dintre aceștia, 36,1% sunt consumatori de heroină, 27,8% au declarat** ca drog principal de consum **noile substanțe psihoactive, iar 11,3% au beneficiat de tratament pentru consumul de cannabis**. În schimb, **doar 6% (n=67) dintre beneficiarii admiși la tratament nu au utilizat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament**.

Tabel 4-6: Caracteristicile beneficiarilor centrelor rezidențiale

	Număr total de beneficiari	Caracteristici naționale
Centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc	1098	Reprezintă beneficiarii care au primit tratament în secții de psihiatrie din cadrul spitalelor și unitățile specializate de tratament (dezintoxicare). Peste două treimi dintre aceștia sunt bărbați tineri, cu vârsta sub 34 ani: 69,5% (761 beneficiari). În cele mai multe dintre cazuri, cei care s-au adresat centrelor rezidențiale pentru tratament specializat au fost consumatori de noi substanțe psihoactive (447 beneficiari, reprezentând 40,7% din totalul beneficiarilor în sistem rezidențial).
Centre de tratament rezidențiale (nospitalicești)	0	
Comunități terapeutice	2	Reprezintă beneficiarii care au primit tratament psihosocial în comunități terapeutice. S-a solicitat acest tip de asistență pentru consumul de canabis și pentru cel de noi substanțe psihoactive.
Penitenciare	25	Reprezintă beneficiarii care au primit tratament în spitalele penitenciar (dezintoxicare) și comunitățile terapeutice. Majoritatea acestui tip de beneficiari sunt consumatori de metadonă (68%, n=17) și au vârsta sub 34 ani (56%, n=14).

Sursa: ANA

Sursa de referință

Spre deosebire de anul anterior, când beneficiarii sistemului de asistență de tip rezidențial erau referiți în egală măsură de alte servicii medicale/ sociale sau veneau la tratament fie din proprie inițiativă, fie la recomandarea familiei/ prietenilor, în 2015, **crește ponderea celor care au fost referiți de alte servicii medicale/ sociale (de la 38,8%, în 2014, la 48,2%, n=513), concomitent cu scăderea proporției celor care au venit la tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei/ prietenilor (de la 38,8%, în 2014, la 34,2%, n=364).** Dintre serviciile medicale/ sociale care au îndrumat persoanele consumatoare de droguri către un centru de asistență de tip rezidențial, **cea mai importantă contribuție în direcționarea persoanelor consumatoare de droguri către un centru de tratament specializat au avut-o serviciile de urgență, care au recrutat 39,8% (n=433) din totalul beneficiarilor sistemului de asistență de tip rezidențial. Peste jumătate din acestea (53,3%, n=231) sunt persoane admise la tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive.** Întrucât serviciile de urgență funcționează în cadrul unor unități medicale, care au în structură și secții de psihiatrie, această **corelație dintre sursa de referire și drogul consumat ar putea explica în parte diferența de adresabilitate a persoanelor consumatoare de noi substanțe psihoactive la centrele ambulatorii, respectiv la sistemul de tratament de tip rezidențial: 450 beneficiari în sistem rezidențial, față de numai 272 în sistemul ambulatoriu.** La aceasta se adaugă probleme

acute de sănătate pe care le generează consumul noilor substanțe psihoactive și **care îi determină pe cei care le consumă să se prezinte în stare critică în secțiile de urgență.**

4.2.3.Date relevante

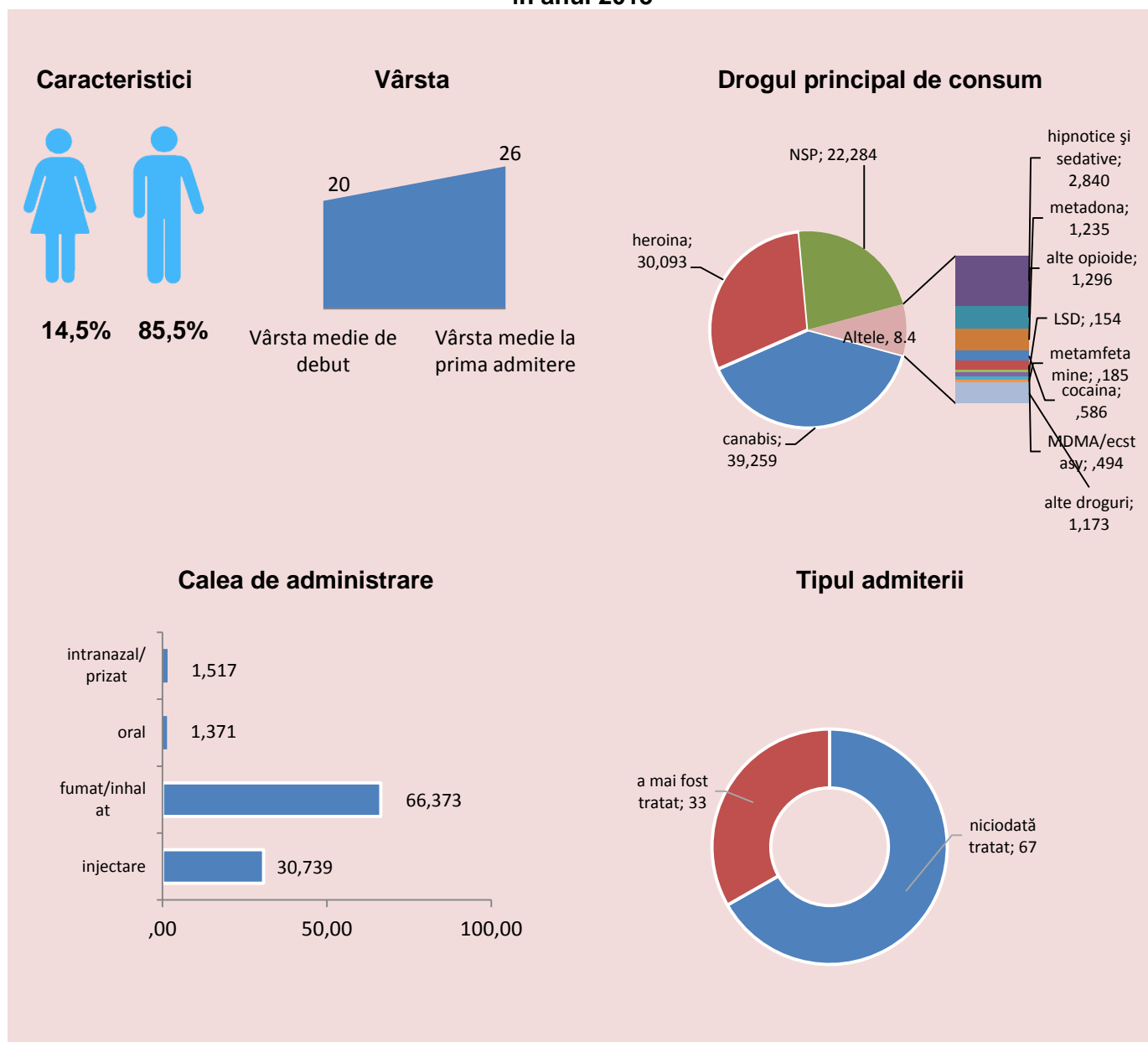
4.2.3.1.Date privind numărul de persoane admise la tratament

În baza datelor colectate în anul 2015, **au fost admise la tratament 3240 persoane consumatoare de droguri.** Spre deosebire de anul anterior, când cele mai multe cereri de tratament au fost adresate ca urmare a consumului de opioide, în acest an, **se observă o predominanță a persoanelor consumatoare de cannabis** care au solicitat servicii de asistență (**39,3%, n=1272, față de 37,1%, n=973**), în timp ce, **proporția celor care au solicitat tratament pentru consumul de opioide reprezintă 32,6% din numărul total al admitterilor (n=1057, față de 41,7% și n=1094, în 2014).** Similar anului anterior, **pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament a fost mult mai redusă:** cocaină – 0,6%, MDMA/ ecstasy – 0,5%, amfetamine, metamfetamine, LSD– câte 0,2%. În schimb, se constată **dublarea numărului de cazuri în care tratamentul a vizat consumul noilor substanțe psihoactive**, care se reflectă în evoluția numărului de beneficiari incluși în categoria "alte droguri". Astfel, din totalul admitterilor la tratament din 2015, **în această categorie au fost înregistrate 26,7% (864 beneficiari) dintre cereri**, fiind incluse aici atât persoanele care au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive, cât și cele care au declarat consum de solvenți, halucinogene, hipnotice și sedative. Majoritatea cazurilor incluse în această subgrupă o reprezintă **persoanele care au solicitat asistență pentru consumul de noi substanțe psihoactive, aceștia reprezentând 83,6% din cei 864 beneficiari (n=722).**

În corelație directă cu drogul principal consumat, **două treimi (66,4%) din persoanele admise la tratament în anul 2015 își administrează drogul prin fumat**, în timp ce **mai puțin de o treime (30,4%) utilizează calea injectabilă.**

Într-o repartitie aproape similară cu cea prezentată anterior, **două treimi (66,8%) dintre beneficiarii serviciilor de tratament sunt persoane care au solicitat pentru prima dată tratament specializat**, iar **cealaltă treime (33,2%) reprezintă persoane care au mai fost înregistrate în serviciile de asistență pentru probleme cauzate de consumul de droguri.**

Tabel 4-7: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2015



Sursa: ANA

Notă: în categoria „alte droguri” au fost incluse: ketamină, solvenți, catinone sintetice

4.2.3.2. Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament

Se observă că în proporție de **85,5%** persoanele care au beneficiat de asistență pentru problemele cauzate de consumul de droguri în 2015, **au fost bărbați. Exceptând cererea de tratament pentru consumul de hipnotice și sedative, unde predomină femeile (57,6%), pentru toate celelalte categorii de droguri, în cea mai mare parte, beneficiarii sunt bărbați.**

În funcție de substanța declarată ca drog principal, se observă că **vârsta medie** a persoanelor consumatoare de **hipnotice/ sedative** admise la tratament **este de 50,4 ani**,

pentru **opioide este de 32,6 ani**, pentru **cocaină, 28,4 ani**, pentru **stimulanți (alții decât cocaina), 26,1 ani**, iar pentru **canabis, 24,8 ani**.

În ceea ce privește **nivelul educațional al persoanelor consumatoare de droguri**, similar anului anterior, **trei sferturi dintre beneficiari (74,4% - 2141 beneficiari) au finalizat nivelul II de educație (ISCED 2 și ISCED 3), 15,4% (442 beneficiari) au finalizat nivelul superior de educație (ISCED 4 și ISCED 6), 6,8% (221 beneficiari) au finalizat nivelul I de educație (ISCED 1), iar 2,3% (74 beneficiari) nu au mers niciodată la școală/ nu au finalizat nivelul I de educație.**

Ca și **caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor** care au apelat la serviciile de asistență pentru probleme cauzate de dependența de droguri, se observă că **peste o treime (36,6%, n=1132) dintre aceștia nu au un loc de muncă, 21,8% (n=676) sunt elevi sau studenți**, în timp ce, **mai puțin de un sfert (22,5%, n=696) au un loc de muncă stabil**. Referitor la **condițiile de locuire** în care trăiesc persoanele consumatoare de droguri care au beneficiat de servicii de tratament pentru dependența de droguri, analiza statusului locativ al acestora indică o **proporție mare (62,8%, n=1904) a celor care locuiesc cu familia de origine**, cei **care locuiesc singuri** fiind prezenți într-o proporție de **doar 9,1% (n=276)**. Totodată, se observă că **89,4% (n=2729) beneficiau de o locuință stabilă, 2,3% (69 beneficiari) se aflau în detenție, în timp ce pentru 6,5% (n=197) locuința era o problemă**, aceștia nedispunând de o locuință stabilă.

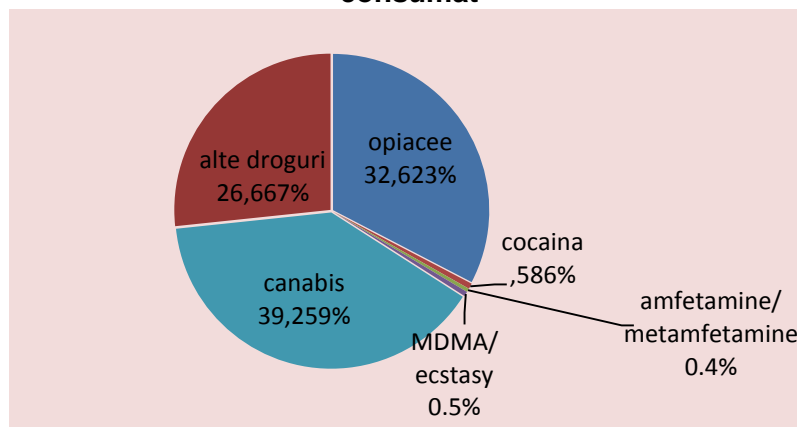
Spre deosebire de anul anterior, când predominau **beneficiarii** sistemului de asistență pentru dependența de droguri **care veneau la tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei/ prietenilor**, în 2015, **concomitent cu scăderea proporției acestora (de la 39,3%, în 2014, la 32,9%, n=1031), crește ponderea celor care au fost referiți de organele de cercetare (de la 32,2%, în 2014, la 34,1%, n=1067), cele două tipuri de surse** furnizând **peste două treimi** din numărul total al persoanelor consumatoare de droguri care au apelat la servicii de asistență integrată pentru dependență. Totodată, **aproape un sfert din beneficiari (23,2%, n=725) au fost îndrumați către furnizorii de servicii de asistență integrată de alte servicii medicale sau sociale** la care aceștia au apelat (servicii medicale de urgență, servicii specializate de asistență socială, medic de familie etc.).

Tabel 4-8: Numărul de beneficiari aflați în tratament

Tipul beneficiarilor	Nr. total
Numărul total de beneficiari aflați în tratament	3996
Numărul total de beneficiari în OST	533
Numărul total al beneficiarilor ce au intrat în tratament	3240

Sursa: ANA

Grafic 4 - 1: Proporțiile persoanelor admise la tratament, în funcție de drogul principal consumat



Sursa: ANA

4.2.4. Modalități de tratament

4.2.4.1. Servicii ambulatorii de tratament

În România, **sistemul ambulatoriu de asistență** pentru persoanele consumatoare de droguri este format, în special, din **centre specializate de asistență**, care dispun de **echipe multidisciplinare** având în componență: medici, psihologi și asistenți sociali, cu formare specifică în domeniul asigurării tratamentului 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.**

4.2.4.2. Servicii rezidențiale de tratament

Reteaua rezidențială de tratament din România **asigură servicii specializate** (medicale, psihologice și sociale) **în vederea reintegrării psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri.** Dintre acestea, cele mai importante sunt programele **de dezintoxicare și 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 secțiilor de psihiatrie, al comunităților terapeutice sau al centrelor private, unde beneficiază de servicii de consiliere psiho-socială și de management de caz.

4.2.5. Tratamentul de substituție cu opioide (OST)

4.2.5.1. Principalii 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**, contribuind la reducerea daunelor individuale și sociale.

Dezvoltarea unui program de tratament de menținere cu metadonă are șanse de reușită dacă acesta este accesibil, includerea în asistență fiind realizată cât mai grabnic cu putință, iar menținerea în tratament nefiind condiționată pentru 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 servicii, 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 în vigoare în domeniul de referință, **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:

Agenția Națională Antidrog

Programele de tratament substitutiv dezvoltate de Agenția Națională Antidrog au fost disponibile în anul 2015 **doar la nivelul municipiului București**. Aceste servicii au fost derulate **prin 3 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog**. Până în anul 2015, serviciile de tratament substitutiv au fost disponibile și în municipiile reședință de județ Oradea și Iași.

Ministerul Sănătății

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

Administrația Națională a Penitenciarelor

Persoanele privative de libertate beneficiază de **tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee** pentru persoane cu toxicodependență. 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**.

4.2.5.2. Numărul de beneficiari în OST

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

Din cele **1034 persoane care au fost readmise la tratament în anul 2015, 533 au beneficiat anterior de tratament substitutiv la opioide.**

Procentul celor care primesc OST, ca tratament, din numărul total de beneficiari înregistrați în sistemul de tratament, nu poate fi stabilit, deoarece fișa de colectare utilizată până în prezent nu include întrebări referitoare la acest aspect. În acest sens, s-a utilizat definiția dată de **Protocolul 3.0** privind colectarea și transmiterea datelor referitoare la admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, referitoare la client OST, respectiv **"consumator care a mai fost inclus, anterior anului de raportare, într-un tratament de substituție"**.

4.2.6. 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 standardelor, se realizează **coordonarea metodologică a 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. Aceasta 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 obțin 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 a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, precum și Standardele minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri au fost stabilite prin – Ordinul comun al ministrului sănătății, ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și ministrului administrației și internelor nr. 1389/513/282/2008. **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/ protocolelor scrise pentru fiecare tip de serviciu oferit
- standard referitor la structura de personal – necesarul de resurse umane în vederea desfășurării activității.

În conformitate cu prevederile Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, 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**

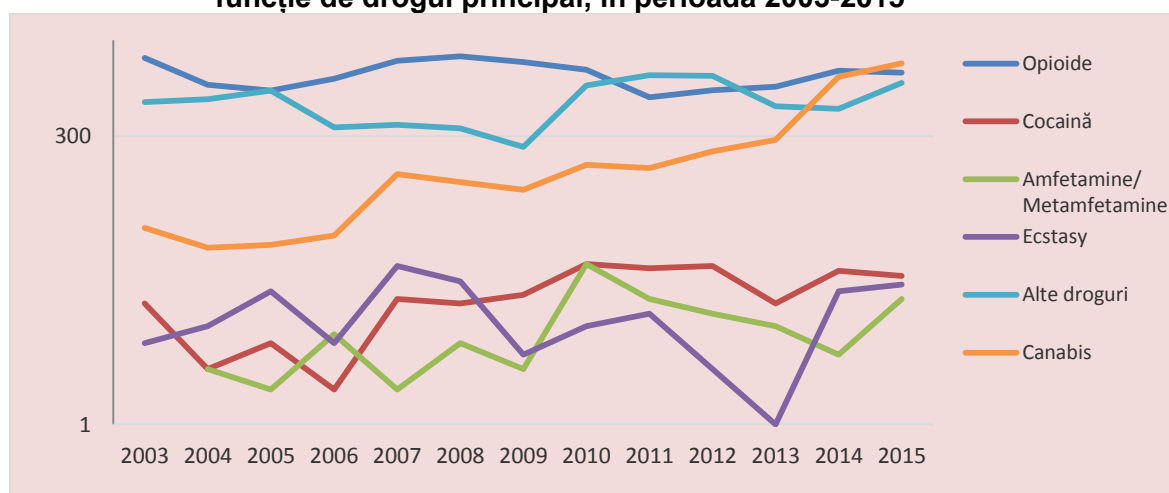
opiacee. Acesta a fost aprobat de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și este recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor.

Asigurarea serviciilor de asistență pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în stare privativă de libertate este realizată cu respectarea normelor Ordinului ministrului justiției, ministrului administrației și internelor și ministrului sănătății nr. 1216/C/1310/543/2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri,

4.3.TENDINȚE

Conform **protocolului de colectare a datelor corespunzătoare indicatorului „Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri”**, în anul 2015, au fost înregistrați în sistemul de asistență din România **3240 beneficiari unici**. Comparativ cu anul 2014, când au fost înregistrați 2622 beneficiari, se remarcă **o creștere cu 23,6% a numărului de beneficiari, datorată în primul rând unui nou „val” de consumatori de droguri admiși pentru prima dată la un tratament specializat**. Astfel, **numărul acestora crește în 2015 cu 48,5%**, ajungând de la 1398 beneficiari, la 2076. În cea mai mare parte, această **creștere a cazurilor nou admise în serviciile de asistență se datorează sporirii cu 70,6% a cererii de tratament pentru consumul de opioide, cu 44,2% a celei pentru consumul noilor substanțe psihoactive și cu 16,9% a cererii pentru consumul de cannabis.**

Grafic 4 - 2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015



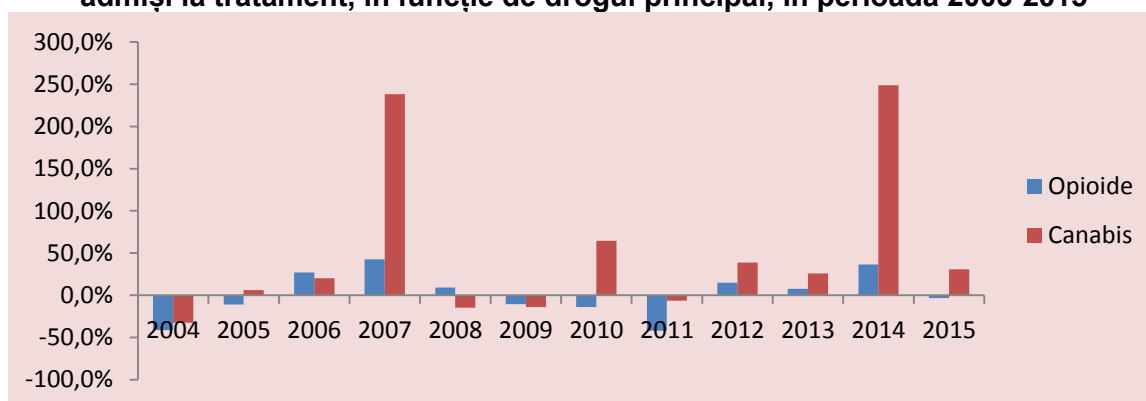
Sursa: ANA

Pe de altă parte, **numărul total de persoane care au mai beneficiat de tratament pentru consum de droguri scade cu 10,6%**, de la 1157 persoane, la 1034 persoane. În acest caz, **scăderea se datorează, în primul rând, diminuării cu 19,5% a cererii de readmitere la tratament a persoanelor consumatoare de opioide**, de la 852 persoane, la 686 persoane.

În funcție de drogul principal, **analiza ritmului de dinamică în lanț a numărului total de beneficiari admiși la tratament, în perioada 2003 – 2015**, indică următoarele:

- **Cererea pentru tratament ca urmare a consumului de opioide prezintă două scăderi majore** (cu aproximativ 42%, în 2004 și în 2011), **dar și două creșteri semnificative** (în 2007, cu 42,4% și în 2014 – cu 36,4%), fiecare dintre aceste momente având legătură cu schimbări structurale, legislative **sau contextuale, petrecute la nivelul societății românești. Astfel: în 2007, creșterea** observată este determinată de **operaționalizarea centrelor specializate de tratament**, dezvoltate de Agenția Națională Antidrog, dar și de **modificările legislative cu privire la obligativitatea raportării datelor cuprinse în Foaia individuală de admitere** la tratament pentru consumul de droguri, în timp ce, **în 2014, creșterea** poate fi explicată de **transformările survenite în modelele de consum, prin revenirea la consumul de heroină a consumatorilor, după experimentarea noilor substanțe psihoactive**. Cele **două momente de scădere majoră** au ca explicație, pe de o parte, **înființarea - Agenției Naționale Antidrog, cu rol de coordonator național al politicilor antidrog** și, de aici, o rigurozitate crescută la raportarea datelor conform cerințelor europene (în 2003), iar pe de altă parte, **amplificarea fenomenului noilor substanțe psihoactive și schimbarea modelelor de consum generată de apariția acestora, respectiv trecerea de la consumul de heroină, la cel de NSP** (în 2011).

Grafic 4 - 3: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015



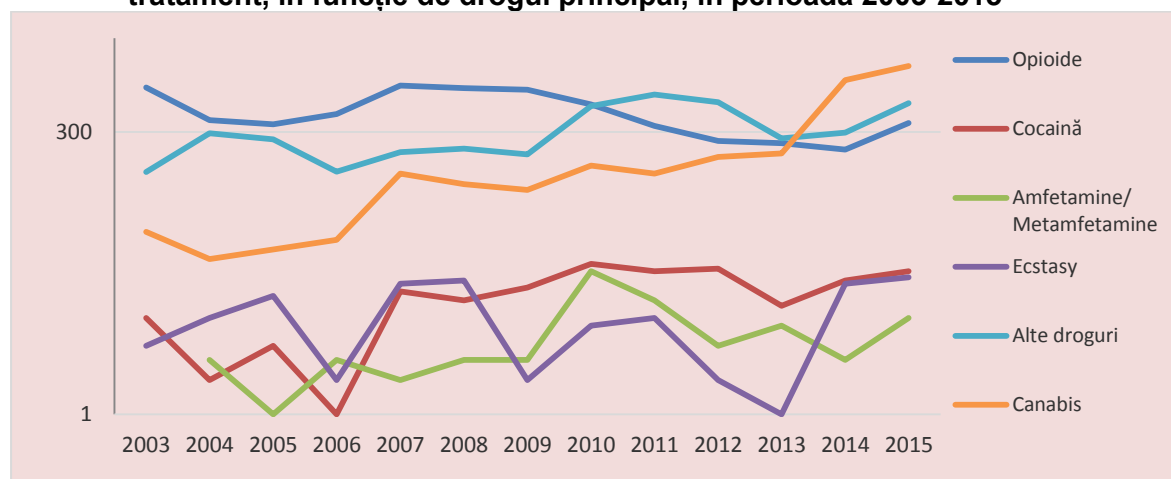
Sursa: ANA

- Această **evoluție oscilantă, cu creșteri care anulează scăderile și, invers, conduce în cele din urmă, la înregistrarea, în 2015, a unui număr de beneficiari admiși la tratament pentru consum de opioide, cu aproape 25% mai mic decât al celui observat în 2003**. În ceea ce privește **ponderea solicitărilor de tratament pentru dependența la opioide, aceasta înregistrează o scădere semnificativă**, reducându-se la mai puțin de jumătate: de la 68,4% în 2003, la 32,6%, în 2015.
- Din **categoria opioidelor, heroina reprezintă drogul pentru care s-a solicitat cu preponderență tratament, peste 95% din totalul** solicitărilor înregistrate în această

grupă raportând ca drog principal de consum heroina. Totodată, **cu mici excepții (anii 2011 și 2012), heroina a reprezentat principalul drog pentru care a fost solicitat tratament pentru dependența de droguri în România.** În 2015, deși nivelul cererii de tratament pentru consum de heroină se menține la un nivel similar celui observat în anul anterior, în corelație directă însă cu evoluția cererii de tratament pentru dependența de canabis, **heroina se clasează pe poziția a doua în "clasamentul" drogului principal consumat** pentru care se solicită tratament.

- Spre deosebire de tratamentul pentru dependența de opioide, **cererile de tratament pentru consumul de canabis prezintă o evoluție relativ ascendentă, scăderile fiind ne semnificative, în timp ce, creșterile sunt de mare amploare.** Cea mai importantă scădere are loc în 2004 (cu 32,7%), determinată de schimbarea metodologiei de colectare a datelor. **Creșterile însă sunt mai numeroase și mult mai ample. Cele mai importante creșteri** ale cererii de tratament pentru consumul de canabis se observă **în anul 2007 (cu 238,1%) și în 2014 (cu 248,7%).** Dacă evoluția din 2007 poate fi explicată, ca și în cazul tratamentului pentru opioide (operaționalizarea centrelor specializate de tratament din cadrul Agenției Naționale Antidrog și modificări legislative privind colectarea datelor), **cea din anul 2014 este strânsă legată de intrarea în vigoare a Noului Cod de Procedură Penală,** începând cu data de 1 februarie 2014. Deși **în 2015, se înregistrează cel mai mare număr de beneficiari înregistrați în tratament pentru dependența de canabis (1272 persoane), ritmul de dinamică în lanț s-a redus substanțial, creșterea față de 2014, fiind doar cu 30,7%.**
- În ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența la noile substanțe psihoactive, aceasta cunoaște o **creștere semnificativă în perioada 2009-2010,** explicată pe de o parte prin **disponibilitatea acestor substanțe** pe piața drogurilor de la acel moment, iar pe de altă parte, prin **accesibilitatea prețului** lor. Aceste considerente, precum și **caracteristicile unora dintre aceste substanțe** (în special, a celor din categoria catinonelor sintetice) au determinat **o parte dintre consumatorii de heroină să substituie heroina cu astfel de substanțe** și să treacă de la consumul de heroină la cel de NSP. În perioada **2012-2014, ca urmare a 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 treptată a numărului de admiteri ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive,** pentru ca, în anul 2015, să se remarce o dublare a acestui număr: de la 324 solicitări, la 722 solicitări.

Grafic 4 - 4: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015



Sursa: ANA

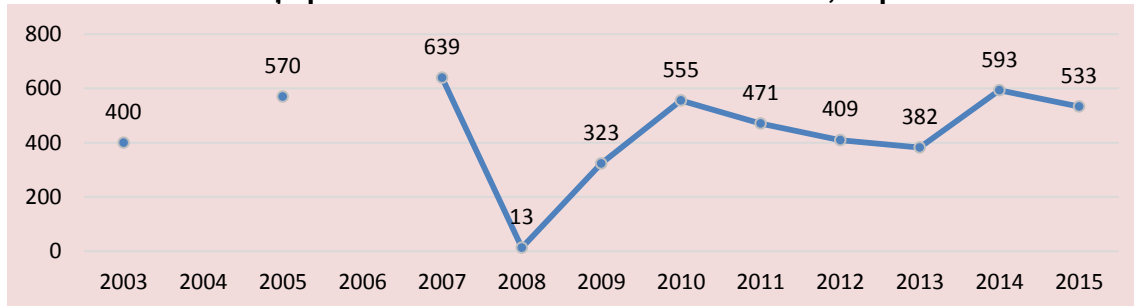
În ceea ce privește **tendințele înregistrate de numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003 – 2015**, se observă următoarele:

- Deși în perioada **2007-2014, numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament pentru dependența de opioide (în principal, heroină) a avut o tendință descendentă, în 2015, se observă o creștere a sa cu 70,6%** (de la 211 beneficiari, la 360 beneficiari), fiind însă la jumătatea maximumului din 2007 (768 beneficiari).
- În contrast, **evoluția admitterilor la tratament pentru dependența de noile substanțe psihoactive** (incluse în categoria "alte droguri") înregistrează o **creștere semnificativă în perioada 2009–2011, urmată de o perioadă de scădere, observată în anii 2012-2013, pentru ca, începând cu anul 2014, să se remarce o creștere** a acestui tip de solicitări, care se confirmă și se consolidează în anul 2015, când se constată de **2,8 ori mai multe cereri de tratament, față de anul anterior.**
- **Evoluția admitterilor noi la tratament pentru dependența de cannabis prezintă o curbă ascendentă în perioada analizată 2003-2014, cele mai spectaculoase creșteri având loc în 2007** (când se înregistrează **de 3,8 ori mai multe cereri** decât în anul anterior) **și în 2014** (când sunt **de 4,4 ori mai mulți beneficiari** admiși la tratament pentru dependența de cannabis, decât în anul anterior). În 2015 **continuă să crească cererea la tratament** pentru astfel de probleme, **cannabisul devenind substanța-psihoactivă pentru care s-au înregistrat cele mai multe admitteri noi.**

Deși **nu există suficiente informații disponibile pentru a determina numărul de beneficiari aflați la un moment dat în OST**, în baza datelor deținute și a definiției stipulate în Protocolul 3.0., se poate afirma că **acesta oscilează în intervalul (300-650), maximumul fiind atins în anul 2007 (639 cazuri)**, an în care s-a înregistrat și cel mai mare număr de

persoane admise pentru prima dată la tratament pentru dependența de opioide (768 beneficiari), determinat de creșterea disponibilității tratamentului de substituție.

Grafic 4 - 5: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2015



Sursa: ANA

4.4. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Și în anul 2015, aplicarea prevederilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ca urmare a intrării în vigoare în 2014 a Noului Cod Penal constituie un aspect important în acordarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială.

Conform art. 19 din actul normativ invocat mai sus, 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.

Aplicarea acestor prevederi a determinat creșterea numărului de persoane admise la tratament pentru consumul de cannabis.

4.5. CONCLUZII

În 2015, se atinge un maximum în ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența de droguri, numărul beneficiarilor ajungând la 3240 (fiind de aproape 3 ori mai mare decât minimumul înregistrat în 2006 - 1350 beneficiari).

Creșterea se datorează în primul rând numărului mai mare de admiteri la tratament pentru consum de cannabis, dar și unei revigorări a interesului pentru consumul de noi substanțe psihoactive.

Cu toate acestea, pe tipuri de drog, **heroina continuă să dețină maximumul de admiteri la tratament dintr-un an calendaristic, prin vârful atins în 2008**, când au fost înregistrate 1457 persoane care au beneficiat de tratament specific pentru dependența de heroină.

Comparativ cu anii anteriori, când pentru dependența de heroină se înregistra atât cea mai mare pondere dintre admiterile la tratament, cât și cel mai mare număr de admiteri, **în 2015, se observă o distribuire relativ echilibrată a nevoii de tratament, în funcție de drogul principal** consumat, persoanele solicitând asistență integrată **în special pentru consumul de cannabis (39,3%), opioide (32,6%) sau noi substanțe psihoactive (22,3%)**.

În mod **similar cu anii anteriori, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament rămâne mult mai redusă: cocaină – 0,6%, MDMA/ ecstasy – 0,5%, amfetamine, metamphetamine, LSD– câte 0,2%**.

Tendențele înregistrate pentru beneficiarii admiși la tratament pentru dependența de droguri **au fost influențate de disponibilitatea locurilor la tratament (OST)**, revigorarea **interesului pentru noile substanțe psihoactive** (semnalat și la nivel internațional), precum **și de punerea în aplicare a modificărilor legislative** (cel mai mare impact al acestora fiind observat asupra admiterilor la tratament ca urmare a consumului de cannabis).

4.6. SURSE DE DATE UTILIZATE

- Agenția Națională Antidrog - (2005) - Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, București
- Prelipceanu, Dan, Cicu, Gabriel - (2010) - Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, Editura Asociației Psihiatrice Române, București
- Hotărârea Guvernului 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
- Hotărârea Guvernului privind nr. 684/2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018
- Hotărârea Guvernului nr. 659/2015 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018
- Hotărârea Guvernului nr. 860 din 28 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri
- Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/C/125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor în care sunt conținute și prevederi privind

asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri

- Ordinul nr. 1389/513/282 din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri
- Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei nr. 187/2002 pentru definirea tipurilor de unități medicale ce pot fi abilitate să asigure asistența medicală persoanelor dependente de droguri, precum și a organizațiilor neguvernamentale ce pot fi abilitate să desfășoare activități de prevenire a transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile
- Ordinul comun nr. 770/ 192/ 2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile
- Ordinul nr.1016/2007 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor
- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 963/1998 cu privire la aprobarea normelor metodologice generale privind organizarea și acordarea de asistență medicală, tratament și servicii dependenților
- Ordinul comun al Ministrului Sănătății, Ministerului Justiției, Ministrului Administrației și Internelor nr. 1216/C din 18 mai 2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistența medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri
- Ordinul comun al Ministrului Sănătății și al Ministrului Justiției nr. 898/2002 privind măsurile medicale și educative aplicate toxicomanilor în penitenciare

5. BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI

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 unor abordări comprehensive, sistemic-integrate de prevenire și asistență specializată.

În scopul creșterii eficienței corelative a programelor de prevenire și serviciilor de asistență și al dezvoltării de abordări inovative sistemic în materia reducerii cererii de droguri, ca modele de bune practici, în anul 2015, Agenția Națională Antidrog a finalizat implementarea a 2 proiecte (unul tip grant și, celălalt, de tip strategic) din Fondul Social European, în paralel cu asigurarea continuității aplicării principiilor inovative ale justiției terapeutice în procesul de reinserție socială a consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți.

Proiectul *“Egalitate de șanse pe piața muncii – Șansa TA la un viitor mai bun!”* a reprezentat 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 *„Egalitate pe piața muncii! - Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile”*, se încadrează în același tip de abordare menționat la proiectul anterior, având, prin particularitățile grupului țintă (1350 de persoane ce aparțin grupurilor vulnerabile din regiunile București Ilfov, Sud Muntenia, Nord Est și Sud Est), precum și prin serviciile oferite în cadrul proiectului (calificare 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 reabilitare 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 consolidarea 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 punctul 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, motivaționale și alte intervenții specifice.

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

Componenta de prevenire – conform capitolului 3

Asistență – Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne, prin Agenția Națională Antidrog.

- A. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice 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.
- 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, de 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, inclusiv în ceea ce privește consumul de droguri (pentru activitățile de prevenire) și respectiv dependență de droguri (în cazul serviciilor de sănătate specializate).

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, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice

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 personalul 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.

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.

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.

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, 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.

Caracterul integrat al cadrului legislativ în materia standardelor minime pentru serviciile de nivel 1, 2 și 3 din cadrul sistemului național integrat de asistență medicală, 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 program 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 Antidrog.

În conformitate cu legea cadru a educației naționale – Legea nr. 1/ 2011 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 (Cadrul european al calificărilor pentru învățare pe tot parcursul vieții) și din Cadrul 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 instituție care asigură în România implementarea cadrului general pentru realizarea formării profesionale continue și dezvoltarea de calificări necesare susținerii unei resurse umane naționale competitive.

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

În domeniul asistenței specializate destinate consumatorilor de droguri, în complementaritate cu intervențiile de prevenire selectivă (destinate grupurilor vulnerabile, aflate în situații de risc), Agenția Națională Antidrog, în parteneriat cu LOOP OPERATIONS SRL, a implementat, în perioada 13.05.2014-31.12.2015, în Regiunea Sud-Est (județele Constanța și Tulcea), proiectul POSDRU *“Egalitate de șanse pe piața muncii – Șansa Ta la un viitor mai bun!”*, cu un buget aprobat de 2.082.654,63 lei și, respectiv, proiectul POSDRU *„Egalitate pe piața muncii! - Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile”*, cu un buget aprobat de 11.595.035.29 lei.

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

Axa Prioritară 6 a urmărit 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 a fost 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”*, a vizat 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!”* a reprezentat 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 a fost implementat în perioada 13.05.2014 – 31.12.2015, în Regiunea Sud-Est (județele Constanța și Tulcea) și a avut un buget aprobat de 2.082.654,63 lei.

Proiectul și-a propus 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 s-a subsumat 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.

Proiectul a vizat obiectivul orizontal POSDRU de dezvoltare durabilă, prin facilitarea integrării pe piața muncii a femeilor aflate în situații de vulnerabilitate psihosocială (a fost îndeplinită o condiție principală pentru îmbunătățirea calității vieții grupului țintă), corelarea ofertei de formare profesională pentru grupul vulnerabil vizat cu dinamica pieței muncii, susținerea și valorificarea potențialului local al pieței muncii.

Prin toate obiectivele și activitățile sale, proiectul a integrat 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 a fost 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 au fost:

- ✓ Dezvoltarea abilităților și competențelor profesionale pentru 465 de femei, în special femei consumatoare de droguri (sau la risc), precum și 75 de 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.

Numărul total al femeilor din Regiunea Sud-Est care au participat la programul de instruire – acces pe piața muncii (11 serii inițiere/perfecționare, 15 serii calificare nivel 1 și 1 serie nivel 2) și cărora, prin activitățile proiectului, le-au fost dezvoltate abilitățile și competențele profesionale a fost de 542.

Proiectul a răspuns obiectivului general al promovării dezvoltării durabile stipulat în Documentul Cadru de Implementare-DCI-„*Cetățeni mai bine pregătiți care să facă față*

provocărilor din prezent și din viitor și capabili să acționeze în mod responsabil pentru generațiile viitoare”.

Prin furnizarea de servicii de formare profesională (11 serii inițiere/ perfecționare – 2 serii resurse umane, 4 serii contabilitate, 2 serii OIPVD și 3 serii competențe antreprenoriale - , 15 serii calificare nivel 1 - 9 serii lucrător comercial și 6 serii confecționar asamblor articole textile - și 1 serie calificare nivel 2 OIPVD), 542 femei din Regiunea Sud-Est, județele Constanța și Tulcea, și-au dezvoltat competențe profesionale în acord cu piața muncii, ceea ce a contribuit la implementarea obiectivului de dezvoltare durabilă.

Prin furnizarea de activități de consiliere socială a grupului țintă și, implicit, de calificări relevante ce conduc la creșterea oportunităților grupului țintă pe piața muncii, au fost îndeplinite premisele și condiționalitățile pentru asigurarea durabilității în timp a rezultatelor proiectului. Cursurile au conținut elemente subsumate principiului dezvoltării durabile și metodelor de aplicare ale acestuia.

Elementul inovativ cu rol de plusvaloare în cadrul proiectului a fost reprezentat de intervențiile de consiliere socială, ca metode de combatere a inegalităților sociale la care sunt predispuse femeile și care determină direct aspectele de vulnerabilitate psihologică și socială ale acestora.

Suportul acordat femeilor vulnerabile psihosocial, prin acordarea de servicii de consiliere socială și de subvenții, reprezintă un element complementar celui de dezvoltare a competențelor profesionale, prin calificarea/ recalificarea sau inițierea/ perfecționarea grupului țintă, în scopul asigurării accesului egal al femeilor la resurse, inclusiv la piața muncii și, implicit în scopul respectării principiului egalității de șanse.

Obiectivul general și obiectivele specifice ale proiectului au contribuit direct la atingerea temei orizontale de „*dezvoltarea durabilă*”, prin abordarea integrată și comprehensivă a implementării activităților proiectului ce susțin o piață a muncii incluzivă - consilierea socială a grupului țintă și dezvoltarea de competențe profesionale, prin calificare/ recalificare și inițiere/ perfecționare, asigurându-se astfel capacitatea și calificarea forței de muncă în concordanță cu cerințele pieței muncii la nivelul Regiunii Sud-Est.

Având în vedere creșterea numărului persoanelor vârstnice în populația generală și necesitatea implementării unor inițiative eficiente de promovare a îmbătrânirii active și asigurarea de oportunități de muncă, proiectul a inclus în grupul țintă și persoane de sex feminin cu vârsta peste 45 de ani care au beneficiat de servicii de calificare/ recalificare și/ sau inițiere și perfecționare, precum și de servicii de consiliere socială, având ca scop

dezvoltarea stimei de sine și creșterea capacității acestora de a-și valorifica abilitățile, competențele, aptitudinile și resursele deja dobândite.

Din totalul celor 699 femei care au fost recrutate pe parcursul implementării proiectului în scopul includerii în programul de instruire în accesul pe piața muncii, un număr de 102 femei au vârsta peste 45 ani, ceea ce reprezintă 14,59%.

Din totalul celor 542 femei care au beneficiat în proiect de programul de instruire un număr de 72 femei au vârsta de peste 45 ani, adică 13,28%.

Având în vedere creșterea numărului persoanelor vârstnice și rolul lor în societate, necesitatea promovării unor inițiative eficiente de promovare a „îmbătrânirii active” și asigurarea de oportunități pentru forța de muncă vârstnică devin din ce în ce mai relevante.

Promovarea și susținerea acestui obiectiv orizontal prezintă beneficii și pentru angajatori prin implicarea în echipe mixte a persoanelor cu vârste diferite, ceea ce îmbină avantajele competențelor diferitelor grupe de vârstă. În plus, acest aspect poate determina, pe termen mediu, apariția unui impact pozitiv asupra tuturor angajaților în ceea ce privește relațiile intergeneraționale, precum și asupra cunoașterii și atitudinilor persoanelor tinere față de colegii mai vârstnici.

Totodată, în cadrul campaniilor și acțiunilor de conștientizare a angajatorilor a fost promovat principiul transferului de experiență și beneficiile contribuției persoanelor vârstnice la dezvoltarea societății. Prin aceste acțiuni au fost încurajați inclusiv decidenții locali (la orice nivel) și alte părți implicate pentru a se mobiliza și a lua măsuri de favorizare a îmbătrânirii active și întărirea solidarității între generații.

Principalele activități ale proiectului, excluzând activitățile transversale (cele de management al proiectului și achiziții publice de bunuri și servicii) au fost:

- ✓ 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 confecționer-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 inactive 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.

Activitățile au fost implementate printr-o abordare integratoare a principului egalității de șanse pornind de la:

- a) selecția grupului țintă, în sensul sprijinirii accesului egal al femeilor la resurse;
- b) abordarea principiului egalității de șanse în selecția grupului țintă pentru cursurile de inițiere/perfecționare și calificare/recalificare nivel 1 și 2;
- c) implementarea măsurilor de combatere a inegalităților sociale și consolidare a egalității de gen și șanse, măsuri care au fost promovate și prin activitatea de consiliere socială a femeilor, în special a femeilor consumatoare de droguri sau aflate în risc de consum, precum și a celor care provin din grupuri vulnerabile, consiliere care a avut ca obiective inclusiv combaterea inegalităților care vulnerabilizează femeile în procesul de reintegrare socio-profesională.

5.2.1.5.2. Proiectul „Egalitate pe piața muncii! - Proiect pilot pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile!” - implementat în cadrul Axei prioritare 6, Domeniului Major de intervenție 6.2., „Îmbunătățirea accesului și a participării grupurilor vulnerabile la piața muncii”

Proiectul a fost implementat în perioada 15.05.2014 – 15.12.2015, în București Ilfov, Sud Muntenia, Nord Est și Sud Est și a avut un buget aprobat de 11.595.035.29 lei.

Obiectivul general al proiectului a fost implementarea unui program-pilot pentru creșterea accesului pe piața muncii, prin îmbunătățirea abilităților și competențelor profesionale și furnizarea de asistență specifică unui număr de 1350 de persoane ce aparțin grupurilor vulnerabile din regiunile București Ilfov, Sud Muntenia, Nord Est și Sud Est, în scopul prevenirii și limitării consumului de substanțe interzise.

Obiectivele specifice au fost:

- Prevenirea situațiilor de risc pe piața muncii, prin furnizarea de servicii de informare și consiliere profesională pentru 1000 persoane vulnerabile;

- Dezvoltarea de programe de calificare în scopul dezvoltării competențelor și abilităților unui număr de 700 persoane vulnerabile și asigurarea de măsuri active pentru creșterea motivației acestora pentru dezvoltare profesională și personală;
- Furnizarea de servicii de asistență pentru 350 persoane dependente în scopul susținerii participării pe piața muncii a grupurilor țintă;
- Desfășurarea de acțiuni de informare, conștientizare și formare, în scopul schimbării atitudinilor sociale ale angajatorilor privind accesul grupurilor vulnerabile pe piața muncii, promovarea voluntariatului și a conștiinței civice.

Activitățile proiectului s-au bazat pe o abordare integratoare a perspectivei principiilor egalității de șanse, pornind de la:

a) sprijinirea accesului egal la piața muncii pentru persoanele vulnerabile: persoane de etnie roma, persoane cu dizabilități, tineri peste 18 ani care părăsesc sistemul de protecție și persoane care provin din alte grupuri vulnerabile;

b) abordarea principiului egalității de șanse în selecția grupului țintă;

c) măsuri pentru combaterea inegalităților pe piața muncii și combaterea discriminărilor, prin furnizarea de acțiuni de informare și consiliere profesională și derularea de campanii de eliminare a atitudinilor sociale nefavorabile și a stereotipurilor cu privire la persoanele care aparțin grupurilor vulnerabile.

Campaniile de informare și promovare au avut ca scop schimbarea atitudinilor angajatorilor și angajaților cu privire la persoanele care aparțin grupurilor vulnerabile. În cadrul meselor rotunde și seminariilor regionale, persoanele resursă au oferit expertiză și exemple de bune practici cu privire la practicile, inclusiv cele curente, uzitate la nivelul Uniunii Europene, abordându-se, totodată și modalitățile active de consolidare a principiului egalității de șanse pentru a asigura o piață a muncii incluzivă. Contextul socio-profesional din România arată ca persoanele cu dizabilități, persoanele de etnie roma și tinerii peste 18 ani care părăsesc sistemul de protecție sunt supuse discriminărilor pe piața muncii și, ca atare, prezintă un risc foarte ridicat de marginalizare socioprofesională. Mesele rotunde și seminariile regionale, organizate în cele 4 regiuni de implementare, au promovat beneficiile și plusvaloarea pentru organizații a implicării profesionale a persoanelor cu dizabilități.

În procesul de selecție a grupului țintă, partenerii au respectat principiul egalității de șanse, fiind recrutate în proiect atât persoane inactive, cât și angajate, mai tinere sau mai în vârstă, bărbați și femei, cu nivel diferit de pregătire profesională.

Activitățile de consiliere destinate grupului țintă s-au desfășurat într-o manieră integratoare, asigurând premisele motivaționale pentru accesul egal al persoanelor vulnerabile la oportunitățile de pe piața muncii.

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

Abordarea inovativă de tip justiție terapeutică²¹ 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 spre 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.

Spre deosebire de sistemul clasic de justiție penală și de 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 vulnerabile²², așa cum sunt ele definite în Memorandumul privind Incluziunea Socială (JIM) și în Legea asistenței sociale nr. 292/2011. Din perspectiva justiției terapeutice, consumatorul de droguri și consumatorul dependent sunt abordați prin prisma patologiei medicale și sociale și, implicit, a serviciilor și intervențiilor integrate specializate medicale, psihologice și sociale.

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 contextul creat de intrarea în vigoare a noului Cod penal și a Codului de procedură penală, devin aplicabile dispozițiile articolului 19 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care oferă consumatorilor de droguri posibilitatea includerii într-un program integrat de asistență medicală, psihologică și socială, în locul aplicării pedepsei cu închisoarea. Mai mult, prin Legea nr. 187/2012 au fost introduse inclusiv dispoziții referitoare la modificarea cuantumului pedepselor prevăzute în Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în

²¹ Utilizată în aplicarea reglementărilor în vigoare, începând cu 01.02.2014 – data intrării în vigoare a noului Cod penal și a noului Cod de procedură penală.

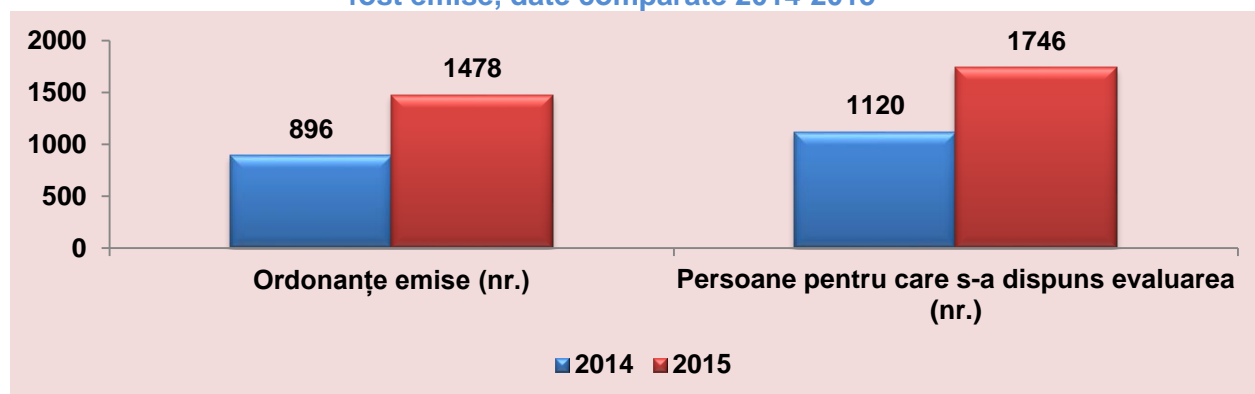
²² **Grupul vulnerabil** desemnează persoane sau familii care sunt în risc de a-și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai din cauza unor situații de boală, dizabilitate, sărăcie, dependență de droguri sau de alcool ori a altor situații care conduc la vulnerabilitate economică și socială.

sensul reducerii duratei acestora, în acord cu noua politică penală instituită prin legea penală. Spre exemplificare, în cazul infracțiunii de posesie de droguri de risc pentru consum propriu, limitele pedepsei au fost reduse de la 6 la 2 ani sau amendă, la un quantum cuprins între 3 luni la 1 an, sau amendă. Totodată, în cazul infracțiunii de posesie de droguri de mare risc pentru consum propriu, limitele pedepsei au fost reduse de la 2 la 5 ani, la un quantum cuprins între 6 luni la 3 ani.

Astfel, în contextul abordării inovative de tip justiție terapeutică, în conformitate cu legea penală, începând cu 1 februarie 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. În funcție de concluziile raportului de evaluare întocmit de structura teritorială a Agenției Naționale Antidrog, procurorul dispune, cu acordul consumatorului, includerea acestuia în programul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri. Dacă, până în momentul pronunțării hotărârii, persoana inculpată respectă protocolul programului integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, instanța de judecată poate dispune renunțarea la aplicarea pedepsei sau amânarea aplicării pedepsei.

În contextul menționat, în anul 2015, Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT) a emis ordonanțe de evaluare pentru 1746 persoane consumatoare de droguri (1.056 la nivelul municipiului București și 422 în restul țării), cu 55,9% mai mult decât în anul precedent când au fost emise ordonanțe de evaluare pentru 1.120 persoane consumatoare de droguri (615 la nivelul municipiului București și 281 în restul țării). La nivelul municipiului București, numărul ordonanțelor de evaluare emise a crescut cu 71,7%, iar în restul teritoriului național cu 50,2%.

Grafic 5- 1: Situația ordonanțelor de evaluare emise și a persoanelor pentru care au fost emise, date comparate 2014-2015

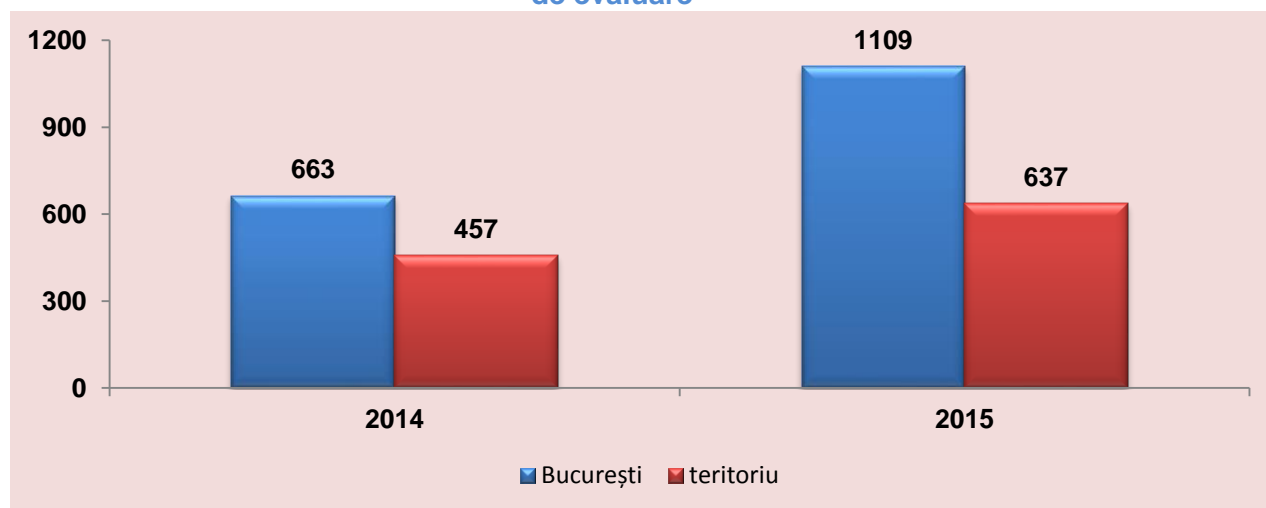


Sursa: ANA

Din perspectiva distribuției teritoriale a ordonanțelor și a persoanelor pentru care s-a dispus evaluarea, în baza ordonanței procurorului, ponderea majoră a acestora este atribuită municipiului București.

La nivelul municipiului București funcționează programul unic de evaluare a persoanelor consumatoare de droguri, în cadrul Centrului Regional de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog III București. Competența teritorială a programului unic include municipiul *București*, precum și județele *Călărași*, *Teleorman*, *Ilfov*, *Giurgiu*, *Ialomița*. Astfel, începând cu *trimestrul III 2014*, ordonanțele de evaluare și, după caz, ordonanțele de includere în asistență, au fost gestionate de către specialiștii din cadrul acestui program.

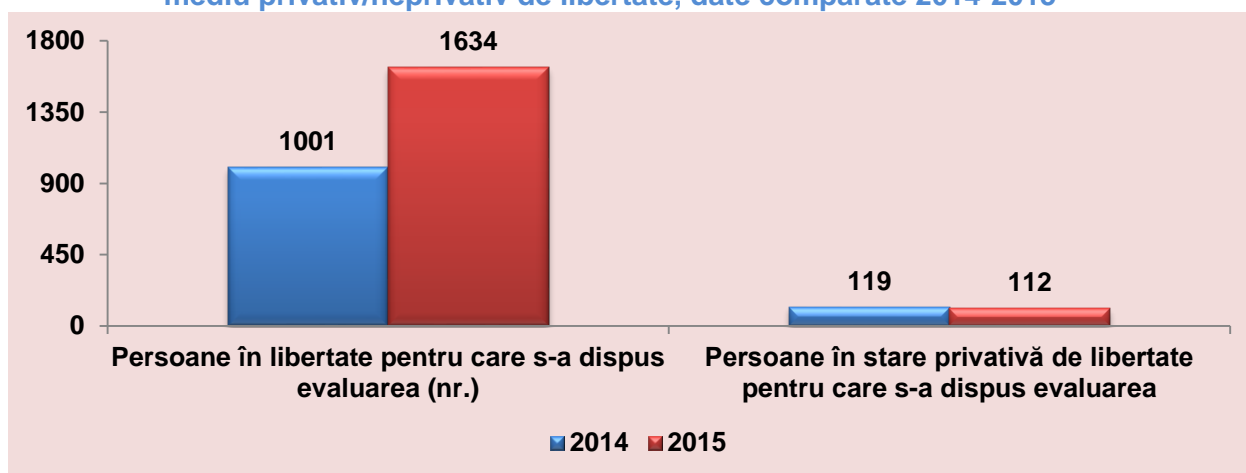
Grafic 5- 2: Distribuția teritorială a persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare



Sursa: ANA

În anul 2015, în funcție de starea privativă sau neprivativă de libertate în care se găsesc persoanele pentru care a fost emisă ordonanța de evaluare, la nivel național, din totalul de 1749 persoane pentru care s-a dispus evaluarea, 1634 persoane – reprezentând aproximativ 94% - se aflau în libertate și 112 persoane – reprezentând aprox. 6% - se aflau în stare privativă de libertate. Comparativ cu anul 2014, se remarcă o ușoară creștere (5%) a numărului de persoane evaluate în stare de libertate.

Grafic 5- 3: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare – mediu privativ/neprivativ de libertate, date comparate 2014-2015



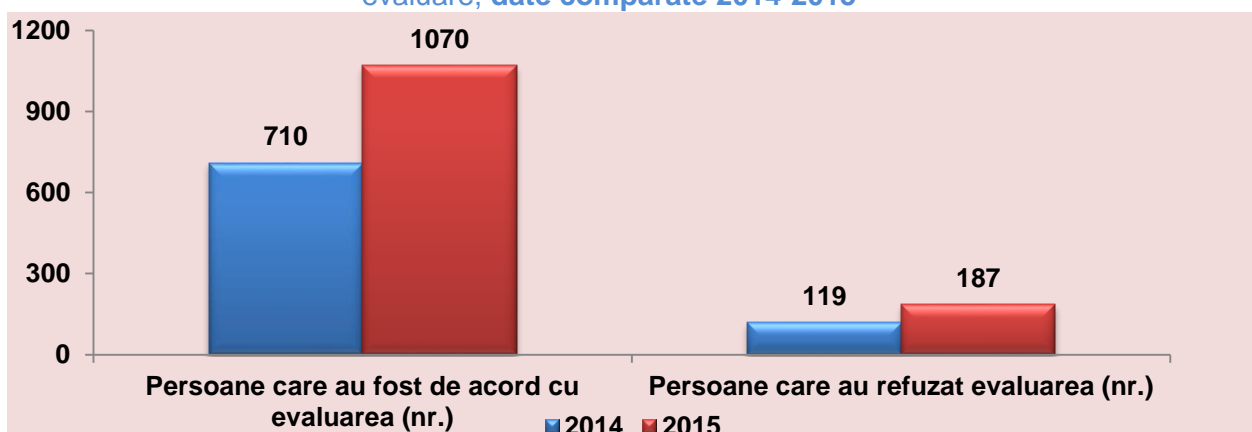
Sursa: ANA

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, un *procent de aproximativ 72%*, reprezentând un număr de *1.257 persoane*, s-a adresat către centre, în perioada de referință. Totodată, dintre persoanele care au răspuns prin prezentare la solicitarea de evaluare, *1.070 persoane* și-au exprimat acordul scris de participare la evaluarea specializată ca urmare a consumului de droguri, reprezentând *85,12%* dintre persoanele consumatoare de droguri care s-au prezentat la CPECA pentru evaluare.

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.*

Comparativ cu anul anterior, se constată creșterea indicatorului cantitativ din perspectiva adresabilității și tendințe constante în raportul dintre adresări și acord de evaluare: în anul 2014 s-au adresat către centre 829 persoane, 710 beneficiind de evaluare ca urmare a consumului de droguri.

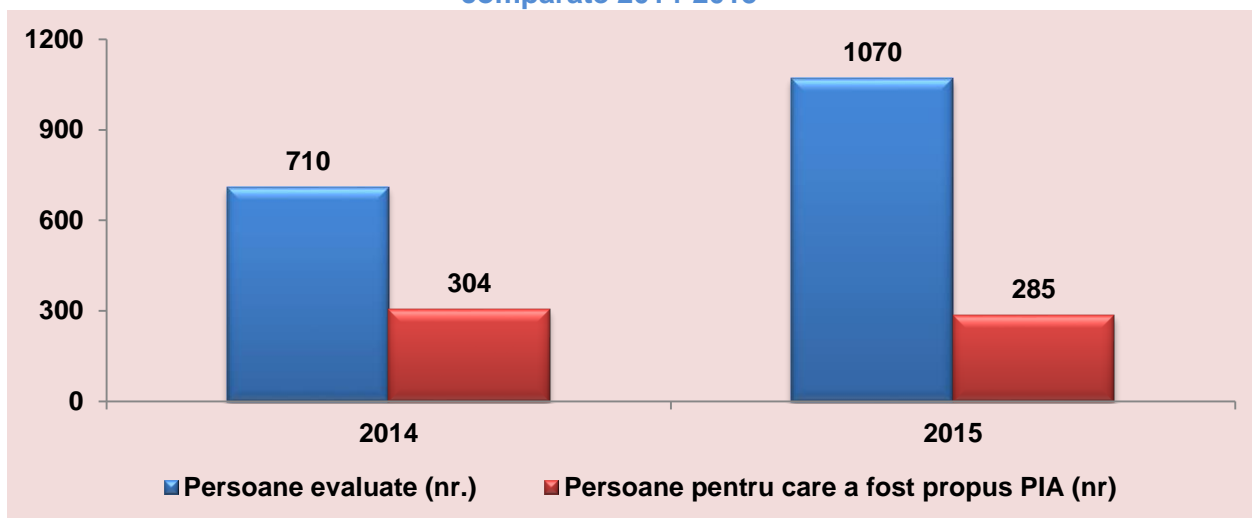
Grafic 5- 4: Adresabilitatea persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, date comparate 2014-2015



Sursa: ANA

În ceea ce privește recomandările de *includere a persoanei evaluate în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri*, pentru 285 de persoane a fost realizată o astfel de propunere, reprezentând aprox.27% din totalul persoanelor evaluate, pentru care gradul de severitate a adicției a impus stabilirea măsurilor specializate de asistență ca urmare a consumului de droguri.

Grafic 5- 5: Includerea persoanelor evaluate în circuitul integrat de asistență, date comparate 2014-2015



Sursa: ANA

5.3.CONCLUZII

1. Indicatorii colectați și analiza comparativă 2014-2015 arată o tendință crescătoare a solicitărilor de evaluare ca urmare a consumului de droguri, aspect ce întărește implementarea principiilor justiției terapeutice pentru persoanele consumatoare de droguri, în scopul includerii acestora în circuitul integrat de asistență, în favoarea aplicării măsurilor privative de libertate;

2. Creșterea înregistrată în rândul persoanelor evaluate în stare de libertate, cu 5 puncte procentuale (de la 89% în anul 2014 la 94% în anul 2015) poate fi corelată cu o tendință de consolidare a abordării comprehensive a persoanelor consumatoare de droguri care au savârșit infracțiuni la regimul drogurilor, care să respecte, deopotrivă, drepturile omului cât și responsabilitățile instituționale conferite de lege. De asemenea, reprezintă un indicator al demersurilor instituționale susținute și corelate, care facilitează adaptarea mecanismelor de lucru între serviciile de asistență a consumatorilor de droguri și sistemul privativ de libertate;
3. Creșterea indicatorului cantitativ, din perspectiva adresabilității persoanelor consumatoare de droguri pentru care a fost dispusă evaluarea specializată, alături de alte măsuri cu caracter reparator din perspectiva prejudiciului social produs prin săvârșirea faptei, indică preocuparea instituțiilor responsabile cu aplicarea legii spre implementarea măsurilor ce au ca obiectiv reintegrarea socială a persoanelor consumatoare de droguri.
4. Proiectele și intervențiile sistemic-integrate de prevenire selectivă a consumului de droguri și asistență specializată destinată consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți reprezintă abordări inovative care, prin rezultatele atinse, își demonstrează eficiența și nevoia asigurării sustenabilității acestora.

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

6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Importanța monitorizării deceselor survenite în populația consumatorilor de droguri este dată de imaginea concretă pe care o oferă asupra impactului consumului de droguri și al consecințelor sale. Măsurarea obiectivă a unor indicatori de evaluare a tendințelor de consum (consecințele asociate consumului anumitor droguri, categorii sociale cu risc), precum și stabilirea tipului de substanțe consumate și a dozelor de consum practicate fac posibile semnalarea, cu celeritate, a elementelor de consum problematic de droguri și obținerea unor răspunsuri prompte 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 au 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-legale²³ pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

În ciuda însușirii prevederilor legislative în domeniu de către personalul medical dar și de către organele de cercetare, în ultimii ani au apărut noi dificultăți în ceea ce privește corelarea cazurilor de deces cu consumul de droguri, determinate de nuanțarea criteriilor de definire a cazului, de rezistența la aplicarea strictă a prevederilor legale, cât și de limitările financiare.

Astfel, cum a fost menționat și în rapoartele anterioare, mortalitatea corelată consumului de droguri include:

- Decesele corelate în mod direct cu acțiunea farmacologică a drogului – „supradozele” din limbajul uzual, sunt cuprinse în sintagma deces asociat consumului de droguri 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

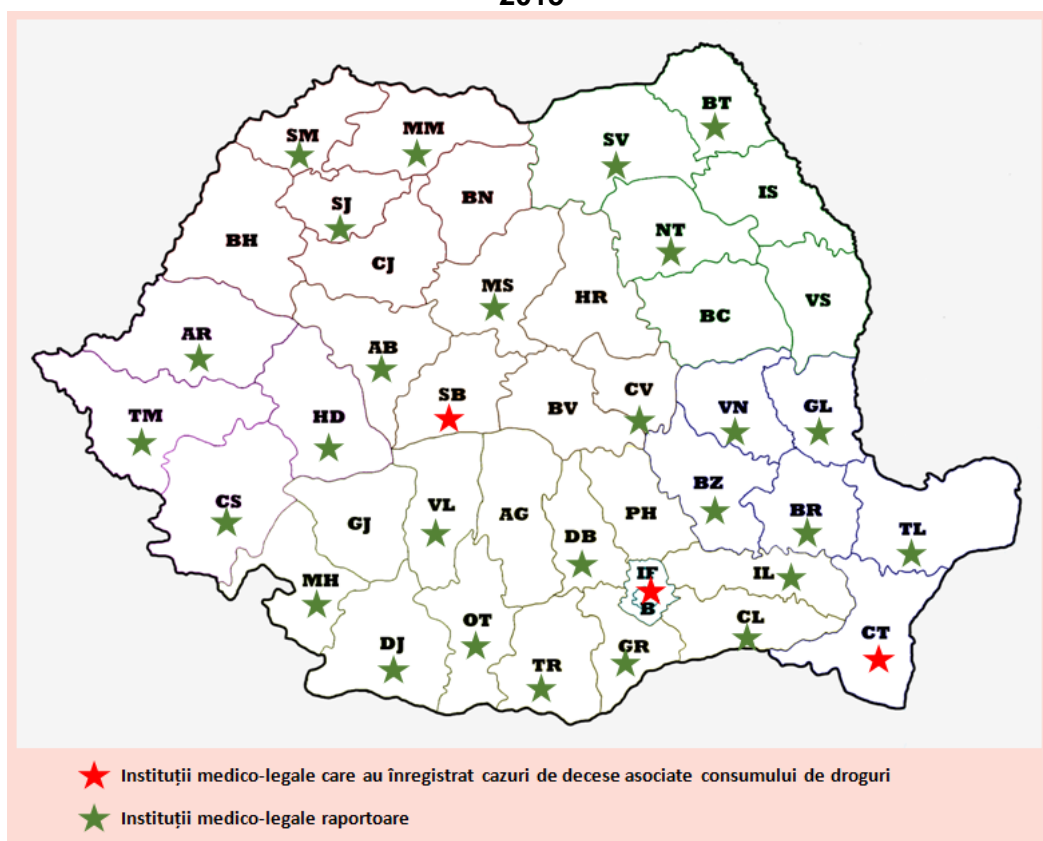
²³ În temeiul prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

survenite sub intoxicație. În absența cunoașterii, atât a criteriilor de clasificare, cât și a legislației, *această categorie ridică dificultăți reale de triere și încadrare a cazurilor.* 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.** **Baza de extracție** a datelor o reprezintă **întreaga cazuistică medico-legală din care sunt selectate dosarele corespunzătoare indicatorului analizat.** **Centralizarea se face pe baza unor protocoale interne** ale rețelei naționale medico-legale, incluzând și **completarea unor fișe standard de raportare, cu prelucrarea datelor la nivelul INML „Mina Minovici”.** Întrucât fiecare caz implică și analiza judiciară și probațiunea aferentă, **procesul de prelucrare a datelor presupune coroborarea rezultatelor toxicologice, cvasi-efectuate în astfel de cazuri, cu cele de anchetă medicală, serologică, tanatochimică și histopatologică (după caz), precum și ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului.**

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 **semne temeinice că, în lanțul causal, statutul de consumator de droguri are o valoare causală**). **Toate cazurile medico-legale, odată constituite ca atare, beneficiază de investigații toxicologice** (exceptând cazurile atent selecționate – de supraviețuire îndelungată post intoxicație, cu reconstituire documentată medical). **Dosarele de autopsie medico-legală – 20471 cazuri, anual, la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate,** existent la nivelul instituției medico-legale, **aferent deceselor asociate consumului de droguri.**

Harta 6-1: Distribuția teritorială a deceselor asociate consumului de droguri, în anul 2015



Sursa: INML București

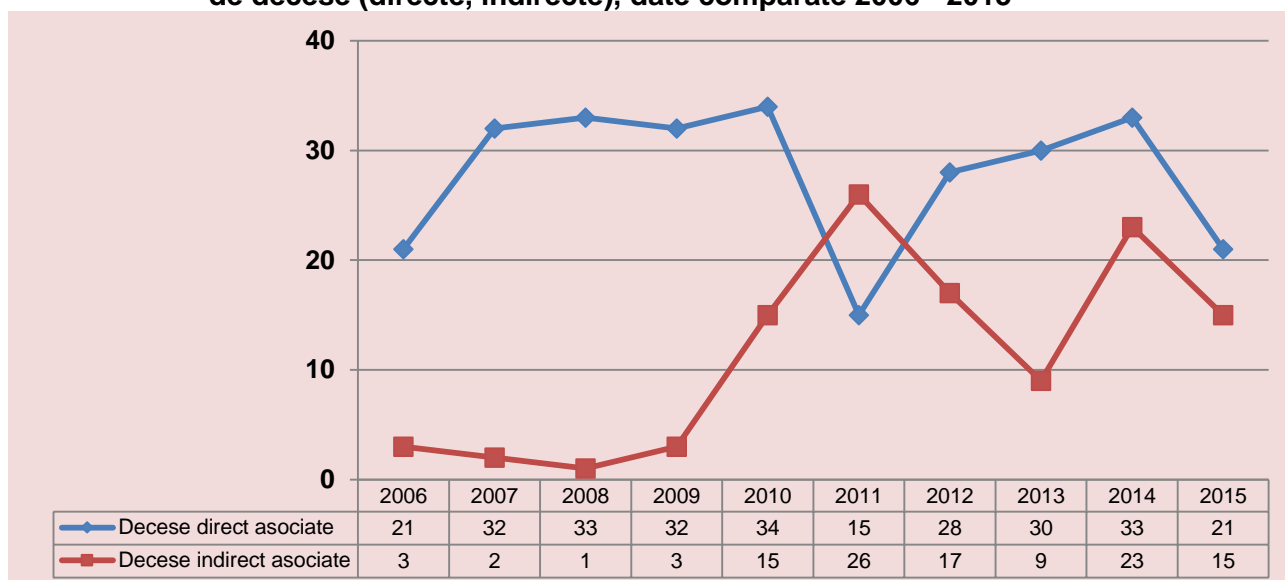
Datele aferente anului 2015 se fundamentează pe **cazuistica INML „Mina Minovici”, București**. La nivel teritorial, **31 instituții medico-legale** au transmis date pentru anul de referință. Deși nu s-a putut asigura acoperirea geografică a întregului teritoriu național, comparativ cu anul 2014, **se constată o creștere a gradului de raportare**. Datele corespunzătoare municipiului București 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 cazuisticii la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) rămâne **nesustenabilă statistic**, mai ales, prin raportare la alte surse de date privind incidența consumului de droguri. Concret, **în populația de 2 milioane de locuitori a Bucureștiului și a împrejurimilor sale, au fost înregistrate 32 decese (directe și indirecte), în timp ce, în restul țării, cu o populație de 18 milioane, doar alte 4 cazuri de deces** (două în județul Ilfov, unul în județul Sibiu și unul în județul Constanța). **Explicația acestei situații continuă să aibă aceleași baze, semnalate constant, încă din anul 2006, dar care în pofida unor eforturi susținute, încă nu se dovedesc corectabile în totalitate, cum ar fi neînțelegerea**

criteriilor de clasificare și definirii decesului asociat consumului de droguri, rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici, lipsa de personal tradusă și prin absența medicului legist din echipa operativă de cercetare la fața locului și nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de deces traumatic.

În concluzie, la nivel național (în lipsa datelor de la 11 instituții medico-legale județene), în anul 2015, au fost declarate 21 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 15 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri. Cazurile din București constituie, în mod constant, marea majoritatea a cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri.

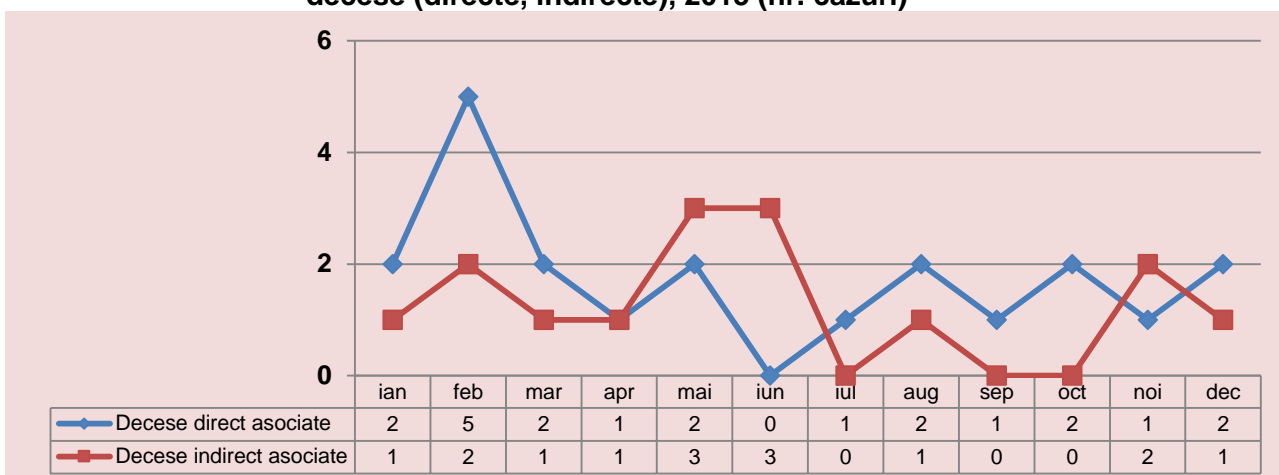
Grafic 6- 1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006 - 2015



Sursa: INML București

Similar anilor anteriori, **în distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, nu sunt evidențiate vârfuri de incidență a căror existență ar putea semnala organelor abilitate, apariția, pe piața ilegală a drogurilor, a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți adulterants, fie prin posibila lor contaminare microbiană** ci, dimpotrivă, o distribuție relativ echilibrată calendaristic.

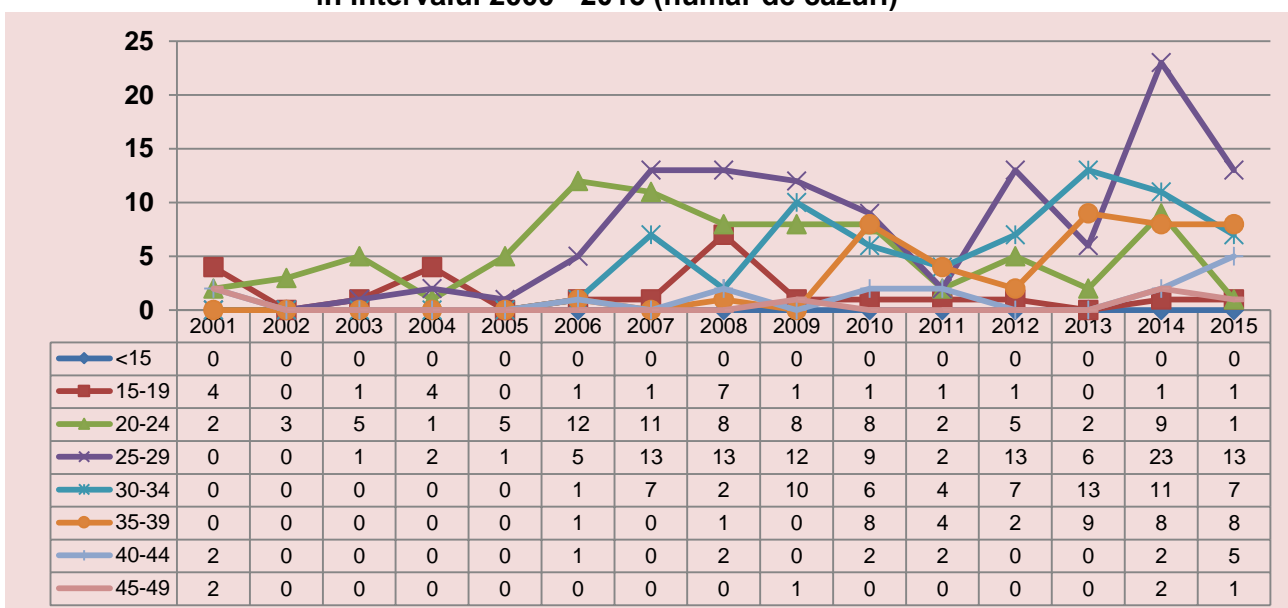
Grafic 6- 2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2015 (nr. cazuri)



Sursa: INML București

În ceea ce privește **vârsta**, **decesul a survenit la persoane din toate categoriile de vârstă. Cele mai multe decese** (20 din cele 35 cazuri) au survenit la o vârstă cuprinsă în intervalul **25 - 34 ani**.

Grafic 6- 3: Evoluția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, în intervalul 2000 - 2015 (număr de cazuri)

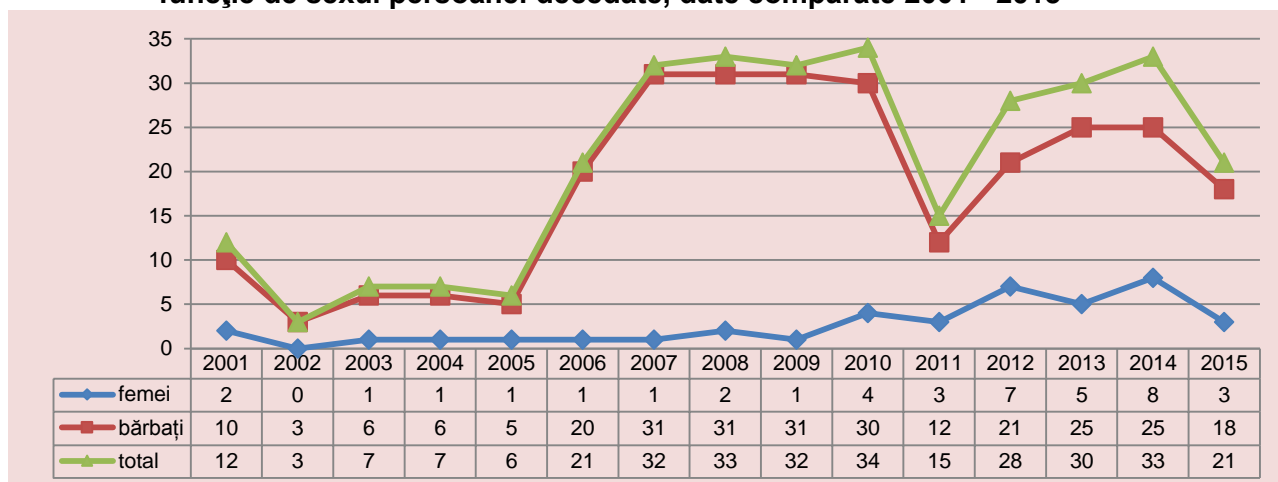


Sursa: INML București

6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri

În anul 2015, au fost declarate, la nivel național, 21 cazuri de deces asociat în mod direct consumului de droguri, dintre care 18 cazuri în rândul bărbaților și 3 cazuri în rândul femeilor.

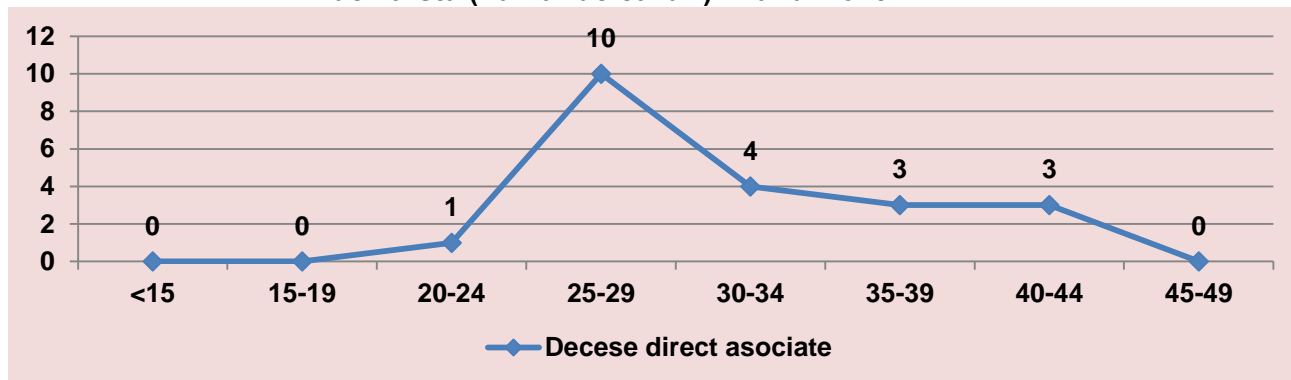
Grafic 6- 4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2015



Sursa: INML București

În ceea ce privește **vârsta** persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că **toate cazurile de deces asociate direct consumului de droguri** înregistrate în 2015, au survenit la persoane în vârstă de până în 44 ani, majoritatea fiind situată în segmentul 25-29 ani (10 din cele 21 cazuri). Vârsta medie de deces, în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri, a fost de 32,1 ani.

Grafic 6- 5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2015



Sursa: INML București

Referitor la **locul de deces**, se constată următoarele aspecte pentru cazurile de mortalitate directă înregistrate în anul 2015:

- 10 consumatori de droguri au decedat la domiciliu,
- 1 consumator de droguri a decedat într-un spațiu public (pe stradă),
- 2 consumatori de droguri au decedat în hotel,
- 2 consumatori de droguri au decedat la spital,
- 1 consumator de droguri a decedat la locul de muncă.

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 acestei tendințe, par să își piardă din impact. **Au apărut decese survenite în hoteluri care, însă, în absența altor date demografice, nu pot fi corelate cu modificări de comportament la injectare** (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 rețeaua medico-legală, în anul 2015 s-au efectuat 574 examene toxicologice vizând identificarea prezenței stupefiantelor din probe biologice provenind de la cadavre, respectiv 889 de la persoane în viață²⁴.

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 20 decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi**, examene efectuate, preponderent, la Laboratorul de Toxicologie al INML București.

În 20 cazuri de decese direct asociate consumului de droguri, **au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri, doar într-un singur caz neexistând antecedente cunoscute/ documentabile sau stigmat de uz cronic**. **Aspectul** (deces survenit doar în cazul consumatorilor cronici) **susține posibilul rol al campaniilor de informare și prevenire prin popularizarea politicilor de harm-reduction și compensarea lipsei de informații în rândul consumatorilor de droguri problematici privind tehnica de consum**, cu scăderea riscului decesului la primele doze. Astfel, **au fost decelate la examenul necropsic elemente susceptibile de a sugera consumul de droguri, precum scleroze vasculare periferice superficiale sau granuloame postinjectare repetitivă, cicatrici cutanate postinfecții la locurile de puncție sau automutilări, tatuaje, cașexie**. Acest lucru confirmă faptul că **decesul survine mai puțin la primele doze** (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă), dar, mai ales, **la consumatorii cu istoric îndelungat de uz**. În majoritatea cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, au fost implicați **consumatori de droguri injectabile – numai pe cale intravenoasă** - existând doar un caz care a implicat

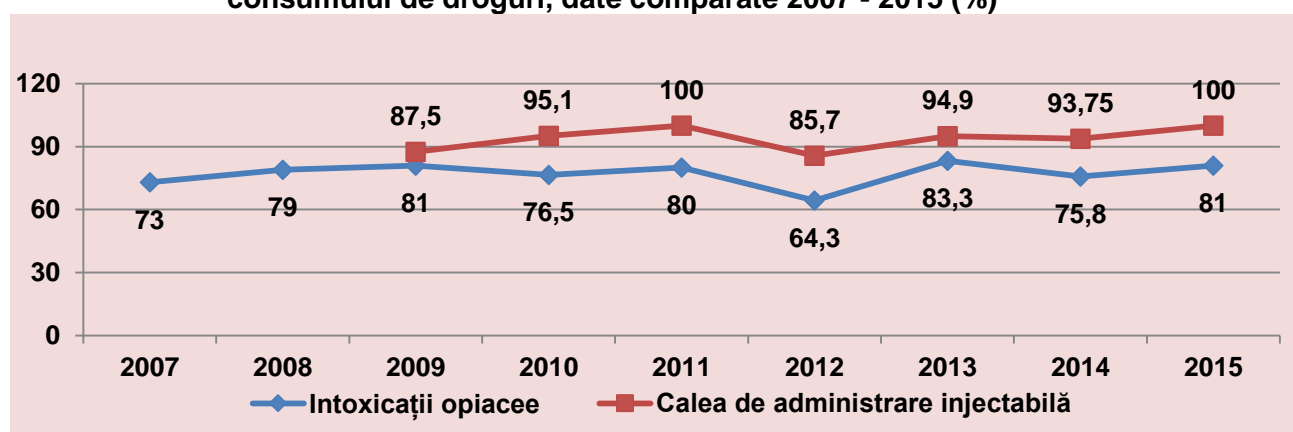
²⁴ <http://www.legmed.ro/?doc=8002>

administrare per os (cocaina și medicamente, asociate, într-un caz, cu fumatul unor derivate de cannabis, combinând administrarea injectabilă cu fumatul și cu inhalatul). În concluzie, **administrarea drogurilor, în cazul deceselor asociate consumului de droguri, este, preponderent, injectabilă** ceea ce se asociază cu tipul drogului administrat, respectiv opiaceele. În acest context, **este de semnalat menținerea cocainei în cazuistică**, după o perioadă, anterioară anului 2013, în care dispăruse.

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 virusul hepatic tip C și HIV) sau **acut-subacut** (endocardite, sepsis). Astfel, **chiar și sub rezerva majoră a testării sporadice a cazuisticii, au fost identificate 15% cazuri HIV+ și 45% cazuri cu VHC.**

Incidența consumului de heroină – identificată în 9 cazuri – confirmă tendința ultimilor ani de reîntoarcere la consumul injectabil de heroină.

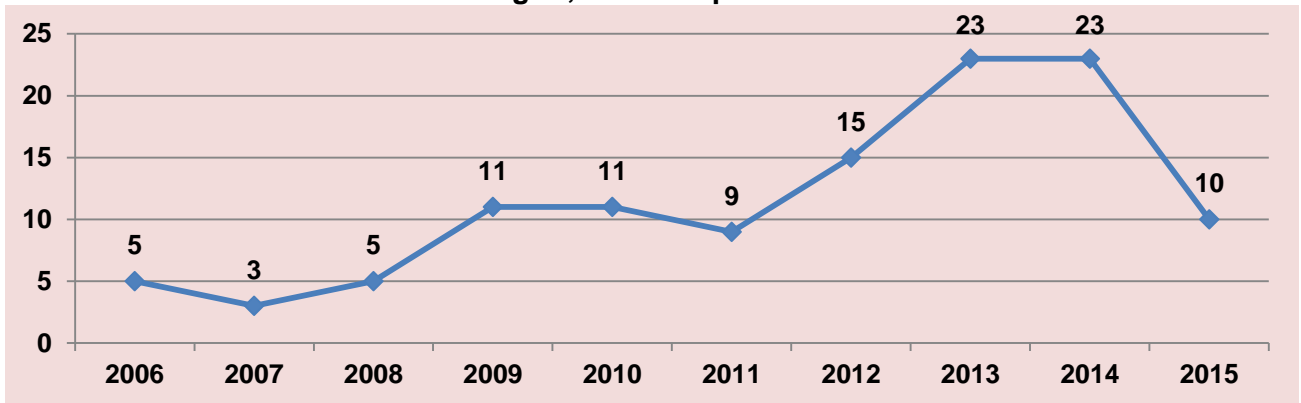
Grafic 6- 6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2015 (%)



Sursa: INML București

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție (metadonă - decelată în jumătate dintre cazurile de deces asociat direct consumului de droguri) **este în scădere** față de anii anteriori, **dar valoarea continuă să fie dublă față de cea observată la începutul perioadei** de monitorizare (2006 - 5 cazuri).

Grafic 6- 7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2015



Sursa: INML București

Deși incidența metadonei (medicament cu regim special de prescriere și eliberare, și chiar de administrare) **în cadrul cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri s-a redus cu peste 50% față de anul anterior**, în anul 2015, **circa jumătate dintre decese se datorează acesteia**.

Spectrul **substanțelor detectate** în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri, continuă să fie dominat de **opiacee** (17 cazuri în total, din 21 de decese directe) – **metadonă în principal (10 cazuri) și heroină (9 cazuri)**. Chiar dacă **incidental a mai fost identificată și o altă substanță din clasa opiaceelor (tramadol**, cu rol de substanță asociată, nu tanatogeneratoare), **se poate susține dispariția, din cazuistică, a medicamentelor aflate pe lista substanțelor farmaceutice cu regim special de eliberare**. De asemenea, **nu a mai fost reîntâlnită ketamina** (cazuistică cu incidență fluctuantă în ultimii ani, posibil rezultat al măsurilor consecutive introducerii ei pe lista substanțelor cu regim special) iar **amfetamina/metamfetamina se menține sporadic (1 caz) în spectrul substanțelor identificate**. 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** (2 cazuri în 2014, un caz în 2015). **În două cazuri, decesul a fost atribuit intoxicației acute cu substanțe de tip NSP²⁵**.

În 10 cazuri de deces (4 metadonă, 4 heroină, 2 NSP), a fost implicată doar o singură substanță, o valoare relativ similară anului anterior, dar crescută comparativ cu 2013 (doar 3 cazuri), tendință care **denotă orientarea consumatorilor spre substanțe unice și renunțarea treptată la combinațiile polidroge; celelalte cazuri au fost reprezentate de**

²⁵ 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.

asocieri, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie de potențator/ nuanțator al efectelor vizate.

Pe lângă substanțele prezentate anterior, **examele toxicologice au relevat prezența de benzodiazepine – 5 detecții, anxiolitice/ sedative - 5 detecții, antidepresive – 1 caz, canabinoizi - 1 caz.** Aceste substanțe au apărut **în combinații variabile.** Într-un singur caz de deces direct asociat consumului de droguri, **au fost identificate mai mult de 3 clase de substanțe stupefiante - în 10 cazuri a fost identificată o singură clasă,** ceea ce confirmă cele mai sus afirmate, respectiv de **scădere a policonsumului, și tranzitarea spre doze unitare.**

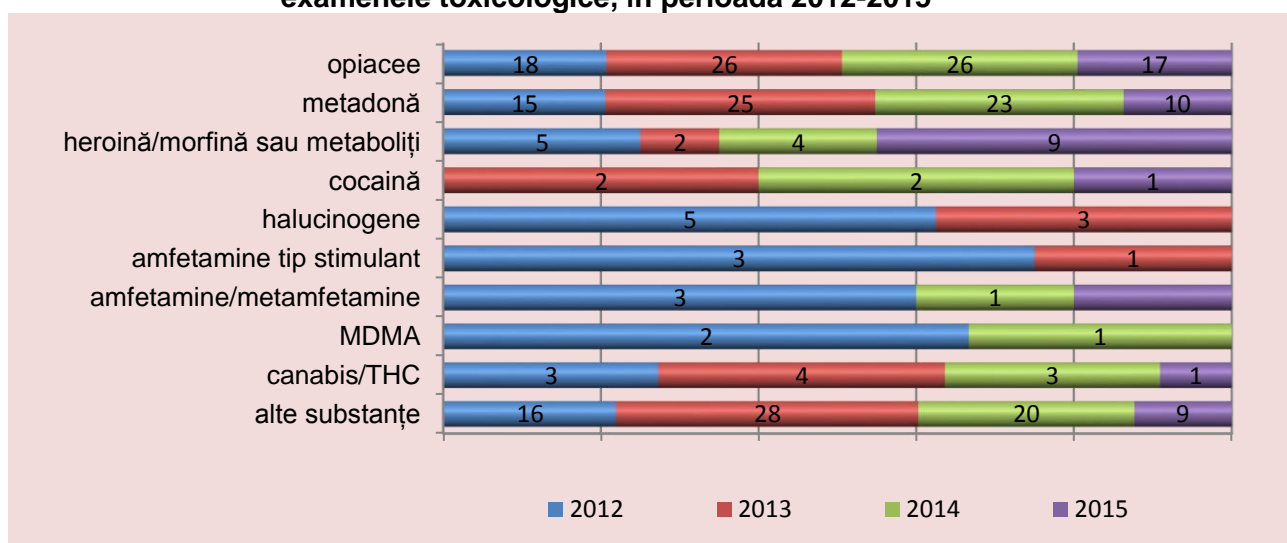
Totodată, se observă că, în anul 2015, **tendința, manifestată în anii anteriori, de asociere a stupefiantelor cu alcoolul a scăzut - doar două cazuri, comparativ cu 8 cazuri în 2014,** dar similar cu anul 2012 (cu valori de până la 1,25 g‰).

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.

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

În concluzie, pentru anul 2015, **tabloul statistic relevă că decesele direct corelate consumului de droguri în România, sunt consecința evidentă a consumului de metadonă (în 10 din cele 21 cazuri), în care aceasta este combinată cu benzodiazepine și alte medicamente sedative – benzodiazepine, zolpidem, amitriptilina (5 cazuri din cele 10 cazuri de decese asociate consumului de droguri în care a fost identificată metadona), dar frecvent fiind identificată singură – 4 cazuri, sau în asociere cu heroina – 1 caz și heroină și alcool – 1 caz.**

Grafic 6- 8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2015



Sursa: INML București

Numărul încă mare de cazuri în care au fost decelate spectre toxicologice complexe întărește potențialul augmentativ non-liniar 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

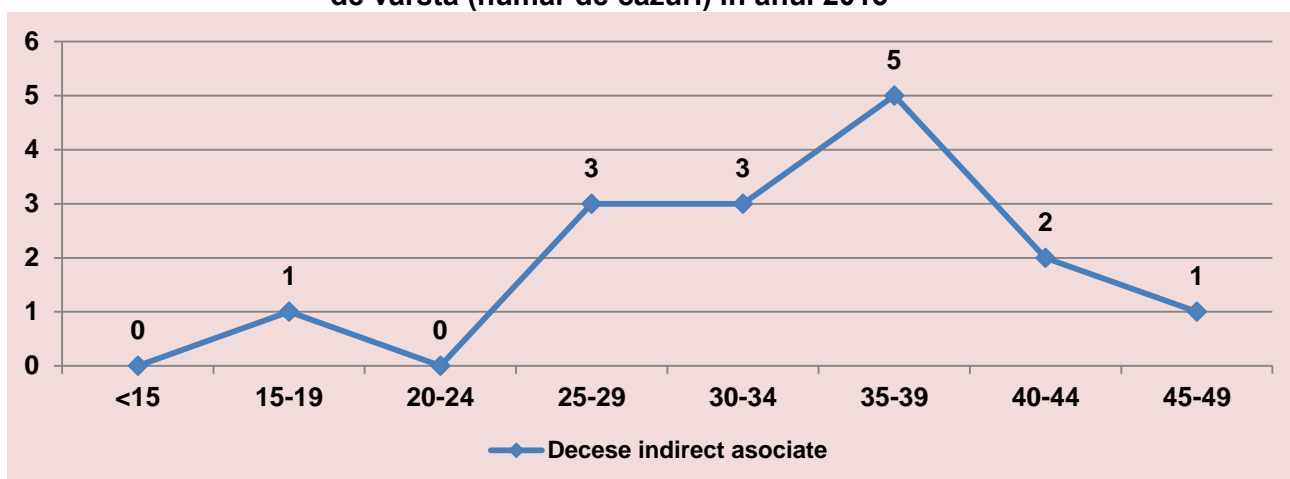
În cursul anului 2015, au mai fost înregistrate 15 decese la consumatorii de droguri **cunoscuți** (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente) – 11 bărbați și 4 femei, dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu **patologiile asociate sau consecutive consumului cronic de droguri (cazuri cu așa numita cauzalitate indirectă²⁶)**. În rândul consumatorilor de droguri, **continuă menținerea incidenței de infecții cronice cum ar fi HIV pozitiv în aproximativ 93,3% din cazurile de mortalitate indirectă sau VHC evidențiat în aproximativ 53,3% din cauzistica deceselor indirect asociate** consumului de droguri.

În ceea ce privește **vârsta de deces**, se constată că, **cele mai multe cazuri** de deces indirect (**5 din 15**) au fost înregistrate în rândul persoanelor cu **vârsta cuprinsă în intervalul 35-39 ani**, **câte 3** dintre persoanele decedate aparțineau segmentului de **vârsta 25 - 29 ani**, respectiv **30 - 34 ani**, **2 - intervalului de vârstă 40 - 44 ani**, și **câte 1** - grupei de **vârsta 15 -**

²⁶ 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.

19 ani, respectiv 45 - 50 ani. **Vârsta medie de deces** pentru cazurile de deces indirect a fost de 33,6 ani. **Decesele de cauzalitate indirectă reflectă, în general, 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**.

Grafic 6- 9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2015



Sursa: INML București

În continuare, **numărul acestor cazuri de decese indirecte reprezintă, cel mai probabil, și expresia înțelegerii, de către personalul medical și de anchetă, a necesității încadrării lor drept cazuri medico-legale** (având în vedere rolul jucat de consumul de droguri în raportul de cauzalitate al determinismului decesului). Aceste cazuri au fost declarate cazuri medico-legale, **nemaifiind eludată obligativitatea legală pre-existentă, ceea ce conducea, la cel mult, autopsierea prosecturală – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare** – o parte din această creștere datorându-se măririi **-vizibilității** acestor cazuri pentru statistică, fără a exista însă unitate și constanță în aplicare. Cu toate acestea, în **absența accesării datelor potențiale oferite de Registrul general de mortalitate, este extrem de posibil ca mortalitatea indirectă să se situeze la valori mult mai mari.**

6.1.4. Tendințe

Comparativ cu anii anteriori, sinusoida numărului cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, pare a scădea din nou, la niveluri comparative cu anul 2011. În anul 2015, **valorile cazurilor de intoxicație letală tind să revină la media anterioară, prin scăderea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, deși se presupune că este, mai degrabă, o expresie a subraportării/ neidentificării adecvate a cazuisticii.**

În anul 2010, în circa o treime din cazurile de decese direct asociate consumului de droguri (deces consecință directă a acțiunii substanțelor psihoactive) au fost identificate elemente de patologie severă, similară cu cea din cazurile indirecte²⁷, 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 decese direct asociate consumului de droguri, expresie și a potenței limitate a noilor droguri de uz, care nu au capacitate tanatogeneratoare intrinsecă semnificativă, dar cu inducția unei patologii accelerate și semnificative ce determină deces prin complicații, nu prin *supradoze*. Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă aseptie/ antisepsie sau a unor doze înalt contaminate. Un exemplu comparativ îl are practica solubilizării la cald a heroinei în vederea administrării parenterale, 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.

Au fost reiterate cifrele citate din rapoartele anterioare, pentru a întări constatările valabile pentru anii 2012, 2013 în care într-un singur caz, respectiv trei în 2013, 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, pentru ca în 2014 și în 2015 aceste complicații să nu mai fie întâlnite în cazul deceselor directe, ce au prezentat doar stigmate cronice ale injectării. Acest lucru este superpozabil perioadei 2005 - 2009 în care aceste decese directe nu asociau o patologie acută supraadăugată (spre deosebire de anii 2010 - 2011), ca expresie a reînțoarcerii la substanțele de consum consacrate – opiacee (dar cu oscilații între uzul de metadonă vs. heroină).

Aspectele acute ale unora dintre patologii mai sus menționate (altele decât intoxicația letală) *susțin calitatea slabă a dozelor de stradă, injectarea în condiții nesigure, insalubre, nerespectarea sau necunoașterea unor minime măsuri de harm-reduction.*

Așa cum a fost sesizat și în anii anteriori, *practica injectării metadonei, cu origine în dizolvarea pastilelor – precum și a injectării unui spectru larg de medicamente condiționate farmaceutic ca tablete/ comprimate – constituie o sursă importantă de*

²⁷ Majoritatea afecțiunilor fiind reprezentată de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, tuberculoză pulmonară) 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 cazuistica 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 NSP care implică o administrare zilnică injectabilă de droguri).

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 astfel la tendința crescătoare, semnalată începând cu anul 2007, fiind depășită valoarea din anul 2013, reprezentând cea mai mare vârstă medie de deces, înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare. Jumătate din cazuri au 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 2015, **domină categoric intoxicațiile cu opiacee – 81%, în creștere față de anul 2014 cu 75%, și 83,3% din anul 2013**, (care fusese cel mai înalt procent al incidenței acestor substanțe în rândul deceselor asociate consumului de droguri în ultimii 9 ani), **pe fondul restrângerii diversității spectrului de substanțe identificate în cazuistică**: heroina (9 cazuri), cocaina (1 caz), canabinoizii (prezenți în 1 caz), metamfetamină (1 caz) – din categoria substanțelor non-medicamentoase, respectiv alte doar 5 substanțe din categoria medicamentelor (benzodiazepine, amitriptilina, zolpidem, tramadol, venfalaxină), incluzând metadona (considerând metadona ca substanță deturnată din circuitul farmaceutic - 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).

Nu au mai fost înregistrate decese consecutive doar intoxicației cu psiholeptice, dar prezența acestor substanțe a fost relevată într-un total de 11 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

- **Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri este relativ stabilizat, cu tendința de revenire la valorile anilor 2007 - 2010** (ani de stabilizare a tendinței de consum, a modelelor de consum), **expresie elocventă a schimbării tiparelor de consum din anii 2010-2011** (când a avut loc “substituirea” drogurilor consacrate – heroină în special – cu SNPP, care au un potențial tanatogenerator direct mai scăzut).
- **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 ce 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 de administrare, care continuă să fie predominant injectabilă, cu riscurile aferente (implicit ale patologiei „de seringă”) rămâne regulă pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidența semnificativă a metadonei (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 important reprezentat de către metadonă în determinismul decesului).**
- **Nu se mai constată incidențe deosebite grupate calendaristic, existând o distribuție lunară relativ egală, fără vârfuri.**

6.1.6. Recomandări

1. **Sprijinirea rețelei medico-legale** pentru accesarea de fonduri de la bugetul de stat și/ sau 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 NSP în probele biologice.**
3. **Adoptarea unor măsuri legislative, în vederea unificării metodologiei de raportare a deceselor direct asociate consumului de droguri.**
4. **Definirea criteriologiei medico-legale de stabilire 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. 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.**
7. **Introducerea unor modificări procedurale pentru implementarea măsurilor care și-au dovedit eficiența – circuit de colectare – raportare date.**

8. **Stabilirea custodiei corpurilor delictive și/ sau a circuitului informațional privind rezultatele examenelor criminalistice, toxicologice etc.**
9. **Actualizarea listei cu substanțe psihoactive cu regim special de eliberare farmaceutică sau al căror regim este incompatibil cu anumite activități.**
10. **Testarea toxicologică pe scară largă a deceselor de cauză traumatică.**
11. **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.**
12. **Implementarea unor măsuri mai eficiente de *harm-reduction* și educație medicală.**
13. **Menținerea și întărirea măsurilor legislative privind comercializarea/ consumul NSP. Introducerea intervențiilor terapeutice precoce în rândul consumatorilor problematici de droguri depistați cu infecția HIV,**
14. **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

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

Monitorizarea **urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive** reprezintă un **indicator important** în stabilirea unei imagini privind consumul de droguri în populația generală.

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 **5349 urgențe medicale** cauzate de consumul de substanțe psihoactive, ceea ce înseamnă **cu 8,50% mai puțin** decât în perioada anterioară.

În funcție de **tipul consumului** care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: **43,4% (față de 21,5% în 2014)** au fost înregistrate pe **fondul consumului exclusiv de droguri ilicite**, **24,1% (față de 50,5% în 2014)** au fost generate de **consumul exclusiv de alcool**, **14,8% (față de 10,3% în 2014)** au fost raportate ca urmare a **consumul de droguri multiple**, **11,2% (față de 13,8% în 2014)** s-a datorat **consumului exclusiv și abuziv de medicamente**, **6,5% (față de 3,7% în 2014)** a fost atribuit consumului unor **substanțe necunoscute**.

Tabel 6- 1: Distribuția urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011 – 2015

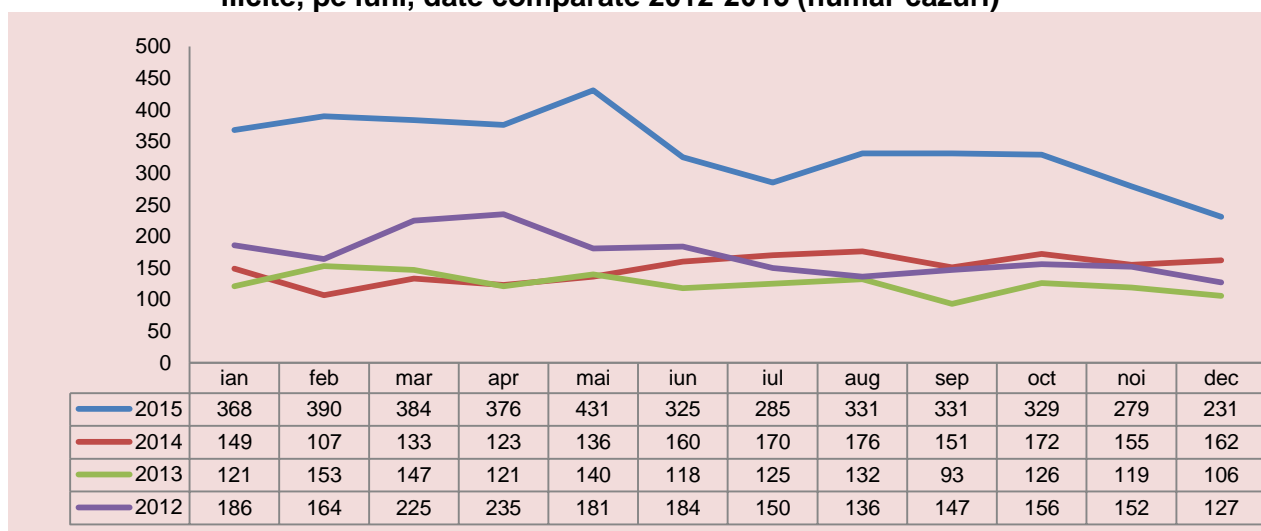
Tipul consumului care a generat urgența medicală	2011	2012	2013	2014	2015
Consum de droguri multiple	476	709	755	604	791
Consum exclusiv de alcool	123	2316	2681	2952	1289
Consum exclusiv de droguri ilicite	1455	1461	864	1256	2323
Consum exclusiv de medicamente	365	715	808	805	600
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	148	119	123	215	346
Total	2578	5373	5254	5846	5349

Sursa: ANA

B. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite

La nivel național, în 2015, au fost înregistrate **4.060 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 mai, când numărul cazurilor este **cu peste 217% mai mare** decât în aceeași lună a anului anterior.

Grafic 6- 10: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2012-2015 (număr cazuri)

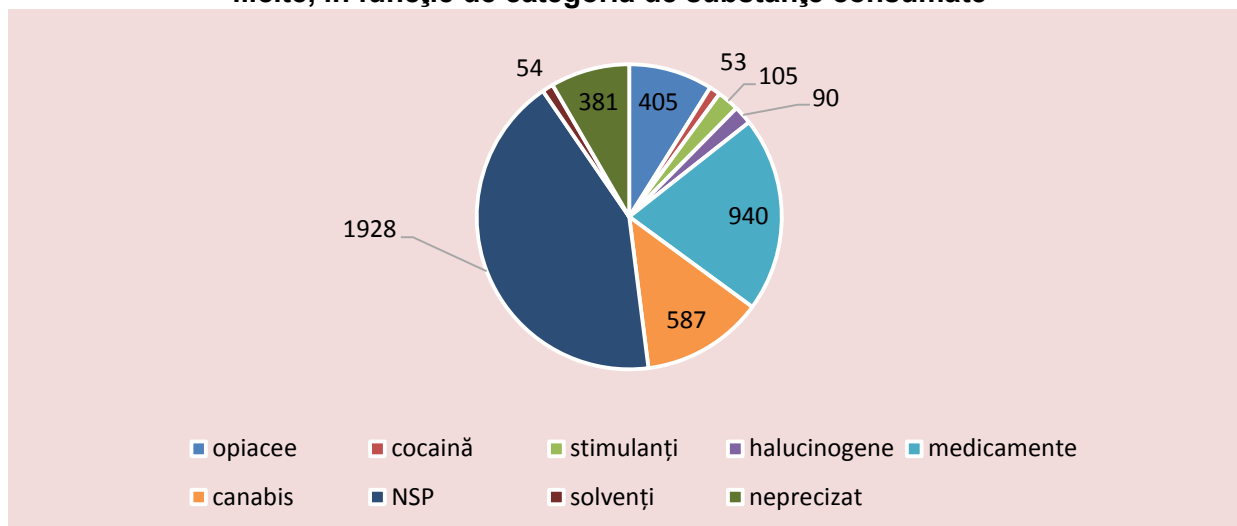


Sursa: ANA

Din totalul cazurilor în care s-a raportat **consum exclusiv de droguri ilicite, 42,4%** au fost datorate **consumului de NSP**, în **12,9%** dintre cazuri a fost consemnat **consumul de**

canabis, iar în 8,9% s-a declarat **consum de opiacee (heroină, metadonă sau opiacee generic)**. Totodată, în 2,3% dintre cazurile înregistrate s-a raportat **consum de stimulanti**, 2% **consum de halucinogene**, și într-o proporție similară, 1,2% **consum de solvenți volatili și consum de cocaină**. De asemenea, în 8,4% dintre cazuri a fost **consemnat generic consumul de droguri**, fără a se menționa tipul substanței consumate. **Consumul de medicamente** a fost raportat în **20,7%** din cazurile de urgență înregistrate.

Grafic 6- 11: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate



Sursa: ANA

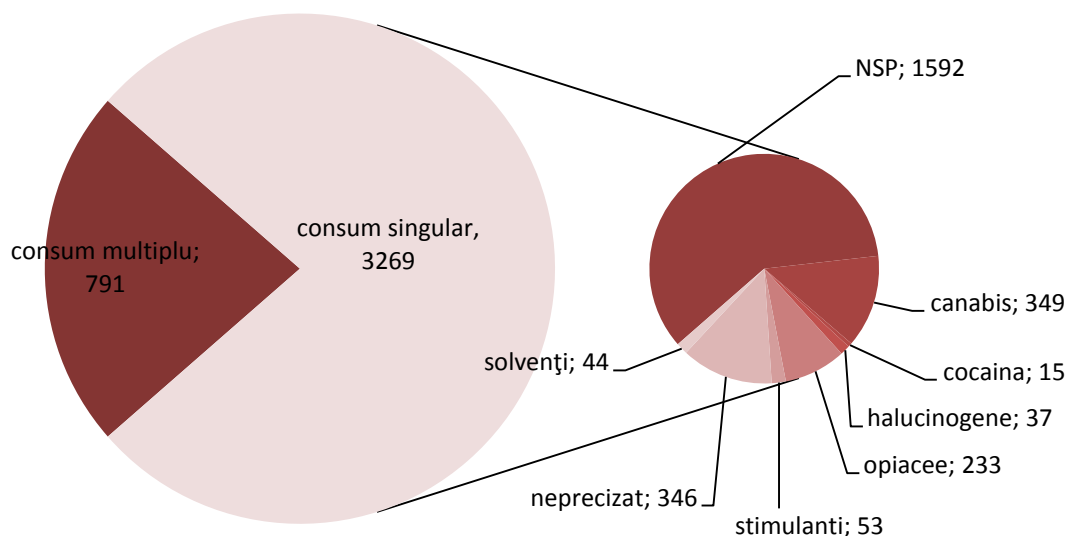
În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor consumate au fost realizate **determinări toxicologice pentru 2707 pacienți (66,7%)**, în cazul cărora **s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri**. În cea mai mare parte, **determinările toxicologice efectuate au fost calitative (80,7%)**.

Distribuția pe sexe a cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, care au fost raportate în anul 2015, prezintă în continuare o **repartiție inegală între bărbați și femei**, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – **79,8% (față de 78,5% în 2014)**, comparativ cu **20,2% femei (față de 21,5% în 2014)**.

În ceea ce privește **vârsta** persoanelor care au accesat serviciile de urgență se observă că **82,6% (87,2% în 2014)** sunt persoane cu vârsta **sub 34 ani**, **13,9% (față de 11,5%)** sunt persoane cu vârsta între **35 și 54 ani**, iar restul (**3,5% față de 1,3%**) sunt persoane de **peste 54 ani**.

În ceea ce privește **modelul de consum**, în **80,5%** din cazurile de urgență s-a înregistrat **consumul unei singure substanțe psihoactive**, în timp ce, în **19,5%** din cazuri s-a observat **consum de droguri multiple**.

Grafic 6- 12: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2015



Sursa: ANA

În ceea ce privește **modalitatea de administrare** a drogurilor ilicite se observă că în **37,4% (față de 48,2% în 2014)** din cazurile raportate aceasta a fost prin **fumat/ inhalare**, în timp ce, administrarea **pe cale orală** a fost precizată în **22,8%** din cazuri. De asemenea, **8,7% (față de 22,9%)** dintre pacienți și-au administrat drogul **pe cale injectabilă**.

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

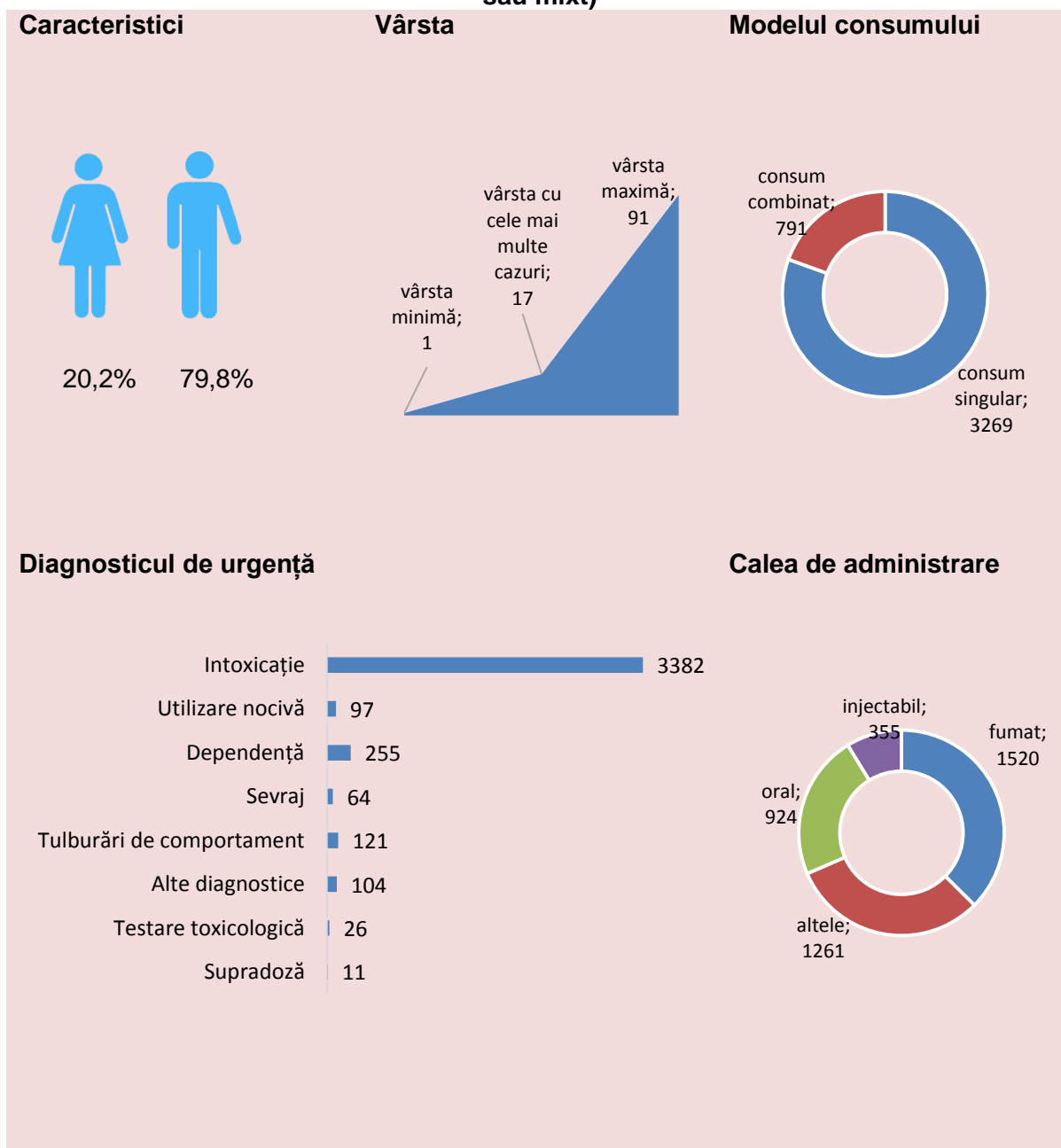
- **intoxicație acută:** poate include trauma, inhalarea vomei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- **utilizarea nocivă:** cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care 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 perceptivă, 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.

În ceea ce privește **simptomatologia** cazurilor de urgență raportate, se constată că, din cele **4060 de cazuri**, **83,3% (față de 58,4% în anul anterior)** s-au datorat unor **intoxicații acute cu droguri ilicite**, în **6,3% (față de 7,6%)** s-a consemnat diagnosticul de **dependență**, în **3% (față de 9,3%)** s-au înregistrat **tulburări psihotice și de comportament**, **2,4% (față de 14,0%)** au fost ca urmare a **utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite**, **1,5% (față de 8,7%)** au prezentat sindrom de întrerupere a consumului la diferite substanțe (**sevraj**), iar **2,9% (față de 1,6%)** au prezentat **alte diagnostice induse sau determinate** însă de consumul de substanțe psihoactive. În **0,6% (față de 0,4%)** dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite, **s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării 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)



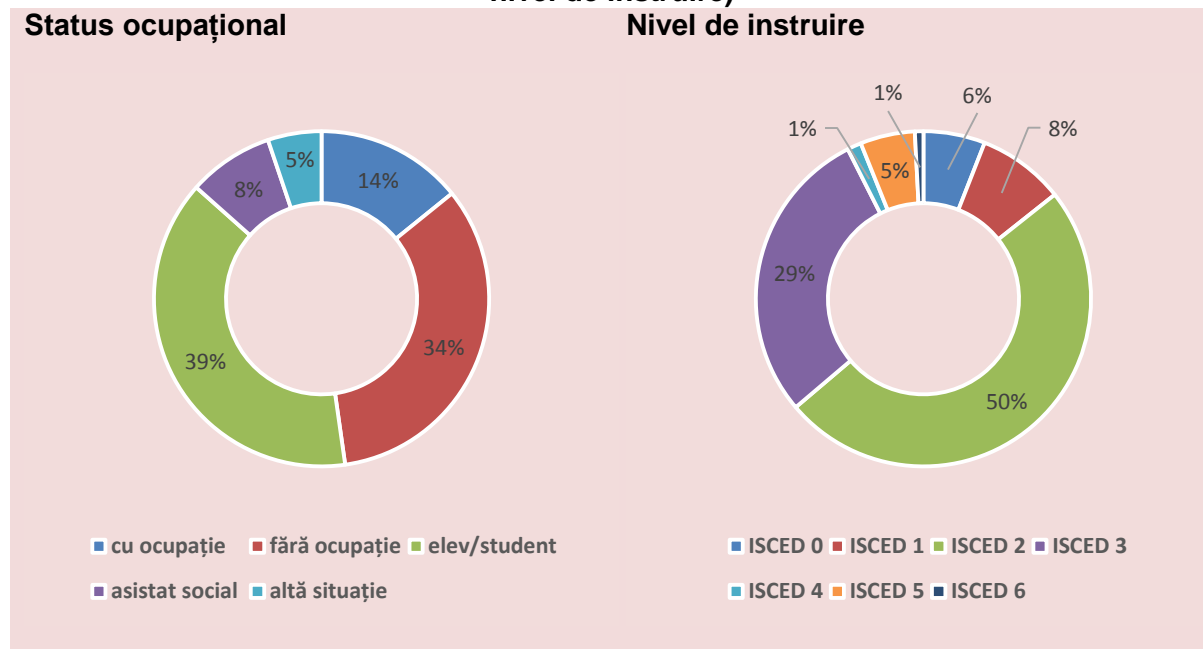
Sursa: ANA

În privința **nivelului de instruire** pe care îl au persoanele consumatoare de droguri ilicite care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, **78,3%** dintre acestea au menționat un **nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3)**, în timp ce, **7,5%** 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 droguri ilicite**, se observă că **39%**

dintre aceștia sunt **elevi sau studenți**, în timp ce, **14% lucrează**. În schimb, **34%** dintre aceștia sunt **fără ocupație**.

Tabel 6- 3: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (status ocupațional, nivel de instruire)



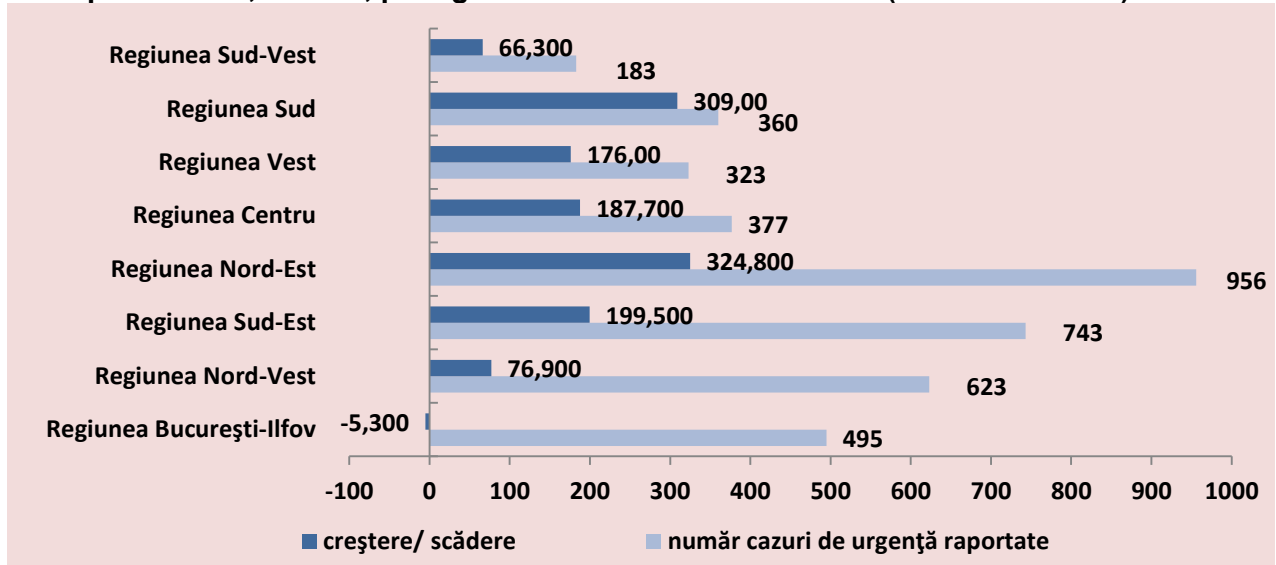
Sursa: ANA

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 2015, situația se prezintă astfel:

- **Nord-Vest** (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) – **623 cazuri (față de 352 cazuri);**
- **Vest** (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – **323 cazuri (față de 117 cazuri);**
- **Nord-Est** (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – **956 cazuri (față de 225 cazuri);**
- **Sud-Est** (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – **743 cazuri (față de 248 cazuri);**
- **Centru** (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) – **377 cazuri (față de 131 cazuri);**
- **Sud-Vest** (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – **183 cazuri (față de 110 cazuri);**
- **Sud** (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – **360 cazuri (față de 88 cazuri);**

- **București-Ilfov** (Municipiul București și județul Ilfov) – **495 cazuri (față de 523 cazuri).**

Grafic 6- 13: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2015, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)



Sursa: ANA

Deși numărul **unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2015**, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea **evoluție a cazuisticii** de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

- **regiunea București-Ilfov: scăderea cu 5,3%** a numărului de cazuri (**menținerea tendinței descendente** a cazuisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, semnalată prima dată în 2011)
- **regiunea Centru: creșterea cu 187,7%** a numărului de cazuri (**menținerea tendinței ascendente** semnalate anul anterior)
- **regiunea Nord-Est: creșterea cu 324,8%** a numărului de cazuri (**menținerea tendinței ascendente** semnalate anul anterior)
- **regiunea Nord-Vest: creșterea cu 76,9%** a numărului de cazuri (**confirmarea tendinței crescătoare** înregistrate în anul 2012)
- **regiunea Sud: creșterea cu 309%** a numărului de cazuri (**menținerea tendinței ascendente** semnalate anul anterior)
- **regiunea Sud-Est: creșterea cu 199,5%** a numărului de cazuri (**schimbarea tendinței descendente** semnalate anul anterior)
- **regiunea Sud-Vest: creșterea cu 66,3%** a numărului de cazuri (**schimbarea tendinței descendente** semnalate în 2012)

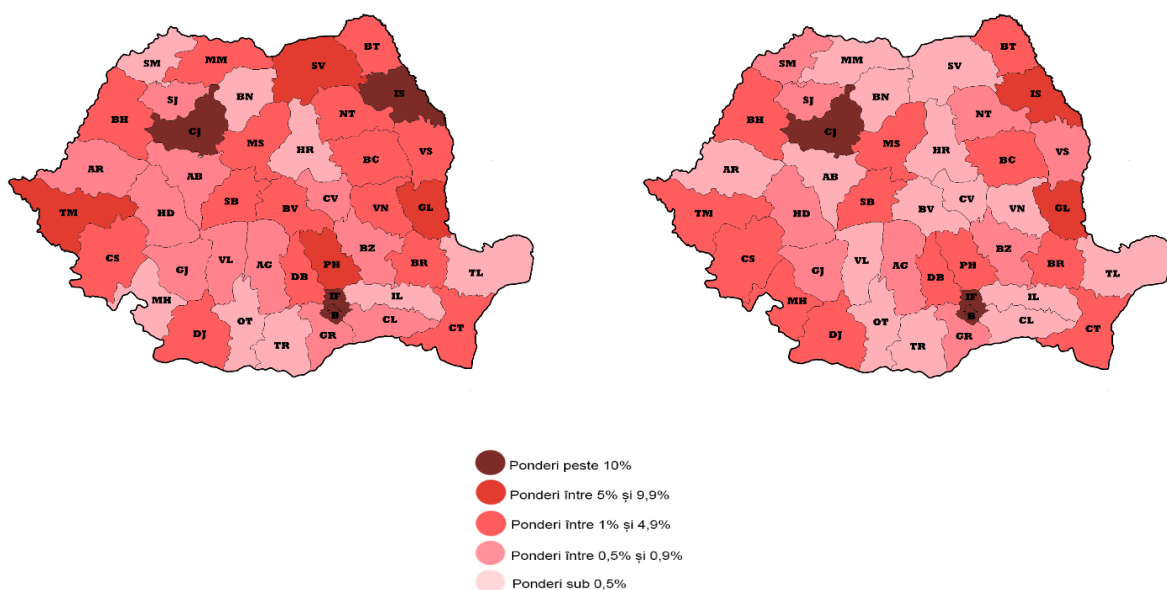
- **regiunea Vest: creșterea cu 176%** a numărului de cazuri (*schimbarea tendinței descendente* semnalate în 2011)

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 problemă.

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, Iași, Cluj
- **Zonă de risc mare (ponderi între 5% și 9,9%):** Galați, Timiș, Prahova, Suceava
- **Zonă de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%):** Mureș, Brăila, Botoșani, Constanța, Dolj, Sibiu, Maramureș, Bihor, Neamț, Vaslui, Dâmbovița, Caraș-Severin, Vrancea, Bacău, Brașov
- **Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%):** Buzău, Hunedoara, Covasna, Giurgiu, Sălaj, Vâlcea, Argeș, Alba, Gorj, Arad, Călărași
- **Zonă de risc foarte mic (ponderi sub 0,5%):** Mehedinți, Tulcea, Ialomița, Harghita, Olt, Satu-Mare, Bistrița-Năsăud, Teleorman

Harta 0-1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2014-2015



Sursa: ANA

6.3.BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

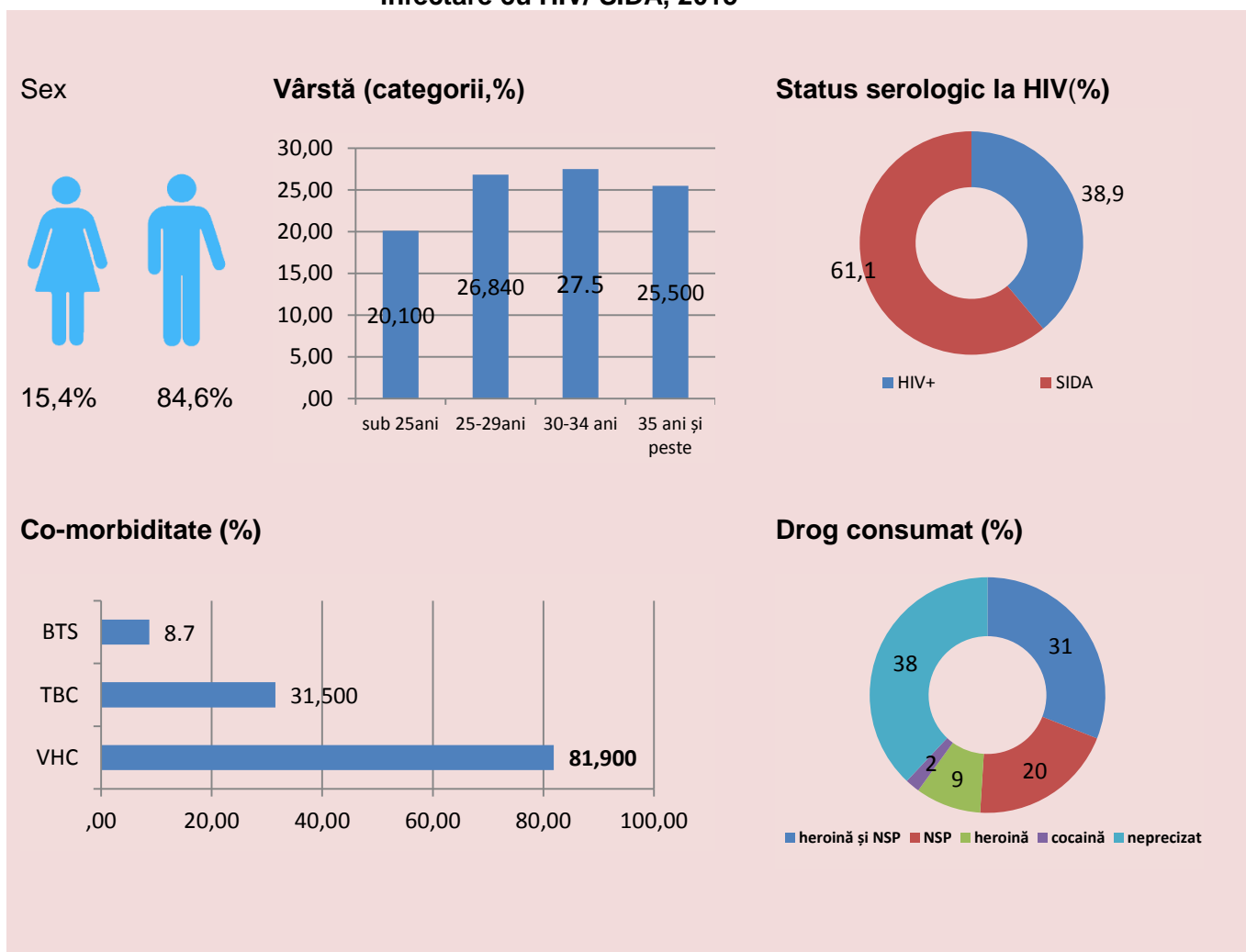
Considerând notificările din sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor infecțioase, **prevalențele identificate în rândul sub-populațiilor de consumatori de droguri injectabile admiși la tratament** ca urmare a consumului de droguri **ori înregistrați în programe de schimb de seringi**, precum și **prevalențele și datele comportamentale rezultate în urma implementării studiului „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”**, se poate concluziona că **anul 2015 a fost, în România, o perioadă în care au continuat tendințele de stabilizare în ceea ce privește dinamica infectărilor cu HIV și hepatite virale B și C a consumatorilor de droguri injectabile.**

6.3.1.Notificări

Având în vedere calea de transmitere probabilă, în anul 2015, au fost detectate **149 noi cazuri de infectare cu HIV/ SIDA la consumatorii de droguri injectabile**, notificate de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”, **cu următoarele caracteristici:**

- **peste 90% prezintă subtipul genotipic F1, unic în Europa;**
- sunt **predominant bărbați (84,6%);**
- se distribuie în **procente mai ridicate** în intervalele de vârstă de **25 - 29 ani (26,8%) și 30 - 34 ani (27,5%);**
- **31% declară că au consumat preponderent amestecuri de heroină cu noi substanțe psihoactive, 20% noi substanțe psihoactive, 9% heroină, 2% cocaină, în timp ce, 38% nu precizează drogul utilizat;**
- **¼ dintre aceștia (77,8%) sunt rezidenți în zona metropolitană a municipiului București;**
- prezintă **co-morbiditate ridicată la VHC (81,87%), TBC (31,54%) și BTS (8,72%);**
- **38,9% (58 cazuri) sunt infectați cu HIV, iar 61,1% (91 cazuri) au dezvoltat SIDA.**

Tabel 6- 4: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2015



Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”.

Un aspect semnificativ de menționat este faptul că **toți CDI confirmați cu HIV sunt înregistrați și integrați în scheme specifice de tratament cu anti - retrovirale (TARV)**, dar se constată **rate reduse de aderență la tratamentul specific**.

Tendința pusă în evidență de notificările privind infectarea cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în 2015, **este aceea de stabilizare**. Experții naționali în domeniu afirmă însă că **și în acest an a rămas în analiză ipoteza îngrijorătoare a iminenței unui nou val epidemiologic generat prin transmitere transversală, la nou născuți, de la mamele consumatoare de droguri din așa numita „cohortă românească” (infectate la începutul anilor '90)**.

6.3.2. Prevalență

Datele colectate pentru stabilirea prevalenței bolilor infecțioase supravegheate provin din:

- a) baza de date privind indicatorul “*Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*” -*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)
- b) **monitorizarea programelor de schimb de seringi** (baza de date creată de Agenția Națională Antidrog începând cu anul 2012).
- c) **analiza datelor înregistrate în studiul „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”**, realizat de Agenția Națională Antidrog în anul de referință.

6.3.2.1. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri admiși la tratament (date auto-raportate)

În anul 2015, în baza de date privind indicatorul “*Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*” –*TDI*, au fost înregistrate **584 cazuri de consumatori de droguri injectabile**, un număr redus, comparativ cu cele înregistrate în anii anteriori²⁸.

Definiția cazului pentru datele luate în analiză include **consumatorii de droguri admiși la tratament în anul 2015, care au declarat că au consumat droguri pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile anterioare aditerii la tratament (consumatori actuali de droguri injectabile)**²⁹. Pentru stabilirea prevalențelor HIV, VHB și VHC au fost utilizate **cazurile care au raportat efectuarea unei testări voluntare privind infectarea cu bolile supravegheate menționate, în anul de referință**.

Populația analizată de consumatori actuali de droguri injectabile din sistemul de tratament are următoarele caracteristici:

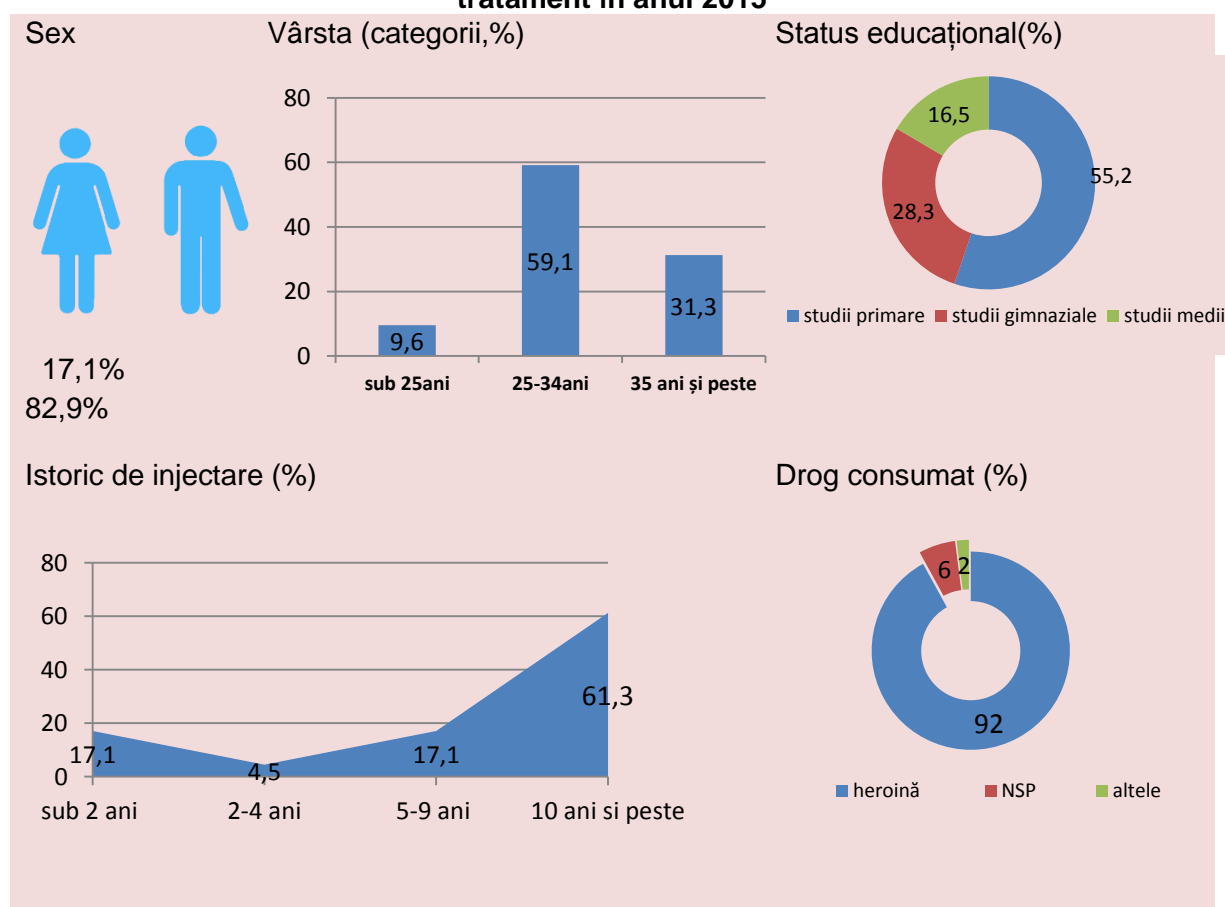
- se remarcă o **preponderență clară a bărbaților (82,9%)**;
- **populația se concentrează majoritar** în grupa de **vârstă 25-34 ani (59,1%)**;
- se constată o **semnificativă concentrare a cazurilor în zona București-Ilfov**, urmată de județele **Călărași și Ialomița**;

²⁸ Aspect datorat, în mare măsură, modificării procedurii de selecție a cazurilor.

²⁹ Cazurile au fost selectate prin “intersecția” variabilei “calea de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile anterior aditerii la tratament” (atributul: consum injectabil) cu variabila “timpul trecut de la ultima injectare cu orice substanță psihoactivă” (atributul: injectare în ultimele 30 de zile).

- se evidențiază un **consum preponderent de heroină (92%)**;
- **61,3%** sunt beneficiari cu **un istoric îndelungat de consum injectabil (mai mult de 10 ani)**, față de doar **17,1% consumatori noi (mai puțin de 2 ani de consum injectabil)**;
- **mai mult de o treime dintre cazuri (38%) prezintă comportamente riscante de consum** (utilizare în comun de ace și seringi în ultimele 30 de zile);
- **cei mai mulți** dintre consumatori **sunt absolvenți de studii primare (55,2%), urmași de cei cu studii gimnaziale (21,9%) și de absolvenții de liceu (16,5%)**.
- **două treimi (67%)** dintre consumatorii de droguri injectabile considerați în analiză **sunt persoane fără ocupație**, în timp ce, doar **11,5% sunt angajați pe perioadă nedeterminată**;
- **majoritatea (59,2%) a mai fost în tratament** pentru consum de droguri;
- în **63,2%** dintre cazuri **asistența** a fost acordată **în regim ambulatoriu**, față de **36,1% în sistem rezidențial, respectiv 0,7% în detenție**;
- **o treime (31%)** dintre cazuri a fost **diagnosticată cu co-morbiditate psihiatrică asociată**; **9,2%** dintre beneficiari **au antecedente penale**.

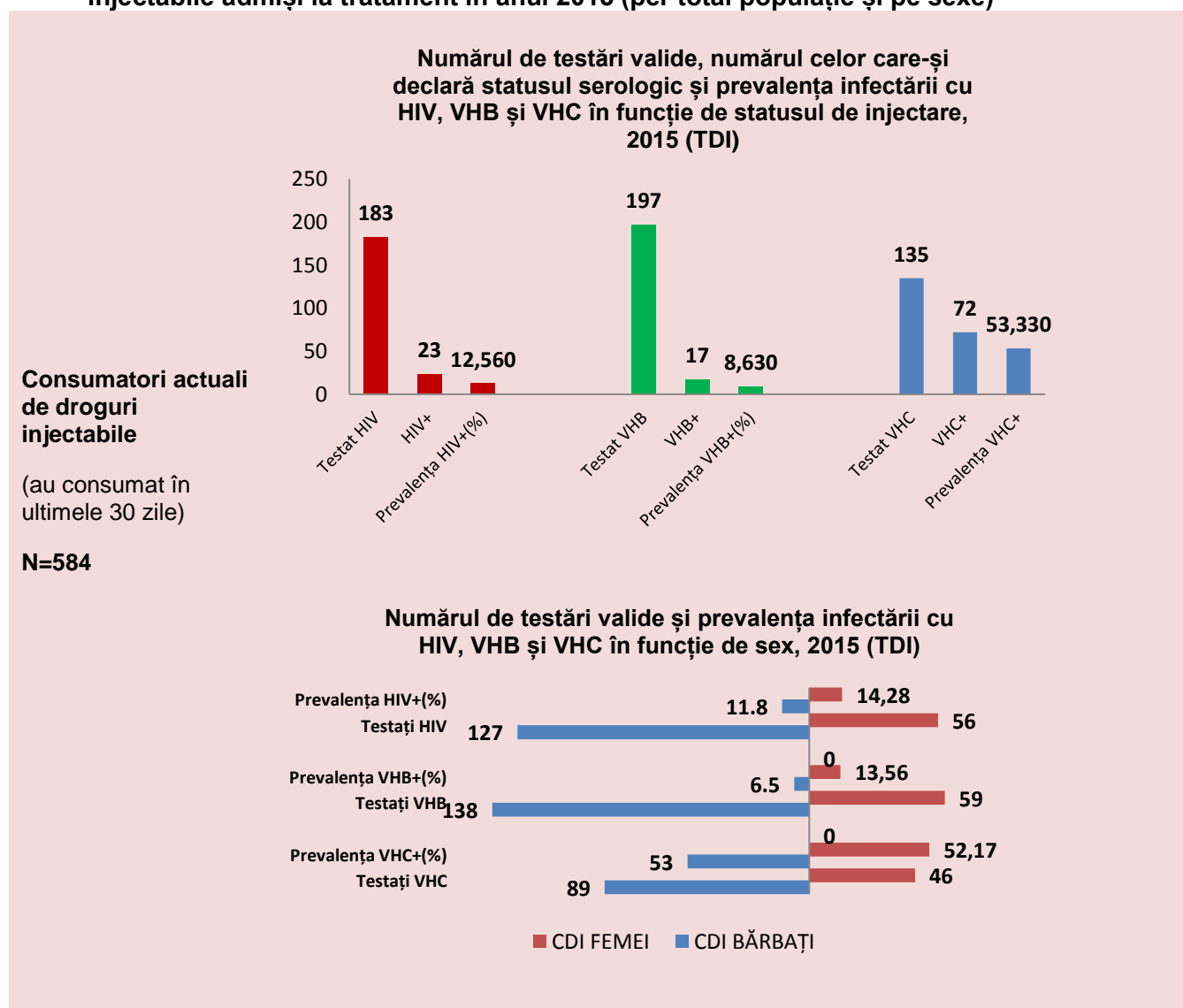
Tabel 6- 5: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2015



Sursa: ANA

După cum se observă din datele prezentate anterior, atât în ceea ce privește **profilul socio-demografic** cât și din **perspectiva adoptării unor comportamente riscante de consum, populația de consumatori actuali de droguri injectabile înregistrată în tratament este predispusă la infectarea cu bolile supravegheate și la excluziune socială**: beneficiarii nu dispun de mijloace financiare stabile și întrunesc în mică măsură condițiile necesare pentru angajare pe piața muncii, au acces limitat la resursele de asistență disponibile și se constituie astfel drept o grupă vulnerabilă economic și social care necesită suport specializat pe termen mediu și lung.

Tabel 6- 6: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2015 (per total populație și pe sexe)



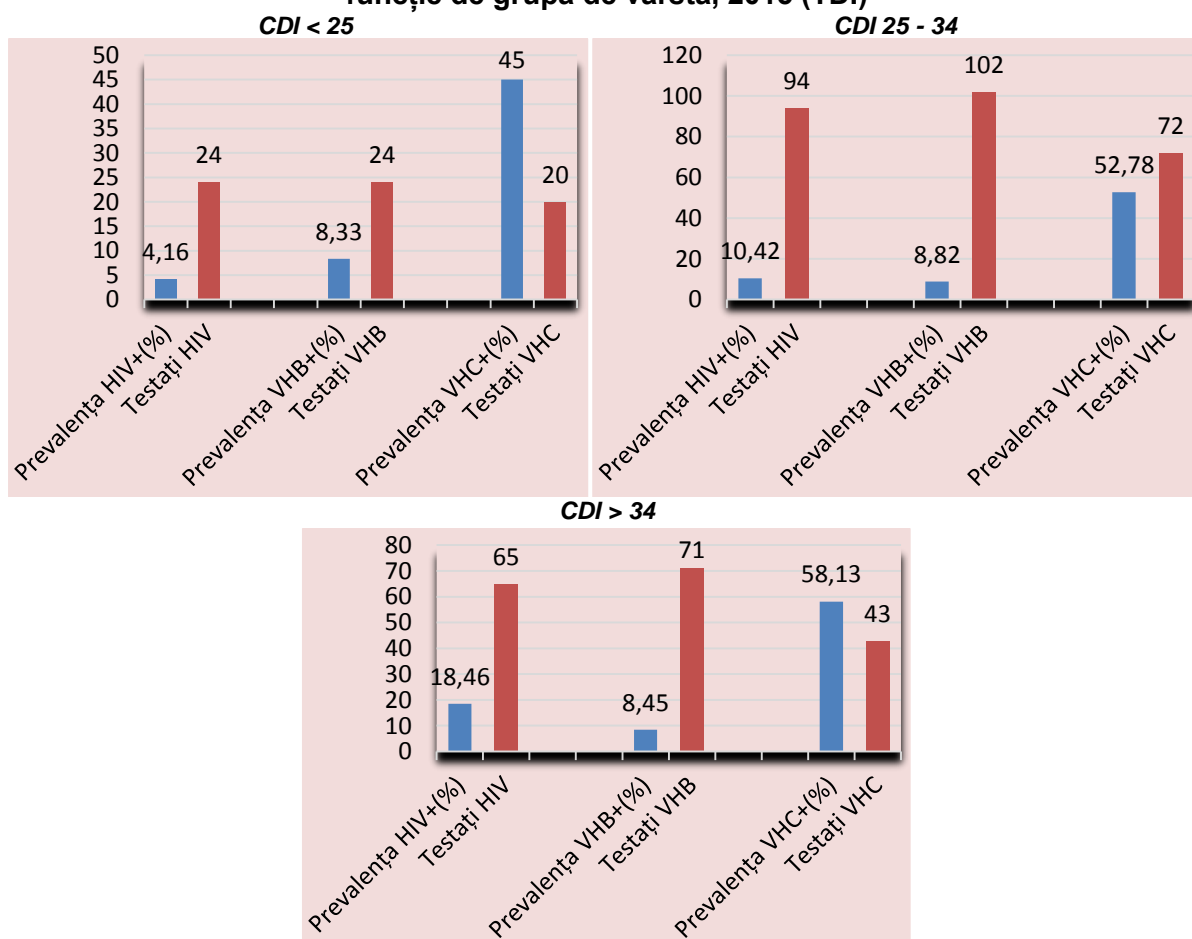
Sursa: ANA

Prevalențele rezultate din analiza datelor auto-raportate de beneficiarii care declară că au fost testați pentru identificarea virusilor HIV, VHB și VHC în anul 2015, **sunt similare celor**

înregistrate în cazul consumatorilor de droguri injectabile care au accesat servicii de reducere a riscurilor în anul de referință **și mult mai reduse decât cele identificate în urma testării rapide în cadrul anchetei de supraveghere bio-comportamentală, realizată în București** de Agenția Națională Antidrog în același an. Aceste constatări întăresc ipoteza că **utilizatorii de droguri injectabile care sunt în contact cu un serviciu specializat de asistență** (fie serviciu de reducere a riscurilor, fie de tratament ambulatoriu ori rezidențial) **prezintă un risc mai scăzut de infectare cu HIV, VHB sau VHC decât cei din populația “ascunsă”,** care ajung doar în mod conjunctural să acceseze un serviciu de asistență medico-socială.

Majoritari ca proporție în populația analizată (**consumatori actuali de droguri injectabile, admiși la tratament în 2015**), **bărbații înregistrează prevalențe mai reduse pentru HIV și VHB față de femei și o valoare mai mare a prevalenței pentru VHC.**

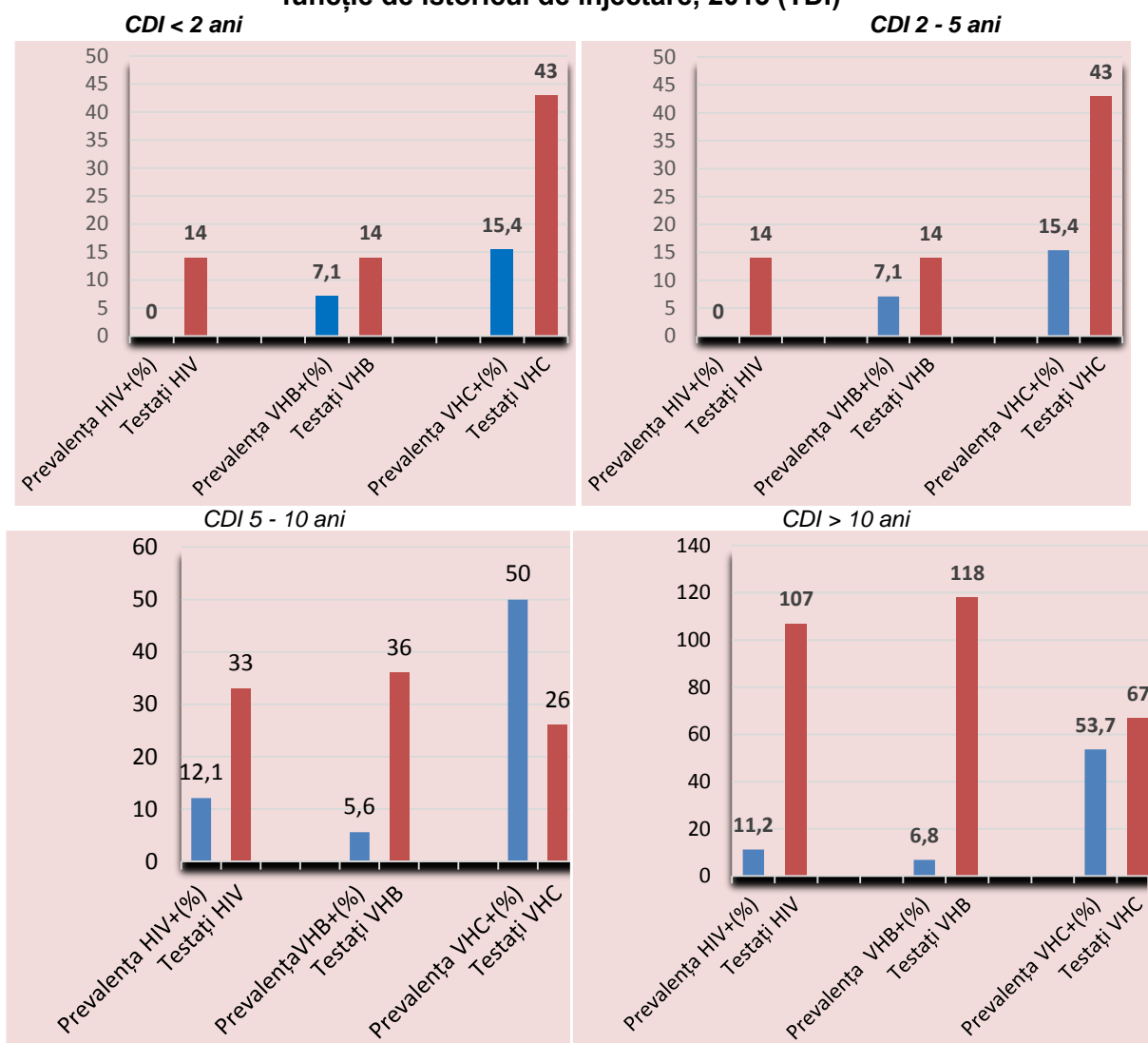
Grafic 6- 14: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2015 (TDI)



Sursa: ANA

Deși sunt **cel mai bine reprezentați, ca volum**, în populația de consumatori actuali de droguri injectabile aflați în tratament în anul 2015, **cei din grupa de vârstă 25-34 de ani înregistrează cea mai ridicată prevalență doar pentru VHB**, în timp ce, **pentru HIV și VHC, cele mai ridicate valori ale prevalenței se înregistrează în cazul celor din grupa de vârstă de peste 34 ani.**

Grafic 6- 15: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2015 (TDI)



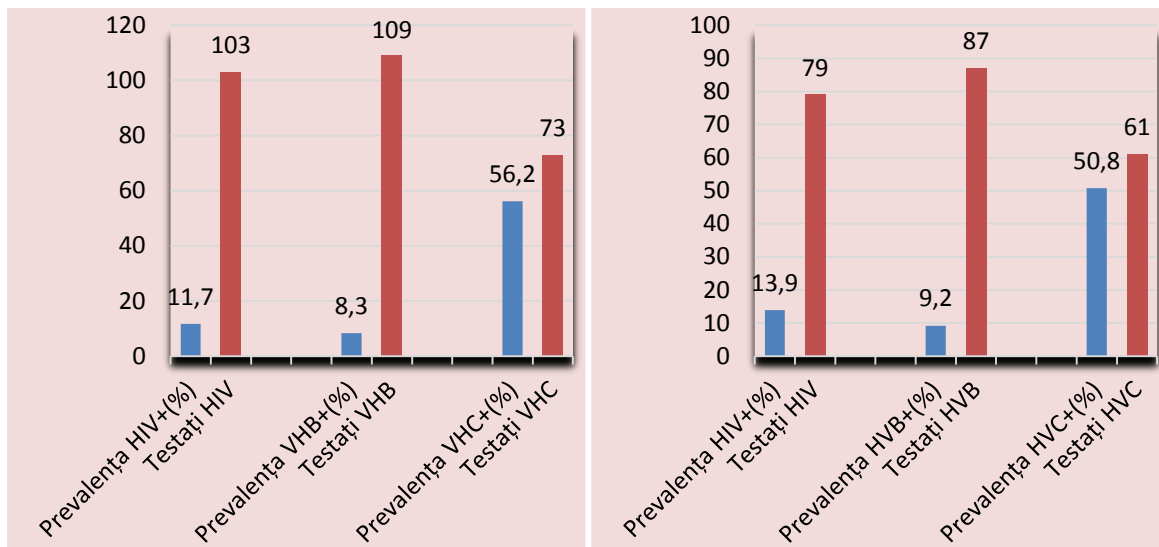
Sursa: ANA

De asemenea, **cea mai ridicată prevalență a infectării cu HIV** se constată în rândul consumatorilor actuali de droguri injectabile **cu istoric îndelungat de injectare (peste 10 ani)**, iar **subiecții aflați în grupa 5-10 ani înregistrează cea mai ridicată prevalență la VHC.**

Grafic 6- 16: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admitterii la tratament, 2015 (TDI)

CDI - admiși anterior la tratament

CDI - nou admiși la tratament



Sursa: ANA

Cu toate că **se regăsesc în număr mai mic față de cei admiși anterior la tratament, consumatorii de droguri injectabile admiși pentru prima oară la tratament** (cazuri noi), care au fost testați în 2015, înregistrează **prevalențe mai mari la infectarea cu HIV (13,9%, față de 11,7%) și VHB (9,2%, față de 8,3%). În schimb, cei admiși anterior la tratament înregistrează o prevalență mai mare la VHC – 56,2%, față de 50,8%.**

Din perspectiva **caracteristicilor socio-demografice, a istoricului și comportamentelor de consum**, populația de consumatori de droguri injectabile aflați în tratament, are următorul profil:

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la HIV:

- este de **sex masculin (65,2%)**,
- cu **vârsta mai mare de 34 ani (52,2%)**,
- este **admis la tratament pentru consum de heroină (78,3%)**,
- cu **istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (75%)**,
- **admis anterior la tratament (53,2%)**,
- **tratat în regim rezidențial (56,5%)**,
- **a utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 30 de zile anterior admitterii la tratament (56,5%)**,
- prezintă **co-infectare cu VHC în 87% din cazuri**, respectiv **cu VHB în 43,5% din cazuri**,
- are **studii primare (66,7%)**,
- **nu are o ocupație stabilă (78,3%)**,

- **are copii (43,5%),**
- **locuiește cu familia - părinții (39,1%) sau cu partenerul/ copiii (17,4%),**
- **nu are antecedente penale** la momentul admiterii la tratament **(39,1%).**

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHC:

- este de **sex masculin (66,7%),**
- cu **vârsta între 25 - 34 ani (52,8%),**
- este **admis la tratament pentru consum de heroină (90,3%),**
- cu **istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (63,2%),**
- **admis anterior la tratament (56,9%),**
- **tratat în regim ambulatoriu (58,3%),**
- a **utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 30 de zile** anterior admiterii la tratament **(29,2%),**
- prezintă **co-infecție cu HIV în 27,8% din cazuri și co-infecție cu VHB în 18,1% din cazuri,**
- are **cel mult studii gimnaziale (studii primare - 45,5% sau gimnaziale - 36,4%),**
- **are copii (41,7%),**
- **nu are o ocupație stabilă (56,9%),**
- **locuiește cu părinții/ familia (55,6%),**
- **nu are antecedente penale** la momentul admiterii la tratament **(37,5%).**

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHB:

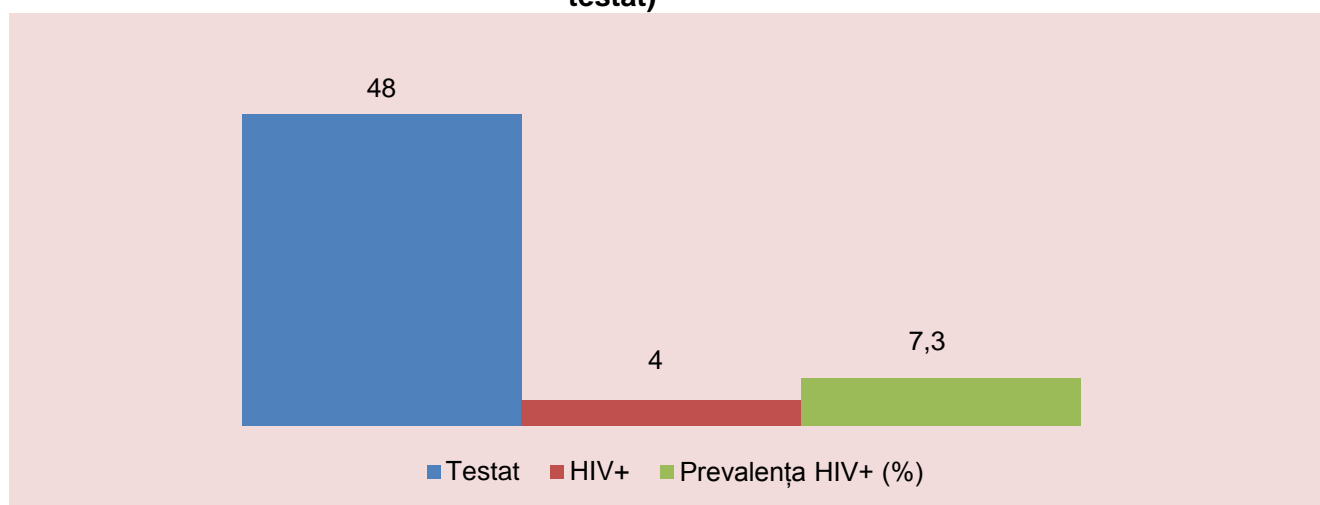
- este de **sex masculin (52,9%),** deși se constată o distribuție echilibrată a prevalențelor între cele două sexe,
- cu **vârsta între 25 - 34 ani (52,9%),**
- este **admis la tratament pentru consum de heroină (94,1%),**
- cu **istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (66,7%),**
- **admis anterior la tratament (52,9%),** cu toate că și în această situație distribuția cazurilor e una echilibrată în raport cu cazurile nou admise la tratament,
- a **utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 30 de zile** anterior admiterii la tratament **(41,2%),**
- prezintă **co-infecție cu HIV în 58,8% din cazuri și co-infecție cu VHC în 76,5% din cazuri,**
- **tratat în regim rezidențial (58,8%),**
- **are studii primare (56,3%),**
- **are copii (47,1%),**
- **nu are o ocupație stabilă (82,4%),**
- **locuiește cu părinții/ familia (64,7%),**

- **nu are antecedente penale** la momentul aditerii la tratament (29,4%).

6.3.2.2. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri aflați în tratament (date rezultate în urma testării rapide pe durata tratamentului)

Deși reduse ca volum, datele **înregistrate în urma testării beneficiarilor aflați în serviciile de tratament** (pe parcursul procesului terapeutic) pot fi considerate în interpretarea tendințelor constatate în cazul analizei celor autodeclarate de beneficiari.

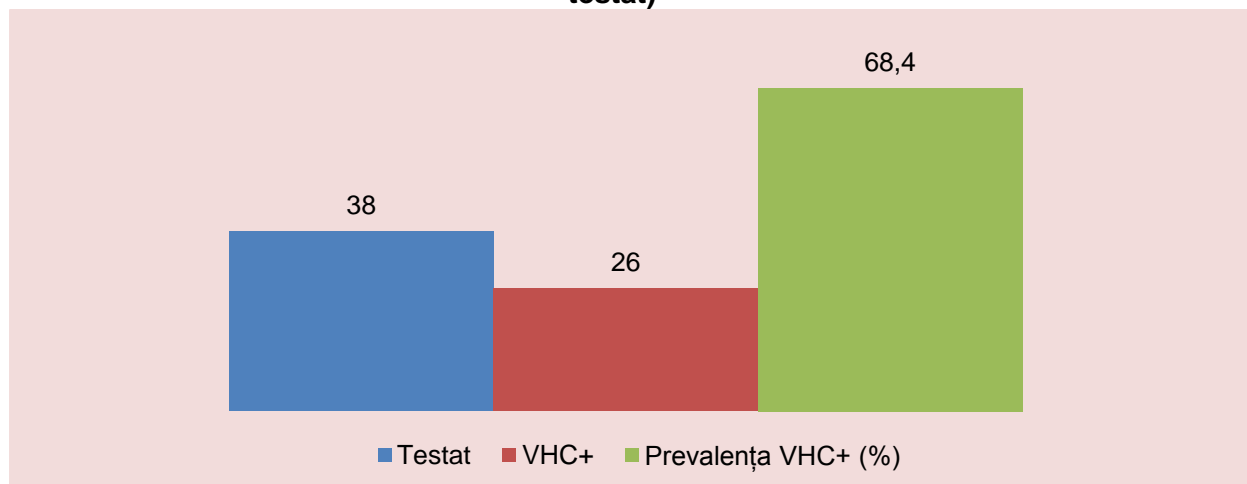
Grafic 6- 17: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2015 (status serologic testat)



Sursa: ANA

Astfel, în ceea ce privește **infectarea cu HIV**, în 2015 **se observă scăderea numărului de teste aplicate, a numărului de CDI identificați ca HIV pozitivi**, dar **menținerea prevalenței HIV** în populația de consumatori de droguri injectabile aflați în tratament, **comparativ cu anul anterior (8,4% în 2014 și 8,3% în 2015)**.

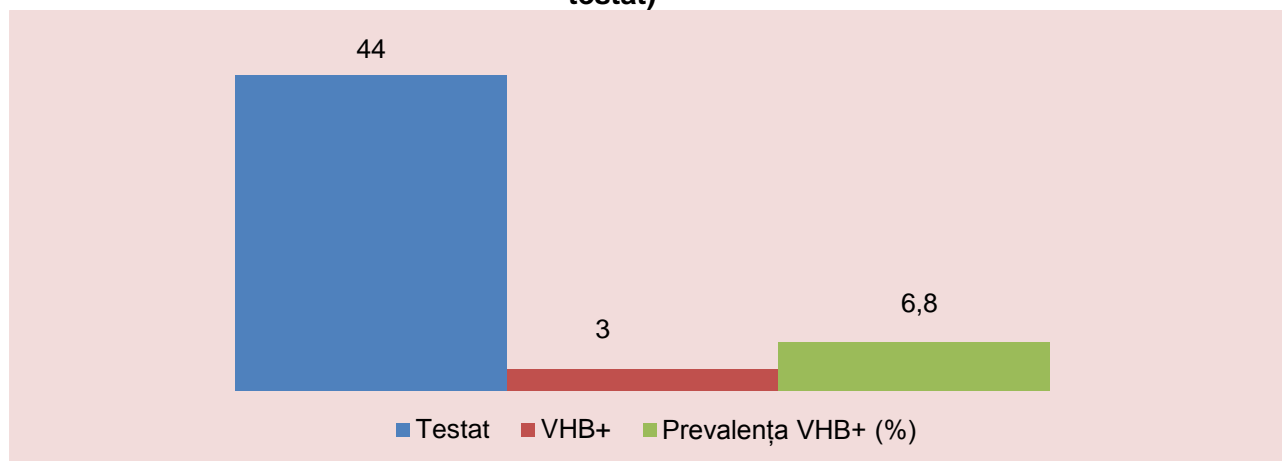
Grafic 6- 18: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2015 (status serologic testat)



Sursa: ANA

Obținute dintr-un număr mai mic de teste față de anii anteriori, **datele privind prevalența VHC din testări** sunt mai puțin consistente față de cele autodeclarate (68,4%, față de 53,3%) dar confirmă menținerea unui nivel ridicat al VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din serviciile de tratament.

Grafic 6- 19: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2015 (status serologic testat)



Sursa: ANA

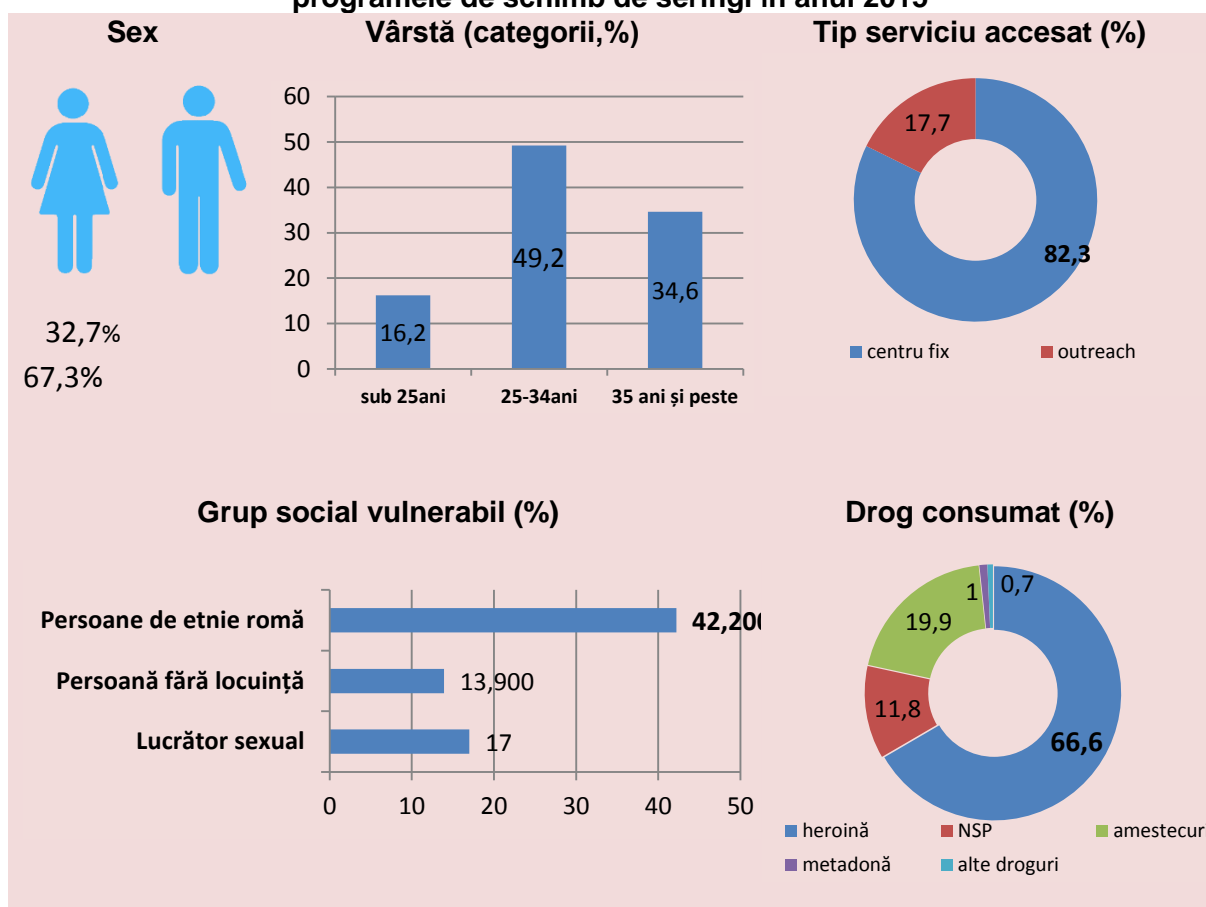
Prevalența infectării cu VHB rezultată din testări confirmă, de asemenea, tendința reflectată de datele autodeclarate, indicând o scădere a ratei VHB în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în tratament, comparativ cu anul anterior.

Datele privind prevalența celor trei boli supravegheate prezentate în cadrul acestui subcapitol trebuie însă considerate cu prudență, întrucât numărul cazurilor analizate este unul foarte mic.

6.3.2.3. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi.

Comparativ cu beneficiarii programelor de tratament, **consumatorii de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi sunt o populație mai “deschisă”, mai puțin dispusă la a furniza date cu caracter personal, care are caracteristici socio-economice similare (de grup vulnerabil), dar este mult mai expusă riscului de infectare cu bolile supravegheate menționate, întrucât menține un model activ și adesea intensiv de consum injectabil de droguri, complementar cu alte comportamente de risc** (utilizare în comun de echipamente de injectare, comportamente sexuale riscante, etc.).

Tabel 6- 7: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi în anul 2015



Sursa: ANA

În cazul celor asistați în cadrul programelor de schimb de seringi, **modelele de consum** sunt, în 2015, **mai diversificate în ceea ce privește drogul principal utilizat**. Astfel, doar **50,7% au declarat drogul principal utilizat în ultimele 30 de zile**, dintre aceștia, **66,6% au consumat heroină, 11,8% NSP, 19,9% au declarat consum de droguri multiple sau amestecuri**, iar **1% au menționat metadona**.

Deși este majoritară și aici, populația masculină (67,3%) este mai redusă ca proporție, comparativ cu cea înregistrată în serviciile de tratament (peste 80%), indicând o prezență mai ridicată a femeilor în consumul activ. Distribuția pe **grupe de vârstă** indică o **prezență mai mare a subiecților în grupele 25-34 de ani (49,2%) și peste 34 de ani (34,6%)**. Din totalul de **4678 de beneficiari unici înregistrați, 82,3% au accesat în 2015 serviciile de tip centru fix**, față de numai **17,7% care au fost în contact cu cele de outreach** (aspect explicabil prin diminuarea progresivă a acestui tip de servicii și prin utilizarea distribuitorilor secundari de echipamente de injectare - **15,4%** dintre beneficiari). De asemenea, beneficiarii **au fost asistați în proporție de 88% de ARAS și 12% de CARUSEL** (singurii furnizori de astfel de servicii din București, care au comunicat în 2015 date privind programele de schimb de seringi).

Sub aspectul **apartenenței la un grup social vulnerabil**, se constată că, în populația identificată de consumatori actuali activi de droguri injectabile, **17%** sunt **lucrători sexuali** (sub-grupă cu potențial crescut de transmitere a bolilor infecțioase către populația generală), **13,9%** sunt **persoane fără locuință** și **42,2%** sunt persoane de etnie romă.

Populația analizată este în totalitate **rezidentă în București și împrejurimile acestuia**, iar subiecții recrutați au fost **asistați preponderent în 4 dintre cele 6 sectoare ale orașului: 29,1% în sectorul 5, 23,2% în sectorul 2, 22,4% în sectorul 1 și 17,6% în sectorul 3.**

6.3.2.3.1. Infecția cu HIV

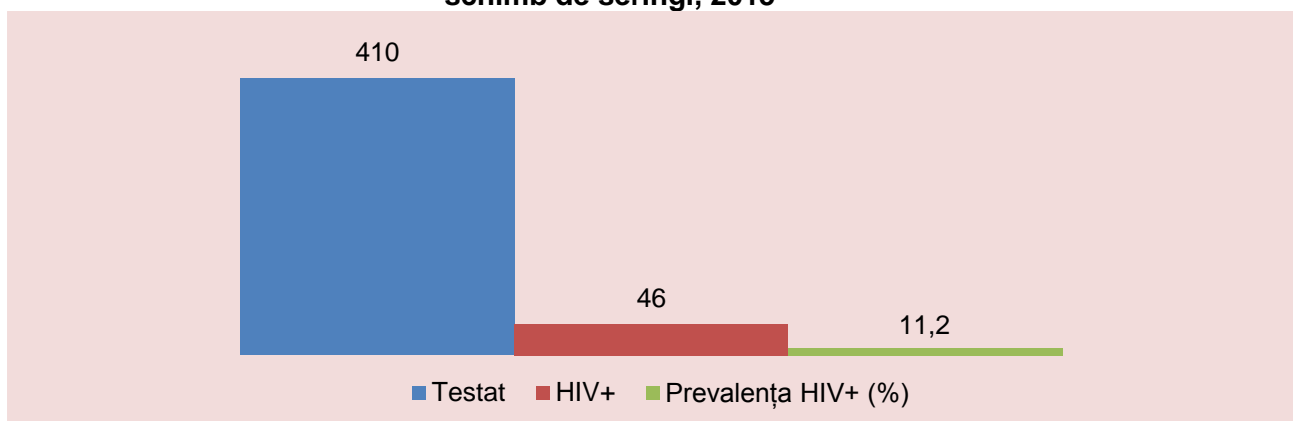
Colaborarea, pe bază de parteneriat **dintre ANA și organizațiile neguvernamentale** care gestionează programe de schimb de seringi în București (prin furnizarea de teste rapide pentru depistarea bolilor infecțioase, seringi și alte echipamente sterile medicale), **a asigurat, în anul de referință, un nivel ridicat al capacităților de testare, comparativ cu anii anteriori.**

Consumatorii de droguri injectabile din programele de seringi, identificați în 2015 cu status serologic pozitiv la HIV (11,2%), prezintă caracteristici socio-demografice și comportamente de consum specifice, astfel:

- **71,7%** dintre subiecți sunt **bărbați**, față de **28,3% femei**, contracarând astfel tendința de echilibrare a proporțiilor consumatorilor de sex feminin cu cei de sex masculin, constatată în anii anteriori,
- analiza cazurilor **pe grupe de vârstă** indică o distribuție a acestora, cu **preponderență în intervalele 25-34 ani (56,8%) și peste 34 ani (29,5%),**
- sub-populația analizată este **în totalitate localizată în București, mai mult de jumătate dintre consumatorii de droguri injectabile sunt din sectorul 5 (54,3%),**
- **97,8%** dintre subiecți au fost **în contact cu un centru fix de schimb de seringi,**
- **aproape în totalitate, subiecții nu și-au declarat drogul utilizat** (cu excepția a 2 cazuri), doar un singur consumator a fost utilizat ca distribuitor secundar de echipament de injectare, 2 s-au declarat lucrători sexuali, 18 sunt persoane fără adăpost și tot 18 sunt de etnie romă, **65,2% dintre cazuri prezintă co-infecție cu VHC și 4,3% cu VHB.**

În ceea ce privește **acoperirea cu servicii**, se observă că în 2015 s-a realizat o medie de 30 prezervative și **71 seringi distribuite** pentru fiecare beneficiar din cei 46 infectați cu HIV (mult sub pragul minim de 200, propus de OMS) și **niciunul dintre consumatorii de droguri injectabile identificați cu HIV nu a beneficiat de servicii de referire.**

Grafic 6- 20: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2015

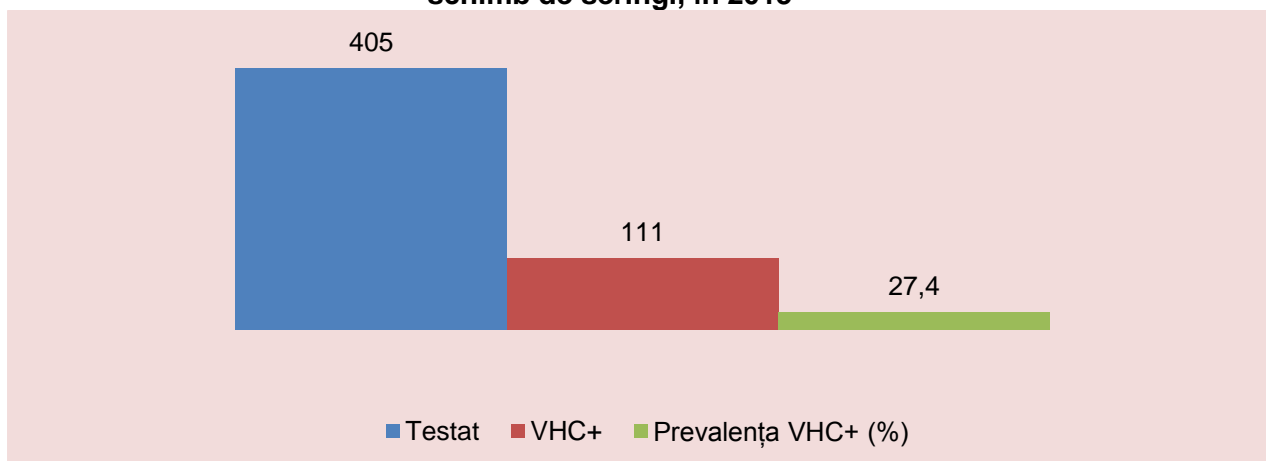


Sursa: ANA

6.3.2.3.2. Infecția cu VHC

Și în acest caz, **datele privind testările realizate indică creșteri semnificative, comparativ cu anii anteriori**, de remarcat fiind însă **menținerea unei tendințe stabile de scădere a prevalenței infectării cu VHC în populația analizată (de la 50,9% în 2012, la 27,4% în 2015).**

Grafic 6- 21: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu VHC în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, în 2015



Sursa: ANA

În cazul beneficiarilor programelor de schimb de seringi infectați cu VHC:

- **70,3%** dintre subiecți sunt **bărbați**, față de **29,7% femei**,
- toți cei 111 subiecți **locuiesc în București**, **37,8%** dintre aceștia, în **sectorul 5**;
- **2,7%** au fost **utilizați ca distribuitori secundari** de echipament de injectare, **10** subiecți s-au declarat **lucrători sexuali**, **15** sunt persoane **fără adăpost** și **47** sunt **de etnie romă**,
- cazurile se distribuie în intervalele **25-34 ani (57,7%) și peste 34 ani (33,3%)**,
- **89,2%** dintre **consumatorii de droguri injectabile nu au declarat drogul** utilizat,

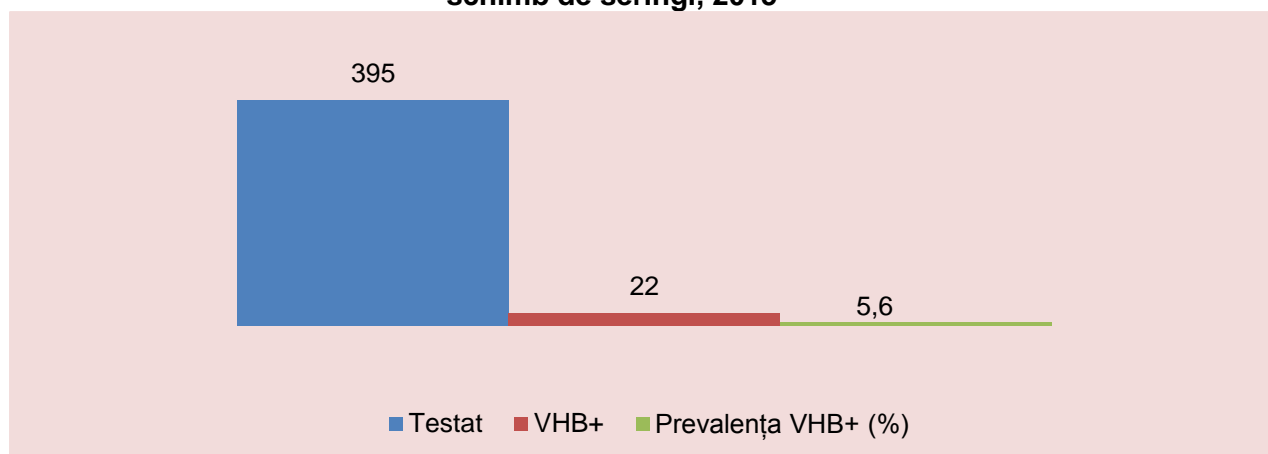
- **27%** dintre cazuri **prezintă co-infecție cu HIV și 5,4% cu VHB.**

6.3.2.3.3. Infecția cu VHB

Prevalența infectării cu VHB, în rândul celor înregistrați în programele de schimb de seringi, este, în 2015, una **semnificativ mai scăzută față de anul anterior, în condițiile în care testările au crescut de 2,7 ori față de 2014 .**

Niciunul dintre CDI cu status VHB pozitiv nu declară drogul consumat, jumătate sunt de gen feminin și jumătate masculin, rezidenți în București. De asemenea, **toți au fost**, în 2015, **distribuitori secundari** de seringi, **31,8%** sunt **lucrători sexuali**, **22,7%** sunt persoane **fără adăpost**, iar **54,5%** dintre cazuri sunt **de etnie romă**. Și în cazul acestei subgrupe **a fost asigurat un număr mediu de seringi mult redus față de pragul standard al OMS (52 seringi).**

Grafic 6- 22: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu VHB în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2015



Sursa: ANA

Deși **riscul de infectare** cu bolile supravegheate menționate, la care este expusă populația de consumatori de droguri injectabile activi din București înregistrată în programele de schimb de seringi **este dificil de estimat și cuantificat, se pot însă identifica**, în anul de referință, câțiva **factori cu care acesta se asociază:**

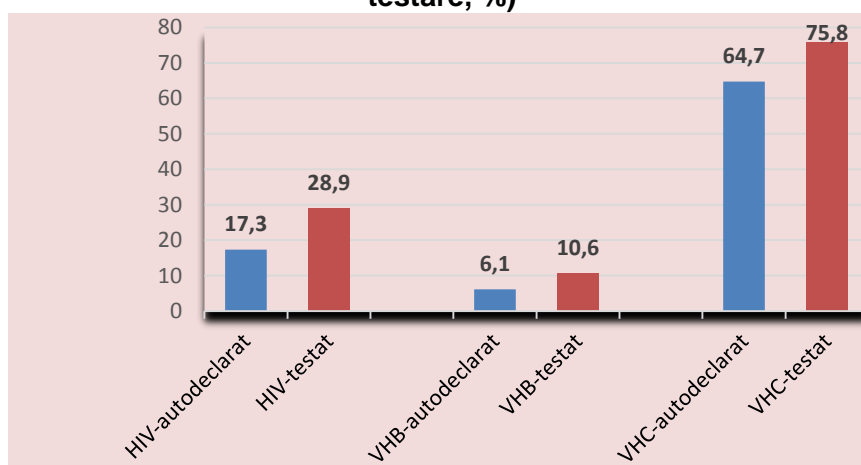
- **revenirea la modelul clasic de consum** (utilizare injectabilă a heroinei), dar **și prezența, în continuare, pe piața drogurilor, a noilor substanțe psihoactive** (consumate în amestec cu heroină, sau metadonă, deturnată din circuitul licit), **menține tipare de injectare intensivă** care amplifică riscul de infectare;
- **asigurarea unor rate limitate de furnizare de servicii de reducere a riscurilor** către o populație de consumatori aflată în situație de vulnerabilitate;

- **prezența unei proporții semnificative de lucrători sexuali** consumatori de droguri injectabile (difuzează bolile infecțioase în grupurile de consumatori de droguri injectabile și în afara acestora);
- **disponibilitatea redusă a tratamentului pentru VHC (prevalența ridicată a acestei boli este considerată un factor favorizant pentru infectarea cu HIV);**
- **accesul limitat la serviciile publice de asistență medico-socială pentru consumatori de droguri injectabile**, din cauza vulnerabilității sociale a acestora (precaritate economică, nivel scăzut al educației, etc).

6.3.2.4. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri recrutați în cadrul studiului „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”.

În contextul studiului menționat, au fost înregistrate următoarele rezultate, în ceea ce privește prevalența bolilor infecțioase supravegheate, în rândul populației ascunse de consumatori de droguri injectabile din București:

Grafic 6- 23: Prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC (date autodeclarate vs. date din testare, %)

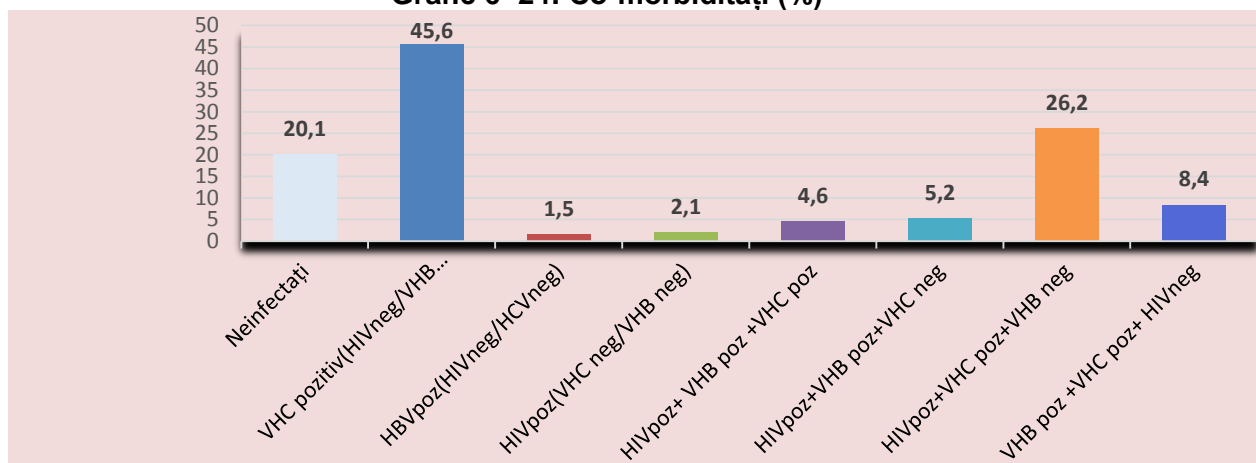


Sursa: ANA

Prevalențele înregistrate pentru HIV, VHB și VHC diferă destul de mult în cazul analizării datelor autodeclarate de respondenți comparativ **cu cele obținute în urma testării rapide** din produse biologice (se situează la aproximativ **60% din valoarea acestora**).

Valorile înregistrate, deși mai reduse față de studiul precedent, **indică în continuare, menținerea unor nivele de alertă în ceea ce privește infectarea** cu bolile supravegheate, precum **și un nivel redus de cunoaștere al propriului status serologic** de către consumatorii de droguri injectabile și chiar lipsa de preocupare pentru aceasta.

Grafic 6- 24: Co-morbidități (%)



Sursa: ANA

Din perspectiva **comorbidităților**, populația investigată prezintă **o proporție redusă** de subiecți **ne-infecțati (20,1%)**, în timp ce, **4,6%** dintre subiecții din eșantion au avut un **test pozitiv la toate cele trei tipuri de boli**. Se remarcă, de asemenea **un procent mai mare** al celor care sunt **infecțati doar cu VHC (45,6%)** și **co-morbiditate ridicată în cazul celor co-infecțati cu HIV și VHC (26,2%)**.

Tabel 6- 8: Distribuția bolilor infecțioase în funcție de grupa de vârstă, gen, vârsta de debut în consumul de droguri și tipul de drog declarat

		HIV+	VHC+	VHB+
		%	%	%
Vârstă	Sub 25 ani	15,2	14,2	10,9
	25 - 34 ani	49	50,6	52,7
	34 ani și peste	35,8	35,2	36,4
Gen	Masculin	74,8	76,7	74,5
	Feminin	25,2	23,3	25,5
Vârsta de debut	Sub 18 ani	59,6	58,2	61,8
	Peste 18 ani	40,4	41,8	38,2
Drog utilizat	Heroină	29,4	76,5	11,3
	Metadonă	34,7	80,8	12,7
	Alt opioid	40,5	79,5	7,6
	Cocaină	32,6	80	16,1
	Amfetamine/ Metamfetamine	42,1	68,4	5,3
	Benzodiazepine	38,6	81	6,3
	NSP	51,7	80,5	8,3

Sursa: ANA

Așa cum se observă din tabelul anterior, în cazul tuturor tipurilor de boli infecțioase supravegheate, grupa de vârstă cu cele mai ridicate prevalențe este cea de 25 - 34 ani. De asemenea, **pentru toate cele trei prevalențe se înregistrează un raport de aproximativ 3 la 1 în favoarea subiecților de gen masculin (74,8% - HIV, 76,7% -VHC, 74,5% -VHB), comparativ cu cei de gen feminin.**

Din perspectiva **debutului** în consumul de droguri, CDI care au avut un astfel de comportament înainte împlinirii vârstei de 18 ani se regăsesc în **proporții mai ridicate printre cei infectați cu HIV (59,6%), VHC (58,2%) și VHB (61%).**

Considerând **drogul principal** utilizat, în cazul eșantionului selectat se înregistrează **prevalențe ridicate de infectare cu HIV pentru cazurile de consum de NSP (singure sau în amestec cu metadonă ori heroină) și amfetamine.** În cazul VHC, metadona, NSP și cocaina sunt drogurile utilizate pentru care se înregistrează **prevalențe mai mari.**

De asemenea, deși numărul de cazuri este unul redus, se înregistrează **prevalențe ridicate ale infectării cu VHB pentru utilizatorii de metadonă sau cocaină (singură ori în amestec cu heroina).**

6.3.3. Date comportamentale – studiul „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”

A. Metodologie

În perioada octombrie 2015 – iulie 2016, Agenția Națională Antidrog a realizat studiul „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2015”. Acesta continuă seria studiilor similare întreprinse în România în anii 2007, 2009, 2010 și 2012, de către ANA în parteneriat cu UNODC, Ministerul Sănătății și Fundația “Romanian Angel Appeal”, datele colectate fiind utilizate pentru analiză la nivelul Agenției și diseminate național și internațional .

Studiul a fost unul transversal, anonim, în rândul consumatorilor recenți de droguri (care au consumat în ultimele 12 luni) din București-Ilfov, recrutați utilizând tehnica de eșantionare RDS (respondent-driven sampling³⁰) și a presupus *investigarea comportamentală pe bază de chestionar și testarea rapidă (screening)* din produse biologice (sânge integral) pentru identificarea virusilor HIV, VHB și VHC.

³⁰ Eșantionare dirijată de respondent

Obiectivul general al cercetării a fost **evaluarea situației actuale și a dinamicii comportamentelor de risc privind infecția cu HIV și Hepatite virale B și C în rândul sub-populației de consumatori de droguri injectabile din zona metropolitană a municipiului București și județul Ilfov**, având ca termeni de referință rezultatele studiilor similare, efectuate în anii 2009, 2010 și 2012.

Universul cercetării l-a constituit **populația de consumatori de droguri injectabile din București-Ilfov, cu vârste între 18 - 64 ani, iar eșantionul RDS proiectat a fost de 516 chestionare valide** (fiind realizate 522).

Criteriile de includere a cazurilor în eșantion³¹ au fost: să fi fost consumator de droguri pe cale injectabilă în ultimele 12 luni, cu vârsta cuprinsă între 18-64 de ani, să aibă abilitate mentală și fizică de a înțelege întrebările și instrucțiunile, să ofere un consimțământ scris în vederea participării la studiu și să fi locuit în *București - Ilfov* cel puțin 6 luni din cele 12 luni anterioare datei interviului³².

Pentru dezvoltarea cadrului de eșantionare pentru RDS a fost realizat un **studiu calitativ preliminar. Chestionarul utilizat, o adaptare a chestionarului standard EMCDDA pentru colectarea datelor comportamentale în cadrul indicatorului epidemiologic cheie “Boli infecțioase asociate consumului de droguri”**, evaluează caracteristici demografice, practici sexuale și comportamente de injectare, cunoștințe, convingeri și atitudini ale consumatorilor de droguri injectabile, precum și gradul de acoperire cu servicii de asistență specializată. De asemenea, permite calcularea unor indicatori comportamentali standard recomandați de EMCDDA.

Testarea HIV/ VHB/ VHC a fost realizată în condiții de confidențialitate, doar cu consimțământul scris al persoanei și au fost utilizate teste rapide de unică folosință, omologate pentru utilizare în afara condițiilor de laborator.

³¹ Pentru a preveni contaminarea eșantionului prin supra-reprezentarea cazurilor de consumatori de droguri injectabile înregistrați în serviciile de tratament (similar BSS 2012) și pentru a orienta investigația către populația ascunsă de consumatori, atât “semințele” cât și recrutorii din următoarele valuri de recrutare au fost instruiți să aleagă și să invite ca participanți la studiu, pe cât posibil, consumatori de droguri injectabile care în ultimele 12 luni anterioare interviului nu au fost în contact cu vreun serviciu specializat de asistență pentru consumul de droguri. Respondenții au fost verificați pe baza codului alfa-numeric alocat de ANA în bazele de date ale serviciilor de tratament.

De asemenea, pentru a se asigura participarea unor consumatori de droguri care au consumat injectabil droguri în ultimele 12 luni, personalul care a implementat în teren metodologia de colectare a datelor a fost instruit pentru verificarea prin sondaj a subiecților în ceea ce privește semnele recente de injectare (pe braț, inghinal etc).

³² Toate criteriile de includere trebuiau îndeplinite simultan.

Datele au fost colectate în perioada 28.10 - 30.11.2015, iar analiza datelor și raportul de cercetare au fost realizate în perioada ianuarie - iulie 2016.

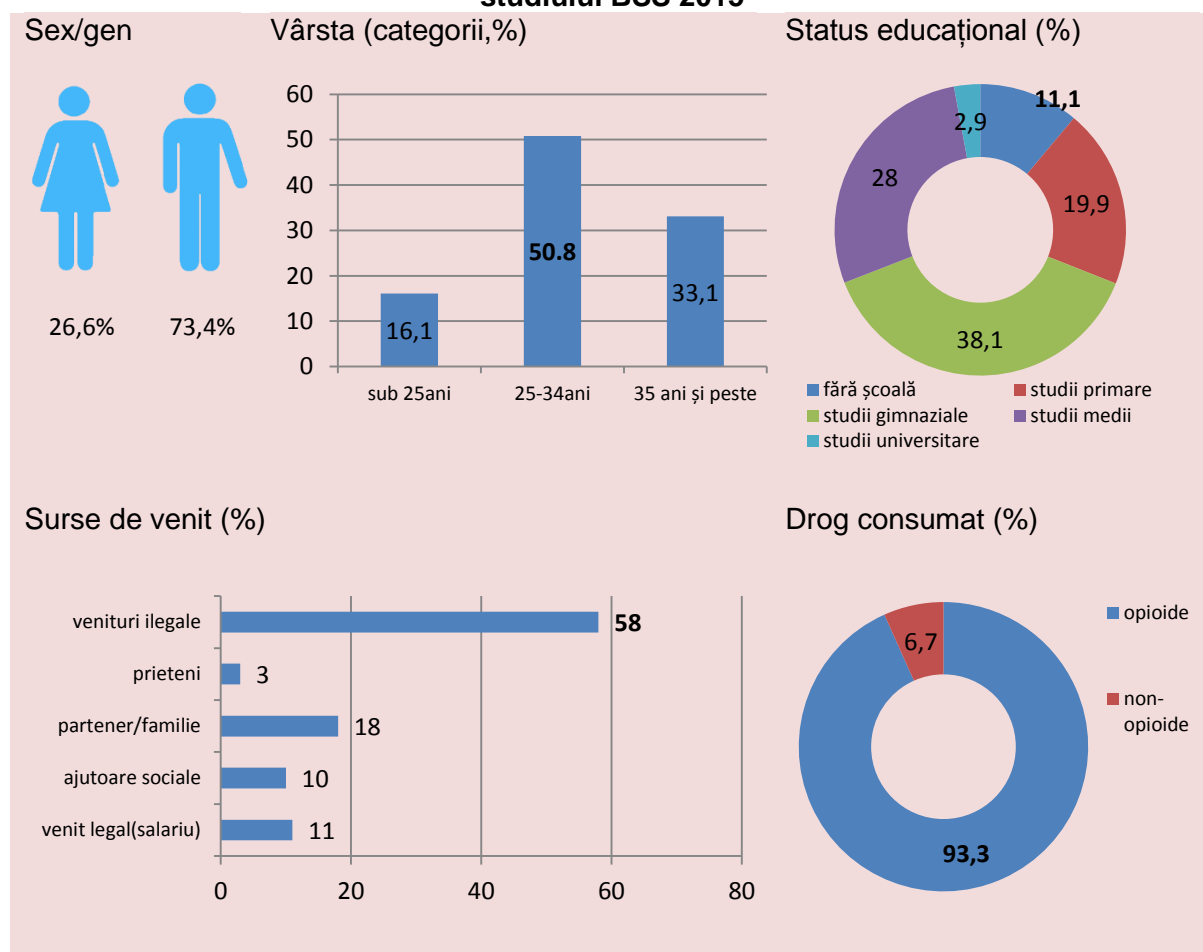
B. Rezultate

Opioidele reprezintă **principalul drog declarat de 93,3 %** dintre participanții la studiu.

Subiecții studiului sunt în majoritate tineri adulți (**vârstă până în 34 ani**), **media de vârstă fiind de 31 ani**, cei mai mulți (**50,8%**) situându-se în intervalul **25 - 34 ani**. Aproape **trei sferturi** dintre cei intervievați sunt de **sex masculin (73,4%)**. Subiecții **de etnie română și romă, majoritari în cadrul eșantionului, se distribuie în proporții echilibrate**, cu o ușoară preponderență a populației consumatorilor de droguri injectabile care s-au declarat **români (52,5%)**.

Considerând **statusul educațional**, cel mai frecvent, CDI intervievați sunt **absolvenți de studii gimnaziale (38,1%)**, numărul mediu de ani de școală absolviți este de 6,7 ani. **11,1%** dintre subiecți se declară **fără niciun fel de studii**.

Tabel 6- 9: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile recrutați în cadrul studiului BSS 2015



Sursa: ANA

Consumatorii de droguri injectabile declară o medie de 148 lei/ zi, utilizați pentru achiziționarea drogurilor (exclusiv tutun și alcool), iar valoarea cea mai frecvent menționată este cea de 100 lei.

Din punct de vedere al **surselor de venit** declarate pentru ultimele 12 luni anterioare interviului, cea mai consistentă proporție (58%) este a celor care au obținut venituri din surse ilegale (muncă fără forme legale, prostituție, cerșetorie, vânzare de droguri, furturi, spargerii, mici "afaceri" ilegale conjuncturale: parcări, comisioane, reciclare plastic, colectare fier vechi etc), urmați de cei care au beneficiat de suport din partea partenerului/ familiei (18%) și de cei care au fost angajați legal (11%). *Unul din zece respondenți este beneficiar al unei alocații* din partea sistemului public de **asistență socială**.

Subiecții se află în *relații de concubinaj cu partenerul (49,5%) sau sunt necăsătoriți (40%). 42,1% dintre ei au în întreținere copii (aproape un sfert dintre ei sunt părinți singuri care au în îngrijire 2, 3 sau chiar mai mult de 4 copii). În ultimele 12 luni au locuit cu părinții/ familia (30,9%) sau cu partenerul (39,8%),* preponderent în **locuințe proprietate personală sau închiriate**, iar procentul celor care *în ultimele 12 luni* anterioare interviului **au locuit cel puțin o dată pe stradă sau nu au avut o locuință stabilă** este de 15,9% (dintre aceștia, 18,1% sunt femei).

În cadrul eșantionului selectat, *mai puțin de jumătate dintre respondenți dețin carte de identitate (45%)³³ și numai 6,9% au pașaport. 4,5%* dintre respondenți au declarat că **nu au niciun document de identitate**.

Aprecierea, de către respondenți, a stării de sănătate proprii, *este una destul de optimistă - 59%* dintre aceștia **consideră că au o sănătate bună sau excelentă** și doar **10,6% proastă și foarte proastă**, în condițiile în care **doar 37,1% dintre CDI declară că au asigurări de sănătate**, iar **63% au fost diagnosticați de un specialist din domeniul medical, cu afecțiuni specifice asociate consumului de droguri: boli infecțioase (HIV, hepatita C, hepatita B, tuberculoză, boli cu transmitere sexuală) sau abcese ale locurilor injectate, etc. 55,6% au experimentat cel puțin o dată o supradoză la opiacee.**

Proporția de **CDI care au făcut vreodată închisoare este de 38,1%**, iar dintre aceștia 55,3% declară că **și-au injectat droguri în timpul executării pedepsei** în penitenciar.

Cei mai mulți respondenți raportează o **rețea personală de consumatori** de droguri injectabile **cunoscuți de 1 - 10 persoane – 34,7%**, urmați de cei cu **o rețea de 11 - 20 de**

³³ În conformitate cu definiția stabilită la art.12 alin.(2), din O.U.G. nr. 97/2005 privind evidența, domiciliul, reședința și actele de identitate ale cetățenilor români, republicată în **Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 719 din 12 octombrie 2011, cu modificările și completările ulterioare.**

persoane - 23,9%, iar 12,6% declară că sunt în contact cu peste 50 consumatori de droguri injectabile.

Profil de risc pentru infecția cu VHC și HIV

În urma analizei relațiilor de asociere între variabilele socio-demografice ori cele comportamentale și statusul pozitiv la VHC, au fost identificați o serie de potențiali factori de risc ai infecției cu acest tip de hepatită.

Tabel 6- 10– Factori de risc pentru infectarea cu VHC

FACTOR	VHC+					
	N	n	%	RR	95% CI	p (<0,05)
Sex masculin	383	303	79,1	1,9349	1,2597-2,9720	0,0026
Debut în consum sub 18 ani	275	227	82,5	2,121	1,401-3,212	< 0,0001
A executat pedeapsă privativă de libertate	199	172	86,4	2,8564	1,7866-4,5675	0,0001
Și-a injectat droguri în închisoare	110	102	92,7	5,1783	2,448-10,9680	0,0001
Și-a injectat droguri de cel puțin 24 de ori în ultimele 30 de zile	459	360	78,4	3,0499	1,7305-5,3752	0,0001
Se injectează de mai mult de 10 ani	329	277	84,2	3,3858	2,2376-5,1229	0,0001
A primit/ oferit altcuiva în ultimele 30 de zile seringi folosite anterior	205	170	82,9	1,986	1,2826 - 3,0753	0,0021
A utilizat în ultimele 30 de zile seringi folosite anterior de altcineva	187	159	85	2,3821	1,4959 - 3,7932	0,0003
A utilizat metadonă în ultimele 30 de zile	250	202	80,8	1,701	1,129 - 2,563	0,007

Notă: RR=riscul relativ, 95% CI= limitele inferioară și superioară pentru coeficientul de încredere de 95%, P(<0,005)= pragul de semnificație statistică acceptat.

Sursa: ANA

Profilul de risc pentru infecția cu HIV³⁴, conturat în urma analizei, indică un raport de șase ori mai ridicat de a contracta boala în cazul acelor consumatori de droguri care: se injectează de mai mult de 10 ani (RR=1,5633, p=0,031), și-au injectat droguri de cel puțin 24 de ori în ultimele 30 de zile (RR=2,7158, p=0,0113), au debutat în consumul injectabil de droguri la vârste sub 18 ani (RR=1,4675, p=< 0,05), au utilizat metadonă în ultimele 30 de zile (RR=1,5567, p=0,0226), au utilizat NSP în ultimele 30 de zile (RR=3,0021, p=0,0003), au primit și utilizat pentru consum propriu sau au oferit altcuiva în ultimele

³⁴ Având în vedere numărul redus de cazuri luate în considerare (sub 100 în majoritatea situațiilor analizate), analiza bivariată a variabilelor socio-demografice, a celor privind comportamentele de injectare și sexuale, precum și a tipurilor de droguri utilizate trebuie interpretată cu precauție și poate fi utilizată doar în sens orientativ în ceea ce privește identificarea unor potențiali factori de risc pentru infecția cu HIV.

30 de zile seringi folosite anterior (RR=2,1335, p=0,0001), **au utilizat în ultimele 30 de zile seringi folosite anterior de altcineva** (RR=2,3736, p=< 0,0001).

Tabel 6- 11: Factori de risc pentru infectarea cu HIV

FACTOR	HIV+					
	N	n	%	RR	95% CI	p (<0,05)
<i>Se injectează de mai mult de 10 ani</i>	329	106	32,2	1,5633	1,0417 - 2,3461	0,031
<i>Și-a injectat droguri de cel puțin 24 de ori în ultimele 30 de zile</i>	459	141	30,7	2,7158	1,2534 - 5,8846	0,0113
<i>Debut în consum sub 18 ani</i>	276	90	32,6	1,4675	1,0000 - 2,1534	0,05
<i>A utilizat metadonă în ultimele 30 de zile</i>	229	78	34,1	1,557	1,064 - 2,278	0,022
<i>A utilizat NSP în ultimele 30 de zile</i>	149	77	51,7	4,321	2,868-6,510	< 0,0001
<i>A primit/ oferit altcuiva, în ultimele 30 de zile, seringi folosite anterior</i>	205	79	38,5	2,1335	1,4519 - 3,1351	0,0001
<i>A utilizat în ultimele 30 de zile seringi folosite anterior de altcineva</i>	187	76	40,6	2,3736	1,6090 - 3,5015	< 0,0001

Notă: RR=riscul relativ, 95% CI= limitele inferioară și superioară pentru coeficientul de încredere de 95%, P(<0,005)= pragul de semnificație statistică acceptat.

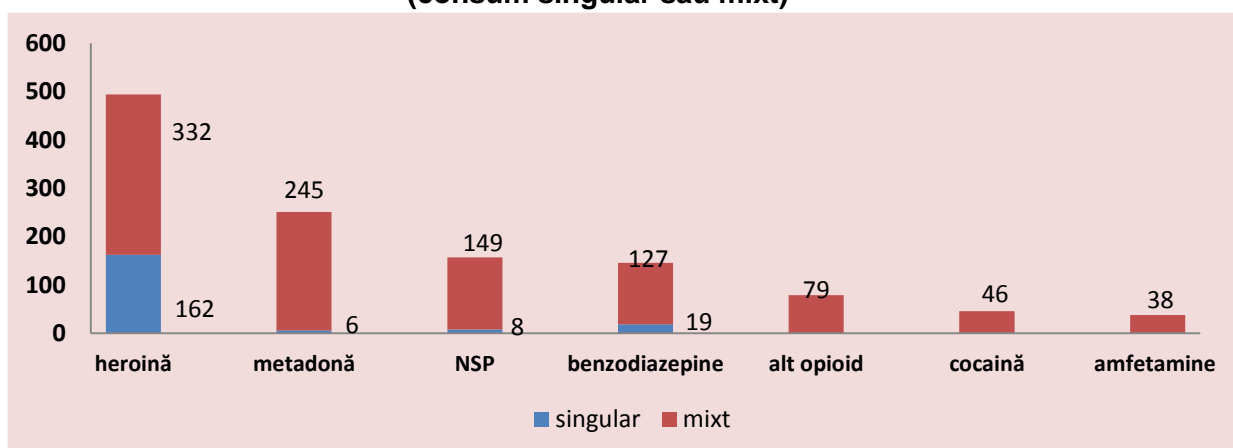
Sursa: ANA

Consum de droguri, practici de injectare și disponibilitate a echipamentului de injectare

Din punct de vedere al **drogului utilizat**³⁵, marea majoritate a respondenților a declarat **consum de heroină (95%)**, acesta fiind urmat de **metadonă (48,1%)**, **NSP (28,5%)**, **benzodiazepine (24,3%)** sau **amestecuri**, dintre care **cele mai populare (cel mai des utilizate) sunt: heroină amestecată cu metadonă - 23,4% sau opioide cu NSP (heroină cu “legale” - 23,6% sau metadonă cu “legale” - 11,3%)**.

³⁵ Răspuns multiplu

Grafic 6- 25: Distribuția cazurilor (nr.) după tipul de consum al drogului declarat (consum singular sau mixt)

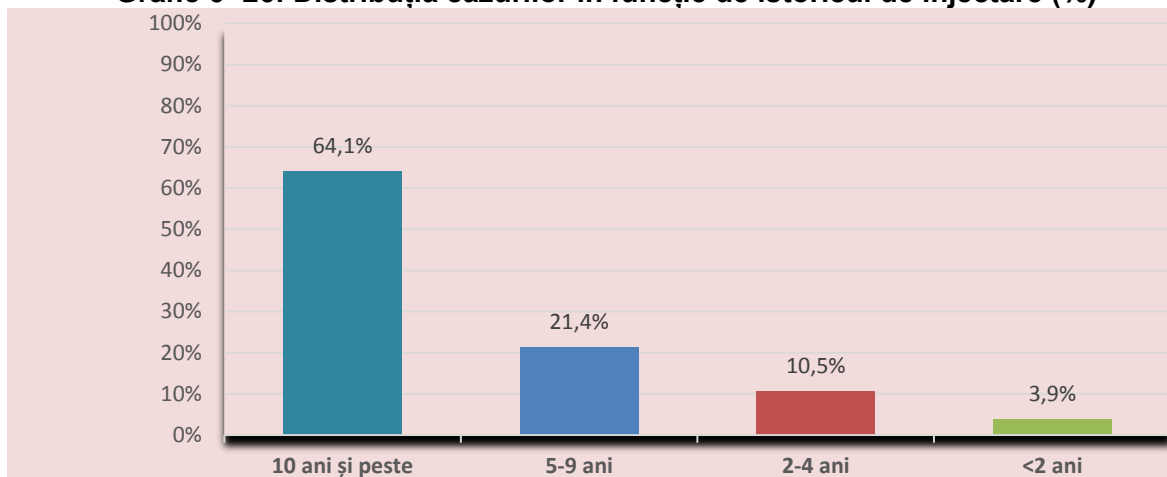


Sursa: ANA

Considerând **tipul de consum**, în cadrul eșantionului predomină **consumul mixt (consum de multiple droguri sau amestecuri ale acestora) - 62,6%**. *Analiza datelor* privind drogurile de consum declarate de respondenți și a caracteristicilor acestora, **pare să indice o populație în marea ei majoritate compusă din consumatori de heroină, care suplimentează substanța principal utilizată cu orice alte droguri obținute conjunctural, fie pentru a amplifica efectul heroinei consumate, fie pentru a experimenta soluții mai sigure (din punct de vedere legal) și mai puțin costisitoare pentru menținerea consumului și evitarea sevrajului.**

Vârsta medie de debut în consumul injectabil de droguri este de 19,5 ani, iar mai mult de jumătate dintre subiecți (53,6%) declară că au inițiat consumul de droguri înainte sau la împlinirea vârstei de 18 ani. Bărbații tind să inițieze injectarea de droguri la vârste mai mici (13,7% la vârste sub 14 ani), în timp ce, femeile debutează în consum după vârsta de 25 de ani (21,3%).

Grafic 6- 26: Distribuția cazurilor în funcție de istoricul de injectare (%)



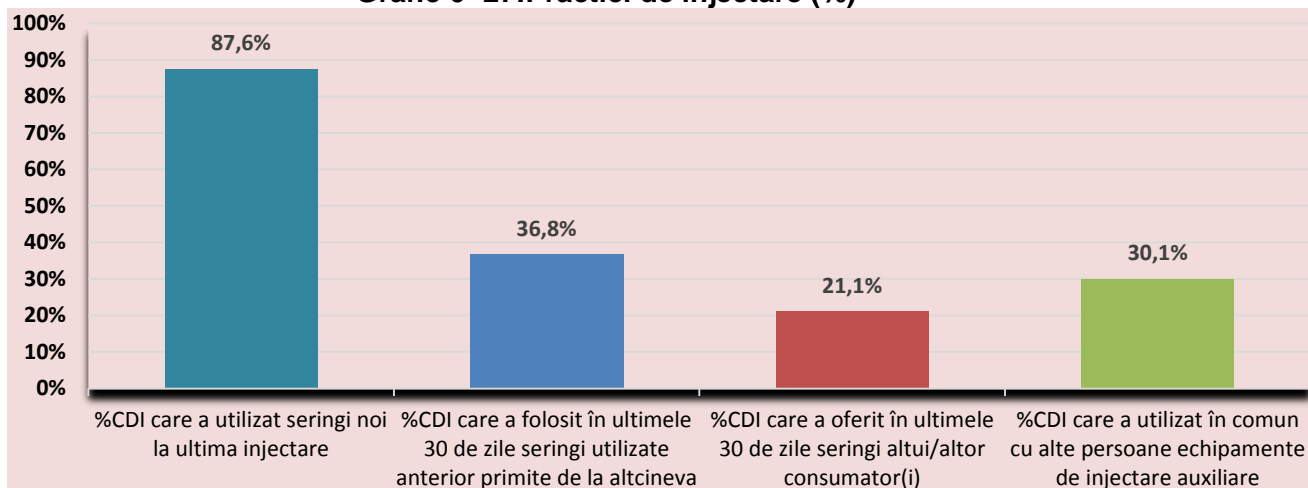
Sursa: ANA

În contextul eșantionului analizat, **durata medie a consumului** de droguri este de **aproape 12 ani**, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în **categoria celor cu un istoric de consum de 10 ani și peste (64,1%)**. Procentul celor care declară **mai puțin de doi ani de injectare este de 3,9%**, vârsta medie a acestui tip de consumatori fiind de **27,1 ani**.

Proporția de consumatori de droguri care **și-au injectat droguri cel puțin o dată pe zi în ultimele 30 de zile** este de **87,6%**. Respondenții declară că și-au injectat droguri, **în medie, de 2,7 ori pe zi, în aproximativ 26 de zile** din ultima lună anterioară interviului.

Din totalul celor investigați cei mai mulți dintre subiecți (**57%**) declară că **s-au injectat de 2-3 ori pe zi, 22% declară o singură injectare, iar 17% raportează 4 - 5 episoade de consum injectabil pe zi**. În funcție de **frecvența utilizării în ultimele 30 de zile**, se remarcă un **model intensiv de consum** (utilizarea drogului de **4 - 5 ori sau peste 6 ori pe zi**) în cazul **NSP, cocainei și altor opioide decât heroină, metadonă sau buprenorfină**. Modelul de consum predominant este unul asemănător celor înregistrate în cazul studiilor similare din anii 2009 și 2010, **când heroina era principalul drog** de consum declarat de respondenți.

Grafic 6- 27:Practici de injectare (%)



Sursa: ANA

Aproape jumătate (**48,1%**) dintre consumatori de droguri injectabile declară că **au utilizat în comun (primesc sau oferă) ace/ seringi, în ultimele 30 de zile** de consum.

Deși marea majoritate a respondenților (**87,6%**) declară că **a utilizat la ultima injectare seringi noi**, un procent important (**36,8%**) **a folosit în ultimele 30 de zile seringi utilizate anterior de altcineva**. **21,1%** dintre consumatori de droguri injectabile intervievați **au oferit, în ultimele 30 de zile, seringi altor consumatori**, iar **30,7%** din totalul eșantionului **au utilizat în comun cu altcineva echipamente de injectare auxiliare** (fiolă, filtru, linguriță etc.).

Din totalul celor care declară că au folosit în ultimele 30 de zile anterioare interviului seringi/ ace utilizate anterior, 53% au împrumutat/ primit seringi de la 1 - 2 persoane, 33,3% de la 3 - 5 persoane, iar 10,7% de la mai mult de 10 persoane.

În ceea ce privește **sursele de procurare** a echipamentului steril de injectare, **65,4%** dintre respondenți au obținut acest echipament din **surse considerate sigure (63,6% de la farmacie, 0,3% de la centrele de schimb de seringi, 1,5% de la ambulanța socială)**, dar se remarcă proporții importante ale celor care declară **ca furnizori, prietenii care se injectează (14,7%) ori persoanele de la care cumpără drogurile (14,1%)**.

Din totalul celor care au declarat că s-au injectat în ultimele 30 de zile, 84,5% au avut la dispoziție mai mult de 15 seringi pentru consum personal³⁶. Consumatorii care au utilizat în ultimele 30 de zile droguri au avut la dispoziție pentru consum propriu, în medie, 59 seringi noi/ sterile.

³⁶ Aceasta fiind limita stabilită de EMCDDA consistentă cu pragul de 200 de seringi sterile/ an per beneficiar definit de OMS ca limită minimă de acoperire cu acest tip de serviciu pentru a preveni infectarea cu HIV în sub-populațiile de consumatori de droguri injectabile.

Dacă ne referim la **gradul de acoperire cu seringi sterile** în populația investigată, acesta este de aproximativ **76,4%**³⁷.

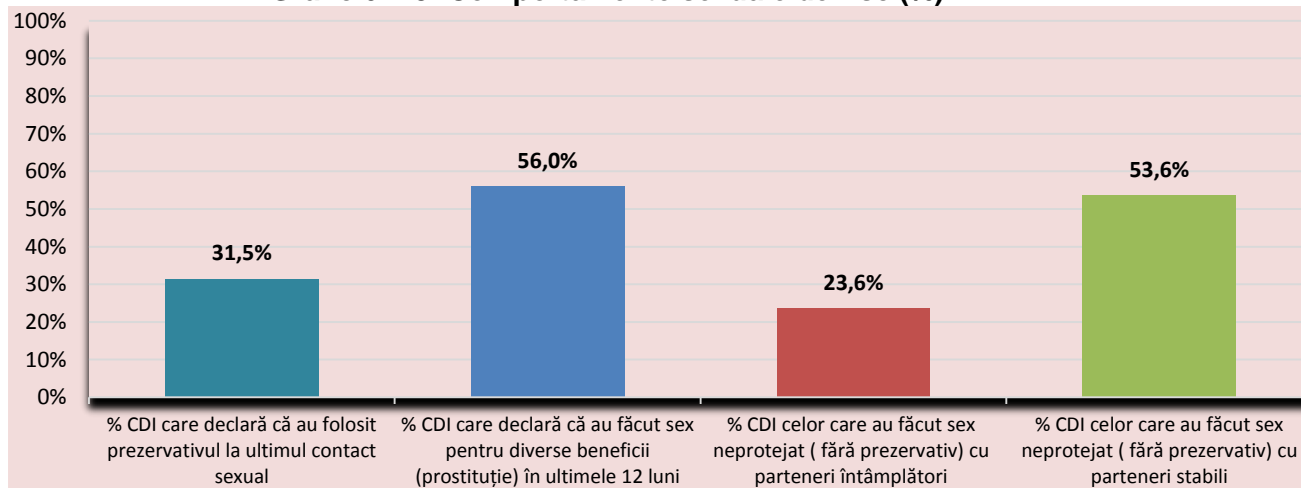
Comportamente sexuale de risc

Un indicator relevant la nivel național, european și internațional privind expunerea la riscul de infectare cu HIV și hepatite virale îl reprezintă procentul celor care, **în ultimele 12 luni anterioare interviului**, declară că **au avut relații intime cu mai mult de un partener**, proporție care în cazul acestui studiu este de **41,4%** din totalul consumatorii de droguri injectabile investigați.

Aproape **un sfert dintre respondenți au avut contacte sexuale cu mai mulți parteneri stabili în ultimele 12 luni (9,7% cu 2 parteneri, 4,6% cu 3 parteneri, iar în 9,7% din cazuri sunt menționați mai mult de 4 parteneri)**. Similar, **43,8%** din totalul respondenților **au avut contact sexual cu cel puțin un partener întâmplător în ultimele 12 luni (20,4% cu mai mult de 4; 7,5% cu 3; 8,4% cu 2, iar 7,5% declară un singur astfel de partener sexual)**.

5,6% dintre consumatorii de droguri injectabile din eșantion declară că **în ultimele 12 luni au oferit sex contra diverselor beneficii (5% dintre bărbați și 13,6% dintre femei)**.

Grafic 6- 28: Comportamente sexuale de risc (%)



Sursa: ANA

Analizând datele privind comportamentele sexuale de risc, se constată că **aproape 7 din 10 consumatori de droguri injectabile intervievați au avut ultimul contact sexual fără prezervativ (doar 31,5% au folosit prezervativul)**, majoritatea (**53,6%**) **a făcut sex**

³⁷ Față de un necesar de 38134 seringi sterile corespunzător numărului total de injectări în ultimele 30 de zile, cu o medie de cca. 73 de injectări/ lună, consumatorii de droguri injectabile intervievați au avut la dispoziție în ultimele 30 de zile 29124 seringi sterile

neprotejat cu mai mulți parteneri stabili în ultimul an și aproape un sfert (23,6%) au întreținut relații intime neprotejate cu parteneri întâmplători.

Cunoștințe despre HIV, VHB și VHC

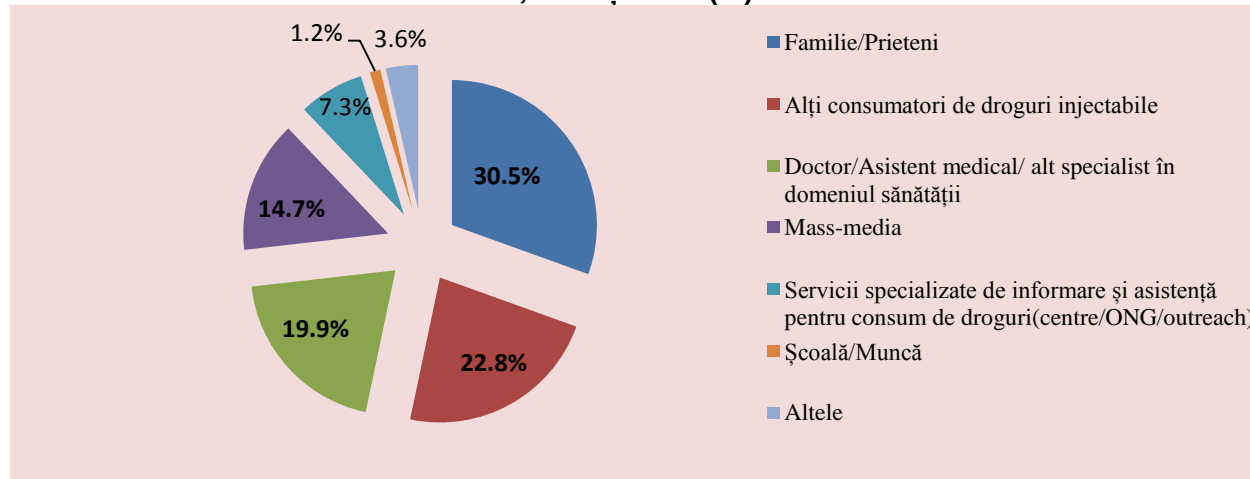
Majoritatea subiecților intervievați **cunoaște principalele tipuri de hepatite virale**, cele mai frecvent identificate fiind hepatitele de tip B și C.

89,3% dintre ei **apreciază utilizarea în comun de ace și seringi drept modalitate principală de transmitere a infecțiilor hepatice**, fiind conștienți de riscurile la care se expun datorită consumului injectabil de droguri.

Se remarcă însă un **nivel relativ scăzut de cunoaștere al celorlalte potențiale căi de infectare și un nivel mai bun de informare în cazul subiecților de gen feminin și, în special, a celor aflați în grupa de vârstă 25 - 34 ani**, care este de altfel și grupa cu cele mai mari prevalențe ale bolilor infecțioase supravegheate

Concluziile, în ceea ce privește evaluarea nivelului de cunoaștere a modalităților de transmitere a virusului HIV/ SIDA, sunt similare celor înregistrate în cazul hepatitelor.

Grafic 6- 29: Surse de informare utilizate în ultimele 12 luni în ce privește infecția cu HIV, VHB și VHC (%)



Sursa: ANA

În ceea ce privește **sursele de informare** privind infecțiile cu HIV și hepatite virale, consumatorii intervievați declară prioritare **sursele de informare ne-specializate: familia și prietenii (30,5%), alți consumatori de droguri injectabile (28,8%).**

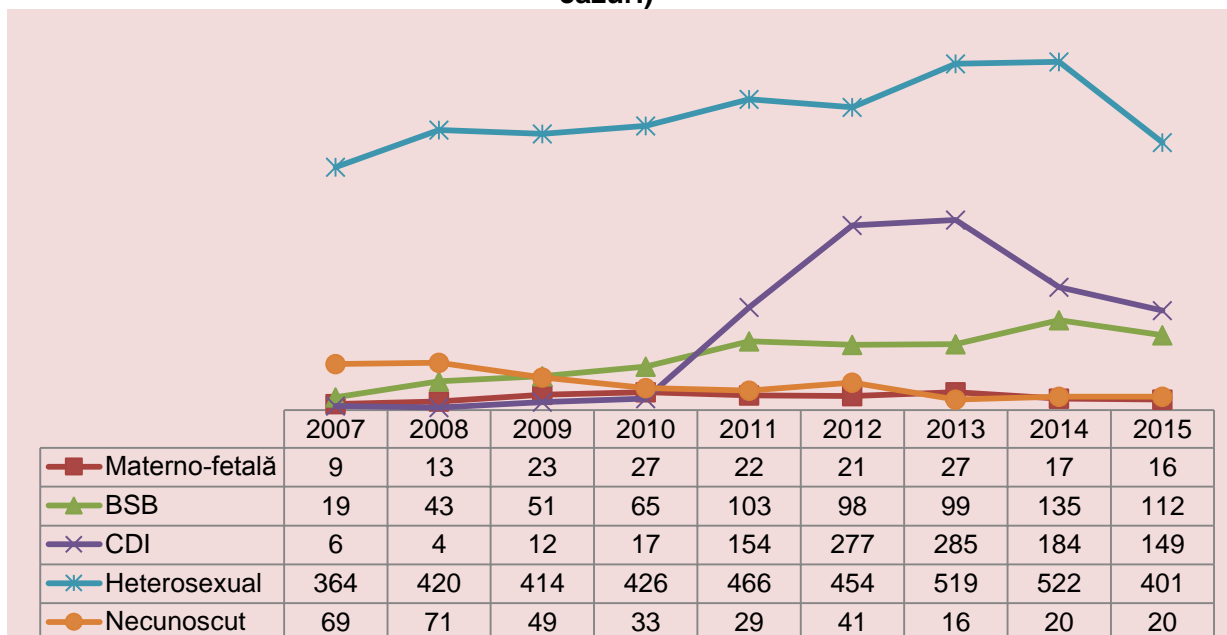
Abia pe locul trei sunt ierarhizate **informațiile primite din partea unui profesionist în domeniul medical (19,9%), urmate de cele semi-specializate preluate din mass-media (14,7%).**

6.3.4.Tendențe

A. NOTIFICĂRI

Incidența infectării cu HIV a populațiilor de consumatori de droguri injectabile din România (**fenomen localizat, în principal, în București**) a început să crească odată cu apariția pe piața drogurilor a substanțelor noi cu proprietăți psihoactive, **în perioada 2010 - 2012**, când numărul cazurilor de consumatori de droguri injectabile, nou diagnosticate în cadrul sistemului național de supraveghere epidemiologică, a crescut abrupt, comparativ cu perioada anterioară.

Grafic 6- 30: Tendențe în calea de transmitere în România, în perioada 2007 – 2015 (nr. cazuri)



Notă: *BSB- bărbați care fac sex cu bărbați, **CDI – consumatori de droguri injectabile

Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”

Prin **implementarea acțiunilor de combatere a traficului ilicit** cu aceste substanțe și în urma intervențiilor directe ale autorităților pentru compensarea deficitului de resurse existent pentru menținerea programelor specializate de reducere a riscurilor, după vârful înregistrat în perioada 2012 - 2013, **curba notificărilor de noi infectări cu HIV a început să devină descendentă și continuă această tendință și în 2015** (când se înregistrează 149 cazuri noi, față de 285 în 2013).

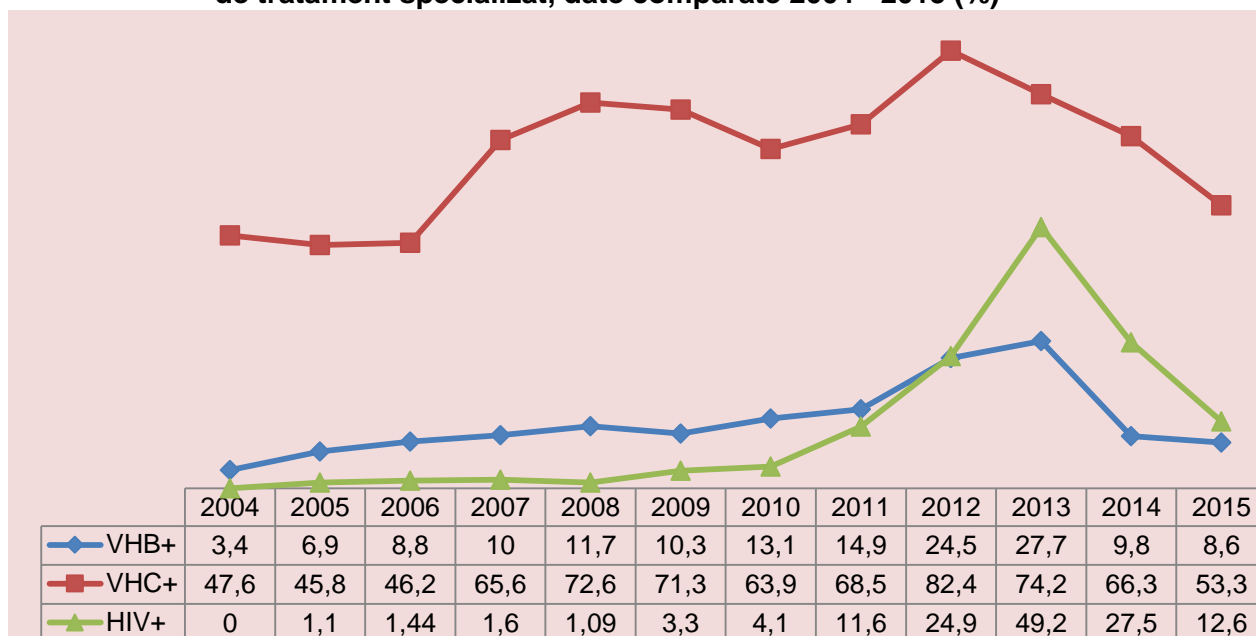
La nivelul anului 2015, **în condițiile reducerii disponibilității unor servicii, dar și a scăderii a consumului de NSP, incidența cazurilor noi de HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile continuă să urmeze o tendință descendentă, situându-se însă la valori similare anului 2011, când a fost identificat focarul epidemiologic din București.**

B. PREVALENȚĂ

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 (2015):

- **Scădere ușoară pentru infecția cu VHB** (la o limită comparabilă cu anii 2007 - 2008);
- **Scădere sensibilă pentru infecția cu VHC**, față de anul anterior (cu 13 procente);
- **Scădere semnificativă pentru infecția cu HIV**, față de anul anterior, similar anului 2011.

Grafic 6- 31: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2015 (%)



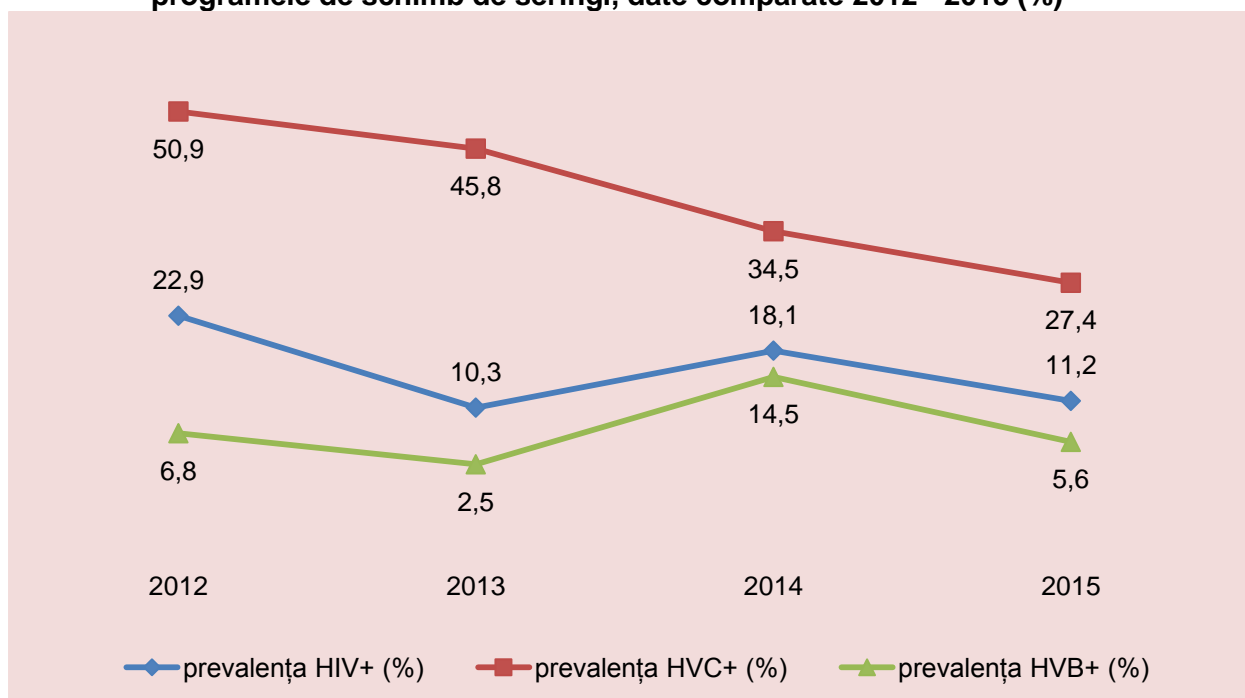
Sursa: ANA

După o **evoluție liniară în perioada 2005-2008**, **curba prevalențelor infectării cu HIV** a înregistrat **valori ușor 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. Începând cu **2014 și continuând și în 2015, 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.**

Similar celei pentru HIV, **curba prevalențelor infectării cu VHB** înregistrează o **evoluție ușor ascendentă** în perioada **2004-2006**, iar după **vârful înregistrat în 2012, scade**, în perioada **2014-2015**, până la **valori apropiate anilor 2007-2008** (anii cu creșterea cea mai accentuată).

Curba prevalențelor infectării cu VHC are cea mai sinuoasă evoluție. După o **ușoară tendință descendentă** între **2004 -2006**, evoluează **brusc ascendent în 2007-2008** și apoi, **descendent, până în 2010**, după care ajunge în **2012 la un vârf istoric, de peste 82%**. Spre deosebire de curbele celorlalte boli care își continuă tendința ascendentă și în 2013, **curba prevalenței infectării cu VHC coboară în 2014, până sub pragul de 70% și continuă această tendință și în anul 2015.**

Grafic 6- 32: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2015 (%)



Sursa: ANA

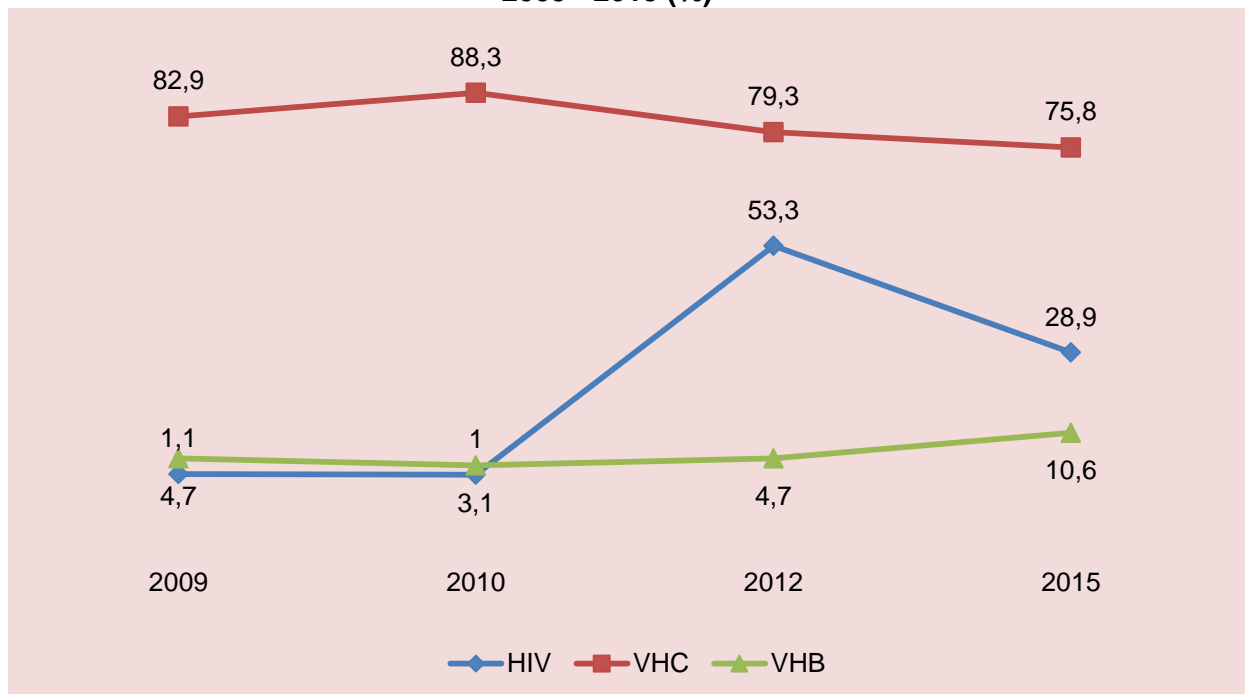
Graficul prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri în cadrul populației de consumatori activi înregistrați în programele de schimb de seringi din București pentru ultimii patru ani este similar ca evoluție cu cel realizat pentru consumatorii de droguri injectabile din programele de tratament în cazul VHC (scădere progresivă de la 50,9% în 2012, până la 27,4% în 2015).

Curbele prevalențelor HIV și VHB în rândul consumatorilor activi de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi oscilează asemănător (la valori mai mari pentru HIV), cu un vârf observat în anul 2012, pentru HIV (22,9%) și în 2014, pentru VHB (14,5%) având, în 2015, o tendință pronunțat descendentă.

Supravegherea **dinamicii bolilor infecțioase** în rândul comunităților de CDI din București este un **efort constant și o preocupare sistematică** a autorităților naționale responsabile, care, în parteneriat cu organizații neguvernamentale specializate în implementarea de programe de prevenire și reducere a riscurilor, au realizat în perioada 2009-2015 o serie de **4**

studii bio-comportamentale periodice, cu metodologii de eșantionare similare, care permit interpretarea comparativă a rezultatelor înregistrate.

Grafic 6- 33: Evoluția prevalențelor infectării cu HIV, VHB, VHC în cadrul studiilor de supraveghere bio-comportamentală realizate în rândul CDI din București în perioada 2009 - 2015 (%)



Sursa: ANA

Evoluția alarmantă a **prevalenței HIV** între anii 2010 - 2012 **semnala un focar de infecție în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București**. Dacă în cazul **studiilor din anii 2008 și 2010 această prevalență se situa în jurul valorii de 1%, în 2012 a atins valoarea de 53,3%**, mai mult de jumătate dintre CDI recrutați fiind infectați cu HIV. În cazul studiului din 2015, prevalența HIV înregistrată (28,9%) este în scădere cu aproape 25 puncte procentuale față de 2012.

Prevalența VHC înregistrată **în perioada 2009 - 2012 (în jurul valorii prag de 80%)** se asociază adesea cu practici sau comportamente riscante specifice (sex neprotejat, sex comercial, utilizarea în comun a acelor, seringilor sau altor echipamente auxiliare de injectare etc). Deși **nu înregistrează o scădere foarte abruptă comparativ cu studiul anterior (mai puțin de 5%)**, prevalența VHC semnalată de studiul din 2015 continuă tendința descendentă inițiată în 2010.

O creștere sensibilă se înregistrează, însă, în cazul **prevalenței VHB**, care se dublează în cazul studiului din 2015, comparativ cu cea identificată prin studiul din 2012.

6.3.5.Concluzii

Datele prevalente și comportamentale recente (din ultimul studiu de supraveghere serologică și comportamentală realizat în 2015) confirmă subgrupa de consumatori de droguri injectabile activi din București (populația ascunsă, aflată doar conjunctural în contact cu serviciile specializate de tratament) drept cea mai vulnerabilă din punct de vedere al riscului de infectare cu HIV și hepatite virale B și C.

Prevalențele înregistrate în rândul CDI din programele de schimb de seringi, în scădere față de anul anterior, sunt comparabile cu cele remarcate în cazul consumatori de droguri injectabile din serviciile de asistență specializate (cu excepția prevalenței infectării cu VHC, care este aproape dublă în tratament, față de programele de seringi).

Analiza datelor disponibile relevă prezența semnificativă a unor comportamente de risc privind infectarea cu bolile supravegheate menționate, 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 care prezintă, în proporții ridicate, co-morbiditate psihiatrică asociată.

Tendința înregistrată anterior, de stabilizare sau chiar ușor declin al numărului de cazuri notificate (nou diagnosticate) de infectare cu HIV, continuă și în 2015.

Toate aceste aspecte justifică menținerea unui nivel de alertă la nivelul autorităților responsabile, continuarea monitorizării și extinderea acoperirii cu servicii de reducere a riscurilor asociate consumului injectabil de droguri.

6.3.6.Recomandări

În ultimii trei ani au fost realizate eforturi semnificative pentru limitarea epidemiei de HIV și prevenirea de noi infectări cu VHC sau VHB în rândul consumatorilor de droguri injectabile, dar este încă nevoie de extinderea acoperirii și creșterea intensității măsurilor de răspuns prin intervenții directe, focalizate și coordonate, precum:

- **Monitorizarea sistematică a comportamentelor de risc, a prevalenței infectării cu HIV și hepatite virale în rândul CDI și a accesibilității și adresabilității la servicii a acestui tip de consumatori atât prin *procesul de colectare „de rutină” a datelor specifice, cât și prin implementarea periodică a unor studii de supraveghere serologică și comportamentală* (creșterea volumului și calității datelor colectate).**
- **Creșterea vizibilității serviciilor specializate disponibile prin organizarea de *campanii de informare adresate acestei populații* (intervenții tip “peer to peer”, suport și informare la nivelul familiilor și mass-media).**

- **Asistarea consumatorilor de droguri injectabile pentru obținerea actelor de identitate**, factor ce ar putea contribui la creșterea accesului lor la resursele publice de asistență.
- **Creșterea disponibilității și capacității serviciilor de testare pentru boli infecțioase (rapidă și de confirmare) și completarea acestora cu servicii de consiliere pre și post-testare.**
- **Menținerea și dezvoltarea programelor de schimb de seringi în vederea atragerii și referirii cazurilor identificate către servicii de nivel superior, de confirmare și tratament specializat.**
- **Susținerea implicării lanțurilor farmaceutice în furnizarea de echipament steril de injectare** pentru CDI, având în vedere disponibilitatea limitată a programelor de schimb de seringi.
- **Creșterea disponibilității serviciilor de tratament substitutiv cu opiacee**, luând în considerare revenirea la modelul "tradițional" de consum de heroină.
- **Creșterea disponibilității și accesibilității tratamentului pentru hepatita C.**
- **Consolidarea cooperării între serviciile de prevenire a infectării cu HIV și hepatite virale destinate CDI și cele de tratament specializat**, mai ales în ceea ce privește **comunicarea datelor privind cazurile identificate și referirea acestora**, în vederea asigurării unui sistem eficient de tip "cascadă a serviciilor".

6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII

6.4.1. Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri

În domeniul politicilor antidrog, anul 2015 s-a remarcat prin aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018 și a Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 - 2018³⁸, documente strategice prin care sunt asigurate fondurile necesare realizării unor obiective din cadrul Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020. Programul național, implementat de către Agenția Națională Antidrog, include Subprogramul IV – *Asistență integrată nivel I – rețeaua serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri*, prin care se urmărește realizarea următoarelor obiective specifice:

³⁸ H.G. nr. 659/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 03.IX.2015

- **Întărirea serviciilor de tip programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri;**
- **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.

De asemenea, în cadrul **Subprogramului III – Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și noi substanțe psihoactive** este prevăzut Obiectivul specific d) *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.*

Programul de interes național cuprinde o secțiune dedicată reducerii riscurilor în care sunt prevăzute **5 subprograme**, și anume:

- I. **Dezvoltarea serviciilor sociale tip adăpost pentru consumatorii de droguri**, care vizează constituirea unui adăpost cu 10 locuri, care să ofere și servicii de asistență specifice;
- II. **Dezvoltarea serviciilor mobile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri**, prin care se urmărește dezvoltarea a 3 servicii de outreach în București;
- III. **Dezvoltarea intervențiilor pentru românii care lucrează în străinătate, care se deplasează frecvent în străinătate și pentru imigranții care consumă droguri**, prin realizarea unei platforme online pe care să o acceseze românii consumatori de droguri aflați în afara țării și a 2 ghiduri cu informații specifice pentru cetățenii români și pentru imigranții consumatori de droguri;
- IV. **Realizarea unei baze de date online privind serviciile de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare a bolilor asociate consumului de droguri**, care să fie accesată prin intermediul unui site interactiv; de asemenea, acest subprogram prevede realizarea unei aplicații online cu simularea circuitului integrat de asistență.
- V. **Dezvoltarea unui centru social pentru copiii consumatori de droguri**, care să aibă o capacitate de 15 locuri și să se afle într-o zonă de risc pentru consumul de droguri.

Programul de interes național se adresează furnizorilor autorizați de servicii de asistență medicală, psihologică și socială acordate consumatorilor de droguri, cât și celor care elaborează proiecte/ programe de prevenire a consumului de droguri.

În domeniul politicilor de sănătate publică, în anul 2015, au fost aprobate, prin H.G. nr. 206/2015, cu modificările și completările ulterioare, **Programele naționale de sănătate**

pentru anii 2015 și 2016³⁹. Programele naționale de sănătate publică⁴⁰ cu implicații asupra bolilor infecțioase asociate și consumului de droguri sunt:

- **Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare,**
- **Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV,**
- **Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.**

În cadrul **Programului național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV** au fost prevăzute următoarele **activități adresate consumatorilor de droguri injectabile**: schimb de seringi, promovarea screening-ului infecției HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile, îndrumarea celor cu rezultate HIV+ către specialistul infecționist. De asemenea, printre activitățile prevăzute la nivelul spitalelor de boli infecțioase sau în care există secții de boli infecțioase, sunt prevăzute activitatea de acordare gratuită a seringilor și acelor de unică folosință⁴¹ fie prin structurile proprii, fie prin organizațiile neguvernamentale⁴², cât și cea de colectare/ recuperare a seringilor și acelor utilizate în cadrul schimbului de seringi.

În cadrul **programelor naționale de sănătate curative**⁴³ este prevăzut **Programul național de sănătate mintală** prin care este asigurat **tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoanele cu toxicod dependență**.

În **Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020**⁴⁴, adoptată prin H.G. nr. 121/2015⁴⁵, sunt prevăzute, în cadrul Subpunctului 1.2.4 **Îmbunătățirea vitezei de depistare a tuberculozei în grupurile la risc mare, activități care presupun** identificarea, formarea și contractarea organizațiilor comunitare/ neguvernamentale care interacționează cu consumatorii de droguri injectabile, în vederea furnizării, de către acestea, de servicii tuberculozei printr-un „mix de intervenții” (educație de la egal la egal, informare-educare-consiliere, identificarea și referirea persoanelor suspecte de boli infecțioase, servicii de reducere a riscurilor de tip outreach, testare HIV și hepatite etc), cât și asigurarea fondurilor necesare pentru acordarea serviciilor pentru diagnosticul și tratamentul tuberculozei în rândul consumatorilor de droguri injectabile. Astfel, este reliefat rolul important pe care societatea civilă îl are în relația cu membrii grupurilor vulnerabile. De asemenea, Ministerul Sănătății își

³⁹ Normele tehnice de realizare a Programelor naționale de sănătate publică au fost aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 386/2015, cu modificările și completările ulterioare, iar cele de realizare a programelor naționale de sănătate curative prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015

⁴⁰ Finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății

⁴¹ Distribuite de către direcțiile de sănătate publică teritoriale

⁴² În baza contractelor încheiate cu organizațiile neguvernamentale

⁴³ Finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

⁴⁴ Vezi capitolul *Consumul de droguri în penitenciare*

⁴⁵ Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 195 din 24.III.2015

asumă, prin acest document, obligația de a asigura medicația pentru tratamentul tuberculozei (Rifabutin) pentru consumatorii de droguri injectabile aflați în tratament de substituție cu metadonă.

6.4.2. Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

Astfel, după cum a fost menționat și în ultimul raport național, principalii actori instituționali implicați în problematica limitării consecințelor asociate consumului de droguri sunt **Agencia Națională Antidrog, Ministerul Sănătății (Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș”)** și **Administrația Națională a Penitenciarelor**.

Pe segmentul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri, **societatea civilă** este reprezentată, preponderent, de două organizații neguvernamentale: **Asociația Română Anti-Sida (ARAS)** și **Asociația Carusel**, ambele membre ale **Rețelei Naționale de Harm Reduction (RHRN)**.

6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor

6.4.3.1. Informare, educare, consiliere

În anul 2015, în cadrul **Subprogramului IV din Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018**, s-a realizat **achiziționarea bunurilor necesare susținerii serviciilor de tip reducerea riscurilor și a consecințelor asociate consumului de droguri**: materiale sanitare – seringi insulină 1ml și prezervative și materiale informative – flyere și broșuri, în valoare de 19499 lei. Prin **centrele de reducere a riscurilor existente la nivelul municipiului București, 4161 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de servicii de informare în cadrul celor 17893 contacte avute cu personalul centrelor respective. Serviciile de consiliere psihologică au fost accesate de 73 consumatori de droguri injectabile (259 contacte), iar cele de consiliere socială, de 847 consumatori de droguri injectabile (4809 contacte). Totodată, 418 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de consiliere pre și post testare HIV⁴⁶.**

Asociația CARUSEL, în parteneriat cu APDES Portugalia și Rainbow Olanda, a realizat pliante informative referitoare la HIV, supradoză, panică, hepatita C și injectare corectă, care

⁴⁶ Date extrase din baza națională de date aferentă indicatorului *Programe de schimb de seringi* pentru anul 2015

au fost distribuite către 500 **consumatori de droguri injectabile**. Suma, asigurată de către DG Justice, a fost de aproximativ 800 euro.

De asemenea, prin aplicația **Baza de date a instituțiilor de asistență în domeniul dependenței**, constituită la nivelul Agenției Naționale Antidrog, persoanele interesate pot accesa informații utile privind serviciile de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare a bolilor asociate consumului de droguri, disponibile la nivel național. Astfel, la nivelul anului 2015, **în cadrul acestei aplicații existau 70 înscrieri valide (58 instituții de stat, 6 organizații neguvernamentale și 6 organizații private) dintre care 63 instituții oferă servicii specifice în regim gratuit.**

Proiecte/ campanii inițiate/ derulate în anul 2015:

- **Campania de prevenire și reducere a riscurilor asociate consumului de droguri „Fără riscuri în plus!”** - Safe Parties Festivalul Summer Well, **derulată de Agenția Națională Antidrog, în parteneriat cu Asociația Carusel și cu organizatorii festivalului** (S.C. LIVADA S.R.L), s-a desfășurat în august 2015 și a avut peste 5000 beneficiari direcți. În cadrul acestei campanii, au fost distribuite 500 materiale.
- Prin proiectul **„Drug Consumption Rooms (DCRs) – Advocacy Project”**, **derulat de Asociația CARUSEL în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog și Rețeaua Română de Harm Reduction** a fost subliniată necesitatea înființării camerelor de consum, ca parte a serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri și, implicit, a creării cadrului legal adecvat dezvoltării acestui tip de intervenție. Acest proiect s-a adresat, deopotrivă, decidenților, cât și reprezentanților mass-media și populației generale. Finanțarea acestui proiect, în valoare de aproximativ 100000 USD, a fost asigurată de Open Society Foundations, Public Health Program.
- **Proiectul „Metodologia de lucru cu adolescentul care consumă droguri – o urgență”**, **implementat de ARAS cu sprijinul tehnic și financiar al UNICEF România**, urmărește creșterea accesului adolescenților consumatori de droguri la serviciile de asistență integrată specifice. În anul 2015, **au fost parcurse mai multe etape ale proiectului la care au participat specialiștii Agenției Naționale Antidrog**, și anume:
 - 1 întâlnire de lucru pentru validarea raportului de analiză a normelor sociale cu influență asupra comportamentelor la risc ale adolescenților;
 - 3 întâlniri de lucru pentru implementarea Metodologiei de lucru cu adolescentul care consumă droguri;
 - *Cercetarea calitativă privind accesul adolescenților care consumă droguri la servicii de asistență medicală, psihologică și socială*, prin care s-a urmărit înțelegerea și explicarea factorilor care condiționează accesul adolescenților consumatori de

droguri la serviciile de asistență integrată. În cadrul acestui demers, specialiștii CPECA din București, Bacău, Cluj și Constanța au participat la un focus grup privind asistența integrată în ansamblul ei: cadrul legal, politici antidrog, servicii disponibile, nevoia de asistență a adolescenților consumatori de droguri și a familiilor acestora;

- 1 atelier de lucru cu reprezentanții structurilor cu atribuții și competențe în asistența minorilor adolescenți care consumă droguri.

➤ **Proiectul „M...de la Morpheus”, derulat de Fundația Familia și Ocrotirea Copilului în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog**, are ca scop îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu istoric de consum de droguri care se află într-o formă de tratament, prin a oferi sprijinul necesar reintegrării sociale a acestora. Proiectul este structurat pe două componente: constituirea unui centru de zi, în care persoanele cu istoric de consum de droguri să beneficieze de servicii sociale, psihologice și educaționale și desfășurarea unei campanii de prevenire a consumului de droguri axate pe consecințele consumului în plan personal/ social/ comunitar și bolile infecțioase asociate, precum și pe atitudinea manifestată față de persoanele vulnerabile. Perioada de implementare a proiectului este de 12 luni, iar finanțarea acestuia este asigurată prin granturile SEE 2009-2014, în cadrul Fondului ONG în România.

➤ **Proiectul „Tratament pentru toți, acum!”, implementat de Asociația Română Anti-SIDA (ARAS) în parteneriat cu Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT) și Fundația PARADA**, urmărește reducerea incidenței și a mortalității tuberculozei în rândul consumatorilor de droguri injectabile existenți în municipiul București și județul Ilfov, prin desfășurarea unor activități specifice de prevenire a infectării cu tuberculoză, HIV, VHB și VHC, cât și de referire/ însoțire către unitățile medicale de profil în vederea diagnosticării și/ sau tratării infecției tuberculoase. Proiectul, semnat la 15 aprilie 2015, este finanțat de Fondul Global de Luptă Împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei și are ca dată de finalizare sfârșitul lunii decembrie 2017.

În cursul anului 2015, au avut loc 3 întâlniri ale **Grupului intersectorial de experți din domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri – GIRRAD** prin care s-a urmărit identificarea unor soluții în vederea implementării prevederilor legislative și depășirii limitelor privind disponibilitatea asistenței specializate în asigurarea continuității tratamentului substitutiv acordat consumatorilor de droguri, dar și a unor soluții de eficientizare a modalităților practice de cooperare interinstituțională în cauzele privind consumatorii de droguri aflați în stare privativă de libertate, mai ales atunci când se impune asigurarea continuității tratamentului substitutiv. **Grupul intersectorial de experți din domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri constituit în anul 2014, la propunerea și sub coordonarea Agenției Naționale Antidrog**, reunește specialiști ai instituțiilor publice și ai societății civile în vederea dezvoltării capacității de reacție la situațiile

neprevăzute, determinate de consumului problematic de droguri, prin identificarea și tratarea, de o manieră unitară, a problemelor existente la nivelul sistemului de asistență, în special pe segmentul de reducere a riscurilor.

6.4.3.2. Testarea pentru boli infecțioase

Prin **Săptămâna europeană a testării HIV**, desfășurată în noiembrie 2015, s-a atras atenția asupra importanței testării HIV în rândul persoanelor cu comportamente la risc în vederea diagnosticării timpurii și accesării tratamentului corespunzător. În acest context, **Agencia Națională Antidrog a furnizat 1000 teste rapide de depistare HIV (dar și VHC) organizațiilor neguvernamentale ARAS și CARUSEL, precum și Administrației Naționale a Penitenciarelor.**

Conform datelor furnizate de **Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” – Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA**, în anul 2015, **pentru 21,3% dintre cazurile nou detectate, infectarea cu HIV/ SIDA a fost consecința consumului de droguri injectabile.** Potrivit aceleiași surse, **297 consumatori de droguri au fost testați pentru HIV în laboratoarele direcțiilor județene de sănătate publică.**

Analiza epidemiologică descriptivă a cazurilor de hepatită virală tip B și C, intrate în sistemul de supraveghere în anul 2015, elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică, indică faptul că **pentru 2,2% dintre persoanele identificate cu hepatită virală acută⁴⁷ tip B, calea de transmitere posibilă⁴⁸ a fost consumul de droguri injectabile.** În privința cazurilor de **hepatită virală tip C**, în anul de referință, **nu a fost înregistrat niciun caz susceptibil de a se fi infectat ca urmare a consumului de droguri injectabile.** Majoritatea testărilor pentru hepatitele virale tip B și C a fost efectuată în laboratorul din cadrul spitalelor de boli infecțioase.

6.4.3.3. Programele de schimb de seringi

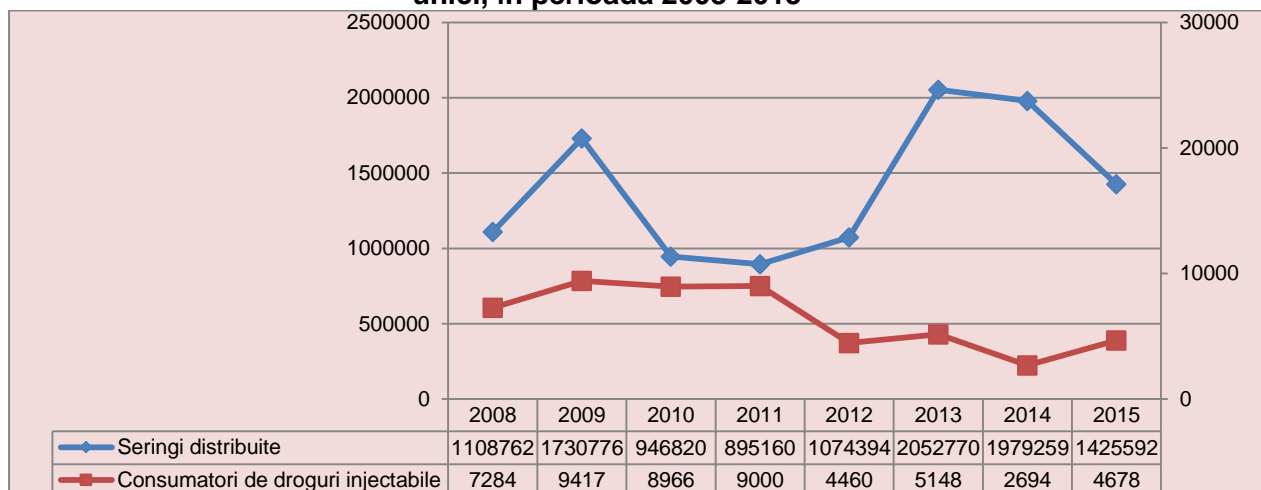
Acest tip de serviciu a fost furnizat exclusiv de către societatea civilă prin centrele fixe și unitatea mobilă destinate activităților de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri. În 2015, au fost distribuite, prin 20032 contacte, 1425592 seringi, dintre care 1282017 seringi la nivelul centrelor fixe și 143575 seringi prin *outreach*. Au fost colectate 409253 seringi utilizate, cu 68,3% mai puțin decât în anul 2014. **Materialele auxiliare distribuite** consumatorilor de droguri injectabile au inclus: 280 unități apă distilată, 436870 prezervative și 17043 tampoane sterile. În anul 2015, **4678 consumatori de droguri**

⁴⁷ Niciun caz de hepatită virală cronică tip B nu a fost asociat consumului de droguri

⁴⁸ Nu sunt excluși și alți factori de risc posibili

injectabile au beneficiat de serviciile oferite în cadrul programului de schimb seringi (17,7% prin servicii outreach).

Grafic 6- 34: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2015



Sursa: ANA

6.4.3.4. Servicii pentru prevenirea supradozelor

Astfel cum a fost menționat în raportul național anterior, **tratamentul cu naloxonă este disponibil doar în unitățile de primiri urgente și în sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat.**

În anul 2015, prin **Proiectul de prevenire și management al supradozelor, Agenția Națională Antidrog a realizat curricula de formare și documentare privind regimul naloxonei și a încheiat un protocol de colaborare cu Asociația Română de Intervenție în situații de Urgență (ARIS)** în vederea asigurării unui modul de formare pentru specialiștii Agenției Naționale Antidrog, Administrației Naționale a Penitenciarelor, Serviciului Ambulanță și Centrelor de arestare preventivă. De asemenea, au fost elaborate o serie de materiale informative, precum *Supradoza de opiacee – informații pentru consumatorii de droguri.*

Totodată, **Asociația CARUSEL a realizat Sesiuni de prevenire și intervenție în caz de supradoză**, la care au participat 15 consumatori de droguri din municipiul București.

6.4.3.5. Referirea către alte servicii

Conform datelor extrase din **monitorizarea indicatorului Programe de schimb de seringi**, în anul 2015, **centrele de reducere a riscurilor care activează pe raza municipiului București au referit/ însoțit către alte servicii, 116 consumatori de droguri injectabile.**

De asemenea, în cadrul unui **proiect finanțat de Ambasada Franței cu aproximativ 2000 euro și implementat de Asociația CARUSEL, în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, Primăria Sector 5 și SASTIPEN, 25 beneficiari au fost referiți către servicii de tratament pentru HIV, hepatite virale tip B și tip C, tuberculoză și alte boli asociate, însă doar 2 beneficiari au accesat acest tip de servicii.** În cadrul aceluiași proiect, 23 beneficiari au fost referiți către serviciile de testare voluntară și confidențială, pe baza consimțământului informat, cu asigurarea consilierii pre și post testare, pentru HIV, VHC, VHB, tuberculoză și alte infecții asociate.

În cadrul **serviciilor de asistență oferite de Agenția Națională Antidrog, 5 beneficiari** dintre consumatorii referiți, **au accesat serviciile de tratament pentru bolile asociate consumului de droguri. Toți cei 41 consumatori referiți de către specialiștii Agenției Naționale Antidrog către serviciile de testare voluntară și confidențială, pe baza consimțământului informat, cu asigurarea consilierii pre și post testare, pentru HIV, VHC, VHB, tuberculoză și alte infecții asociate consumului de droguri au accesat acest tip de servicii.**

6.4.4. Concluzii

Din perspectiva răspunsurilor instituționale la consecințele medicale ale consumului de droguri și a serviciilor de prevenire și reducere a riscurilor asociate consumului de droguri disponibile în România, **se constată următoarele aspecte:**

- **reducerea masivă (cu 82%) a numărului de seringi distribuite în outreach**, în condițiile în care unitățile mobile au depus eforturi mult mai intense pentru promovarea serviciilor de reducere a riscurilor și pentru identificarea consumatorilor de droguri pe teren prin *mapping* repetat⁴⁹.
- **dublarea numărului de beneficiari ai Programelor de schimb de seringi care au fost referiți/ acompaniați către alte servicii**, în pofida dificultăților întâmpinate la accesarea serviciilor medicale ca urmare a introducerii cardului de sănătate în sistemul de asistență medicală (spitalizarea dificilă a consumatorilor de droguri, imposibilitatea confirmării rezultatelor la testele pentru VHB și VHC, indisponibilitatea asistenței psihiatrice gratuite pentru consumatorii de droguri neasigurați), dar și a organizării serviciilor medicale (ex. accesarea serviciilor de diagnosticare a tuberculozei, în funcție de adresa de domiciliu, programul de funcționare a radiografului etc).

⁴⁹ Conform Raportului de activitate al ARAS privind serviciilor de reducere a riscurilor furnizate în anul 2015

7. PIAȚA DROGURILOR

A. ASPECTE DE NOUȚATE

Față de anul 2014, în anul 2015 piața ilicită a drogurilor din România înregistrează următoarele tendințe:

1. Creșterea cantității totale de droguri confiscate (cu 55,12%) cu următoarele caracteristici:
 - **Cantitatea totală de droguri confiscate** înregistrează **creșteri semnificative** față de anii anteriori (2015 – 1.192,792 kg, în creștere cu 55,12% față de 2014 - 768,902 kg și cu 109,7% față de anul 2013 - 568,773 kg);
 - **Numărul capturilor** de droguri este în **ușoară scădere** față de anul 2014 (**3679** capturi realizate în 2015 față de 3737 capturi în 2014), dar se menține peste valorile înregistrate în anii 2011-2013;
 - **Cele mai importante capturi** (număr și cantitate) au fost înregistrate pentru: **heroina** (334,195 kg provenind din 335 de capturi), **khat** (247,715 kg provenind din 13 capturi), **canabis** (235,19 kg provenind din 2129 capturi), **pirovalerone** (2,658 kg provenind din 185 de capturi), **benzodiazepine** (141299 comprimate provenind din 64 de capturi) și **cocaina** (71,286 kg provenind din 119 capturi);
 - **54,76%** (653,196 kg) din cantitatea totală de droguri confiscate în anul 2015 reprezintă **heroină** (334,195 kg), **cocaină** (71,286 kg) și **khat** (247,715 kg);
 - **44,3%** (528,418 kg) din cantitățile totale de droguri confiscate reprezintă capturi de **canabis**, din care: 179,757 kg canabis iarbă, 55,433 kg fragmente vegetale cu THC și 293,228 kg masă plante de canabis.
 - **Khatul** își menține prezența pe piața ilicită a drogurilor, fiind confiscate 247,715 kg, valoare în creștere față de anul 2014, când au fost confiscate 75,421 kg;
 - **Cantitatea de droguri provenită din capturile semnificative** realizate în cursul anului 2015 reprezintă **peste 94,94% din totalul confiscărilor realizate, în creștere față de anul 2014 (92%)**, astfel:
 - Total cantități droguri capturate: 1192,792 kg, 159907 comprimate, 0,596 litri și 75 doze;
 - Total cantități droguri provenite din capturi semnificative: 1132,52 kg., 154266 comprimate și 0,5 litri.
 - **Confiscările de medicamente cu conținut psihotrop și stupefiant sunt în creștere semnificativă**, în special cele din categoria benzodiazepine;
2. **Traficul și consumul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în municipiul București și județele Timiș și Constanța**

Tabel 7-1: Situația numărului de capturi de droguri în municipiul București și în județele Timiș și Constanța, în perioada 2012 – 2015

Localitate	2012		2013		2014		2015	
	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate
București	11	2,75 kg și 2.197 cp	47	109,64 kg, 19.166 cp și 0,71 l	25	49,47 kg 61.215 cp 170 doze 0,195 litri	27	164,86 kg 4.327 cp 0,5 litri
Timiș	8	25,88 kg și 350 cp	6	19,87 kg	6	32,9 kg 6.000 cp	10	85,47 kg
Constanța	4	18,82 kg și 689 cp	1	8,9 kg	5	36,34 kg	10	60.879 kg 1.297 cp

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În acest context, **traficul la nivel stradal**⁵⁰ se caracterizează prin **cantități mici capturate** (sub 5 grame/ captură, respectiv sub 250 comprimate/ captură⁵¹). Astfel, din totalul de **3275** capturi (aferele tipurilor de drog: heroină, cocaină, cannabis, MDMA, NSP și medicamente cu conținut stupefiant), **2668 de capturi au vizat cantități de droguri mai mici de 5 grame și sub 250 comprimate, 469 de capturi au vizat cantități de droguri între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură și 7 capturi au vizat cantități de droguri între 250 de comprimate/ captură și 1000 de comprimate/ captură**, astfel:

- **Heroină – 335 capturi, totalizând 334,195 kg, din care:**
 - **Cantități sub 5 grame/ captură: 309 capturi totalizând 138,97 grame (0,449 grame/ captură);**
 - **Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 22 capturi, totalizând 1074,98 grame.**
- **Cocaină – 119 capturi, totalizând 71,286 kg, din care:**
 - **Cantități sub 5 grame/ captură: 88 capturi, totalizând 98,32 grame (1,11 grame/ captură);**
 - **Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 29 capturi, totalizând 2188,03 grame.**
- **Cannabis (cannabis iarbă și fragmente vegetale cu THC) – 2129 capturi, totalizând 235,19 kg, din care:**
 - **Cantități sub 5 grame/ captură: 1698 capturi, totalizând 1736,28 grame (1,02 grame/ captură), din care 1160 capturi (522,94 grame) sub 1 gram/ captură;**

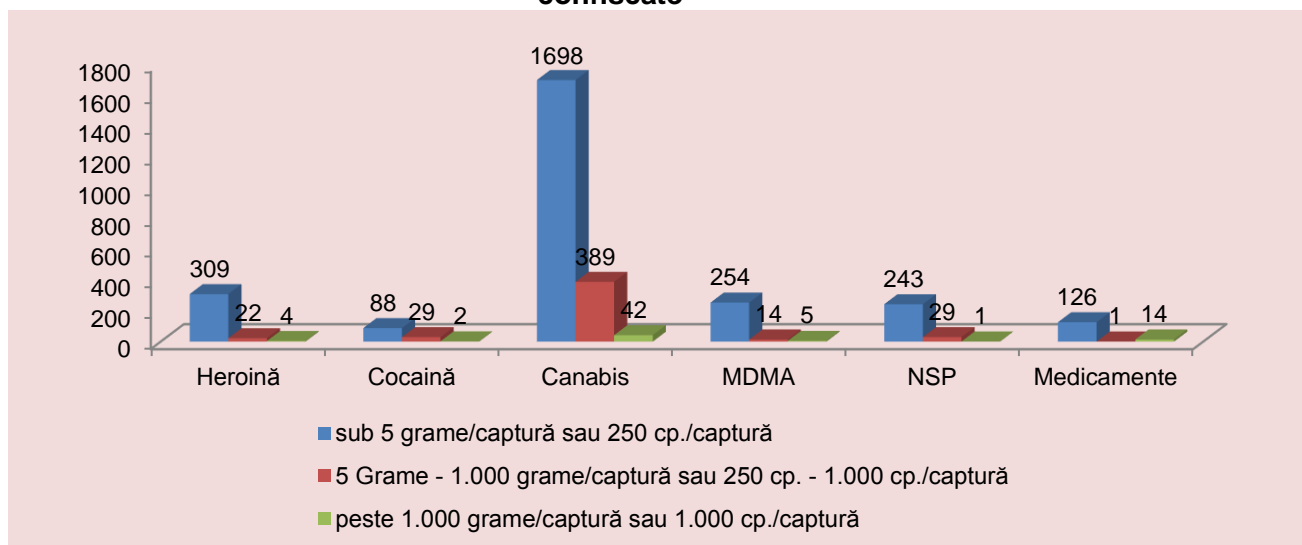
⁵⁰ Potrivit E.M.C.D.D.A., nivelul pieței drogurilor este dat de cantitățile de droguri confiscate, astfel:

- Sub 5 grame – mic trafic de droguri – la nivel stradal (en-detail);
- Între 5 grame – 1 kg – piața medie a drogurilor – la nivel stradal (en-detail);
- Peste 1 kg - captură semnificativă de droguri – vânzare cu ridicata (en-gross)

⁵¹ Potrivit U.N.O.D.C. capturile de droguri care depășesc 250 de comprimate/ captură sunt considerate capturi semnificative

- **Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 389 capturi, totalizând 41814,32 grame.**
- **MDMA – 273 capturi fiind confiscate 13794 comprimate și 0,143 kg, din care:**
 - **Cantități sub 250 comprimate/ captură sau 5 grame/ captură: 204 capturi, totalizând 3463 comprimate (~17 comprimate/ captură) și 50 de capturi, totalizând 43,8 grame (0,876 grame/ captură);**
 - **Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură sau cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 6 capturi, totalizând 3276 comprimate și 8 capturi, totalizând 99,39 grame.**
- **N.S.P. (pirovalerone, triptamine, catinone și canabinoizi sintetici) – 278 capturi, fiind confiscate 5,113 kg, din care:**
 - **Cantități sub 5 grame/ captură: 243 capturi, totalizând 109,95 grame (0,45 grame/ captură);**
 - **Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 29 capturi, totalizând 2486,56 grame.**
- **Medicamente cu conținut stupefiant (benzodiazepine, metadonă, oxicodonă, barbiturice, amfepramonă) – 141 capturi, fiind confiscate 144601 comprimate, din care:**
 - **Cantități sub 250 comprimate/ captură: 126 capturi, totalizând 1706 comprimate (~14 comprimate/ captură);**
 - **Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură: o captură de 480 comprimate.**

Grafic 7-1: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, canabis, M.D.M.A., N.S.P. și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

3. În ceea ce privește **disponibilitatea pe piața ilicită** a heroinei, cocainei, khat-ului, precum și a medicamentelor cu conținut stupefiant, **datele relevă creșteri semnificative ale cantităților confiscate față de anii precedenți** și scăderi ale cantităților de MDMA și metadonă, , astfel:

- **Heroină** (2015 – 334,195 kg, 2014 – 25,787 kg, 2013 – 111,558 kg, 2012 – 45,217 kg);
- **Cocaină** (2015 – 71,286 kg, 2014 – 34,088 kg, 2013 – 53,339 kg, 2012 – 54,703 kg);
- **Khat** (2015 – 247,715 kg, 2014 – 75,421 kg);
- **Metadonă** (2015 – 409 cp în scădere semnificativă față de 2014 – 57446 cp, 2013 – 4908 cp, 2012 – 655 cp, 2011 – 1354 cp);
- **MDMA** (2015 – 13794 cp în scădere semnificativă față de 2014 – 317966 cp, 2013 – 27506 cp, 2012 – 12861 cp, 2011 – 7594 cp).

4. **Canabis/ rezină de cannabis/ masă plante de cannabis:**

- **Cantitatea confiscată în anul 2015** totalizează **533,57 kg**, din care 179,757 kg cannabis iarbă, 55,433 kg fragmente vegetale cu THC, 293,228 kg plante de cannabis și 5,152 kg rezină de cannabis (hașiș), provenind din **2397 capturi**. 89,23% (476,15 kg) din cantitatea totală confiscată provine din **69 capturi semnificative**;
- **Cantitățile confiscate de plante de cannabis** înregistrează o scădere semnificativă (cu 30,54% mai puțin) față de anul 2014, dar se menține peste valoarea înregistrată în 2013, astfel: 2015 – 293,228 kg, 2014 – 422,164 kg, 2013 – 110,386 kg. Cu toate acestea, **se menține preocuparea traficantilor de droguri pentru dezvoltarea culturilor de cannabis**;
- **Numărul de culturi ilicite** continuă să crească și în anul 2015, fiind identificate **76 de culturi**, din care **39 indoor** (74 – 2014, 69 – 2013, 48 - 2012);
- **54,95% din cantitatea totală** confiscată reprezintă masă plante de cannabis. Cele mai importante capturi de cannabis plante au fost realizate pe raza județelor Ialomița (82,33 kg), Mureș (78,65 kg), Vaslui (29,38 kg) și Maramureș (16,8 kg);
- Cannabisul provine în special din state, precum Spania, Olanda, Cehia și România. **76,53%** din cantitatea totală confiscată (cannabis iarbă, fragmente vegetale cu THC și plante de cannabis confiscate – 404,42 kg) au avut ca **țară de producție România**;
- Rezina de cannabis își menține prezența pe piața drogurilor din România. În anul 2015 cantitatea confiscată este în scădere față de anii anteriori, fiind capturate

5,152 kg (2014 – 15,214 kg, 2013 – 24,86 kg, 2012 – 27,263 kg, 2011 – 17,572 kg).

5. Cocaină:

- **Cantitățile de cocaină confiscate sunt în creștere** față de anii precedenți (2015 – 71,286 kg, 2014 – 34,088 kg, 2013 – 53,339 kg, 2012 – 54,703 kg, 2011 – 161,039 kg). **98,89%** din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din **8 capturi semnificative**, restul de 0,786 kg fiind rezultatul a 111 de capturi;
- **Numărul capturilor de cocaină este de asemenea în creștere** față de anii anteriori, principalele capturi de cocaină fiind realizate pe raza județului Timiș (peste 96% din totalul cantității de cocaină confiscată a provenit din 3 capturi) și pe raza municipiului București (0,8 kg rezultatul a două capturi).

6. Heroină:

- **Cantitatea totală de heroină confiscată** în 2015 a fost de **334,195 kg, în creștere semnificativă față de anul 2014**, când au fost confiscate 25,787 kg, și a provenit din **335 capturi**. **99,86%** (333,75 kg) din totalul heroinei capturate pe teritoriul României a fost rezultatul a **8 capturi semnificative**. 0,445 kg heroină a fost rezultatul a 327 capturi;
- **1,94%** (6,5 kg) **din cantitatea totală de heroină confiscată** a provenit din **6 capturi semnificative și a avut ca destinație România**.

7. Droguri sintetice⁵²:

- **Cantitățile de droguri sintetice confiscate** în cursul anului 2015 sunt **în scădere** față de anul 2014 și totalizează: amfetamine – 0,375 kg și 16 comprimate, derivați ai amfetaminei – 0,045 kg și 1113 comprimate, metamfetamine – 1 comprimat, MDMA – 0,143 kg și 13794 comprimate și LSD – 67 doze provenind din 348 capturi;
- **Cantitățile de droguri sintetice provenite din capturi semnificative** sunt, de asemenea, **în scădere** față de anul 2014 (2015 – 10331 comprimate MDMA și 1040 comprimate PMMA, față de 315141 comprimate MDMA și 3,58 kg amfetamine), în timp ce, numărul acestora este în scădere (12 capturi semnificative realizate în 2015, față de 16 capturi semnificative în anul 2014).

8. Medicamente cu conținut stupefiant:

- În anul 2015, au fost înregistrate **163 capturi** de medicamente cu conținut stupefiant, fiind confiscate 144948 comprimate, 92,29 grame și 65,5 mililitri;

⁵² La numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, metamfetamină, derivați ai amfetaminei și MDMA.

- **Capturile de benzodiazepine înregistrează o creștere semnificativă**, atât din punct de vedere al cantităților, cât și al numărului de capturi realizate, **indiciu al disponibilității în creștere a acestui tip de medicament** pe piața ilicită a drogurilor. Astfel, au fost confiscate 141299 comprimate, 0,3 grame și 5 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a 66 capturi. 99,29% (140298 comprimate) din totalul comprimatelor de benzodiazepine confiscate au provenit din 9 capturi semnificative, restul de 1001 comprimate, fiind rezultatul a 55 de capturi (~18 comprimate/ captură). Comprimatele de benzodiazepine au provenit din Serbia și România și au avut ca destinație state din Vestul Europei (*în special, Norvegia*, precum și Suedia și Danemarca). Transportul acestora s-a realizat pe cale rutieră, fiind disimulate în piese auto sau colete poștale;
- **În anul 2015 a fost realizată prima captură de amfepramonă**, fiind confiscate 2117 comprimate de amfepramonă, care aveau ca țară de proveniență România și urmau să fie distribuite pe teritoriul național.

9. În ceea ce privește persoanele implicate în activitățile de trafic de droguri⁵³:

- Peste 92,99% din persoanele implicate sunt de origine română;
- 89,17% sunt bărbați și 65,92% se încadrează în categoria de vârstă 25 – 44 ani.

10. În funcție de țara de origine/plecare și destinație a drogurilor⁵⁴ au fost constatate următoarele:

⁵³ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2015

⁵⁴ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2015

Tabel 7-2: Situația drogurilor ilicite din România în ceea ce privește țara de origine/plecare și destinație a drogurilor

Tip drog	Țara origine/plecare	de	Țara destinație	Rută tranzit
Heroină	Turcia		România	Turcia-Bulgaria-România
	Bulgaria		Germania	
	Kosovo		-	Turcia-Kosovo-Serbia-Bulgaria-România
	Ucraina		Olanda	Ucraina-România
Cocaină	Austria		România	Austria-Ungaria-România
	Columbia			Columbia-Ecuador-Germania-România
	Ecuador			
	Olanda			Olanda-Austria-Ungaria-România
	Serbia			Serbia-România
MDMA	Spania			Spania-România
	Norvegia		România	Norvegia-România
	Olanda			Olanda-Germania-Austria-Ungaria-România
	Belgia			Belgia/Olanda-Norvegia-România
PMMA	Ungaria			Olanda-România
	Olanda		România	Olanda-România
Oxicodonă	România		Norvegia	România Norvegia
Canabis	Spania		România	Spania-Austria-Franța-Italia-Ungaria-România
	România		Marea Britanie	Olanda-Germania-Austria-Ungaria-România
	Olanda			Cehia-România
	Cehia			
Canabis plante	România		România	România-Belgia
	România		Belgia	
Khat	Etiopia		Olanda	Etiopia-Grecia-România-
	Marea Britanie		Austria	Olanda/Austria/Germania
	Grecia		România	Nigeria-Germania-România-Marea Britanie
			Marea Britanie	Etiopia-România-Austria
	Nigeria		Germania	
Catinone	Cehia		România	Cehia-România
Triptamine	Taiwan		România	Taiwan-România
Pirovalerone	China		România	China-România-Spania-România
	Spania			
Benzodiazepine	Serbia		Suedia	Serbia-România-Suedia-Danemarca
	România		Danemarca	România-Norvegia
			Norvegia	
GHB	nd		România	-
Canabinoizi sintetici	Olanda		România	Olanda-Germania-Austria-Ungaria-România
Amfepramonă	România		România	-

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

11. Tranzitând România, următoarele tipuri de droguri au avut ca destinație⁵⁵:

- Heroină – cu destinație Germania și Olanda
- Benzodiazepine – cu destinație Norvegia, Suedia, Danemarca;
- Plantele de Khat – cu destinație Marea Britanie, Olanda, Germania și Austria;
- Oxicodonă – cu destinație Norvegia
- Plante de canabis – cu destinație Belgia.

⁵⁵ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2015

12. Metode de disimulare⁵⁶:

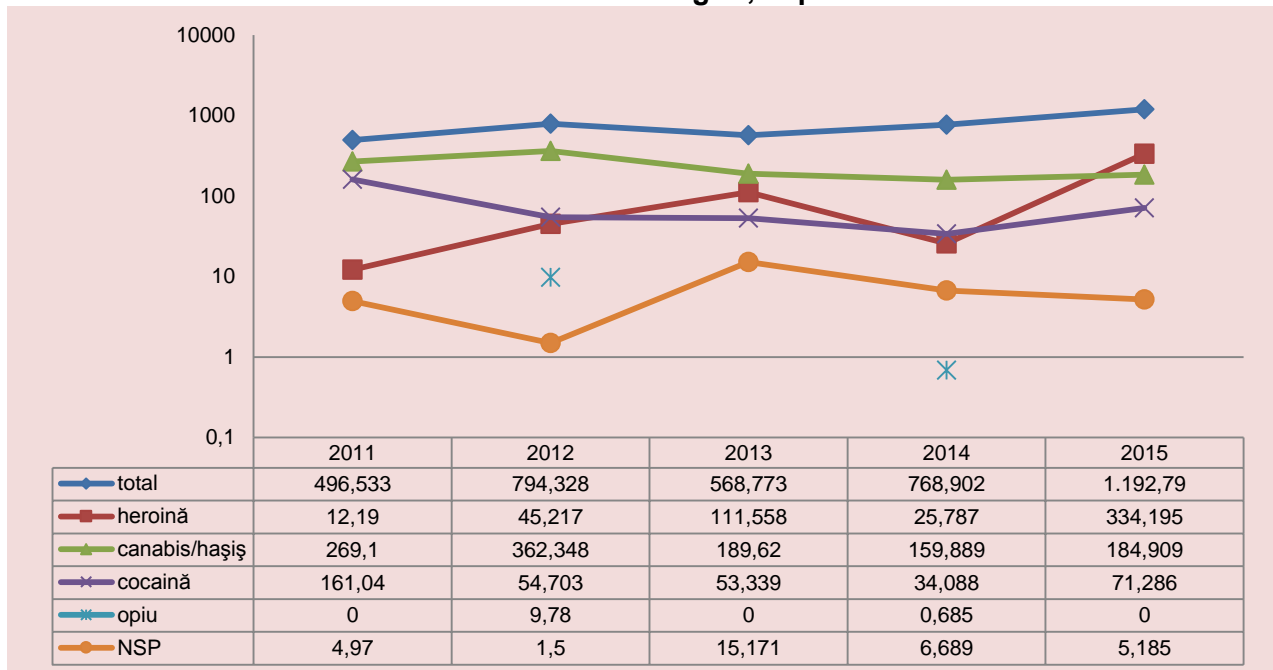
- Autoturisme: piese auto, geamantan, bagaje de mână, rucsac, pungi de plastic sub roata de rezervă;
- Imobile: cutii pentru alimente, cutii pentru medicamente, în hambar, depozite abandonate, mobilier, jucării, prin îngropare, printre culturi de porumb, sub pat, în podul casei;
- Colete expediate prin firme de curierat/ poștă.

B. ANALIZA INDICATORILOR

B.1. Cantități confiscate

În perioada 2001-2015, au fost confiscate 80790,742 kg droguri, cele mai mari cantități fiind înregistrate pentru canabis (37110, 259 kg), heroină (2176,747 kg), cocaină (1873,7 kg) și N.S.P. (158,655 kg). Analiza la nivelul perioadei anilor 2001-2015, indică o tendință fluctuantă în ceea ce privește modul de evoluție a confiscărilor de droguri, **cu maxime atinse în anii 2015 pentru heroină și medicamente cu conținut stupefiant, 2009 pentru cocaină, 2010 pentru N.S.P. și 2012 pentru opiu.**

Grafic 7-2: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2015, au fost ridicate în vederea confiscării 1192,792 kg de droguri (față de 768,902 kg în 2014, 568,773 kg în 2013 și 794,328 kg în 2012), **159907 comprimate** (față de

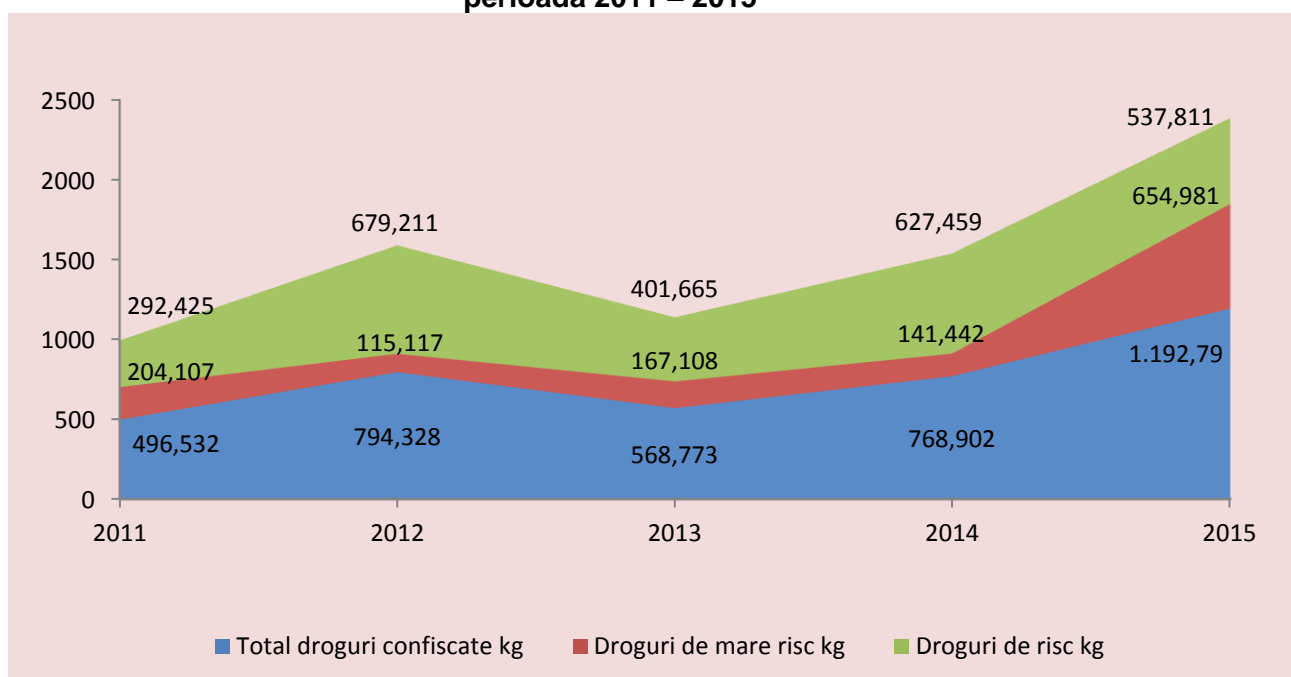
⁵⁶ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2015

397211 comprimate în 2014, 33328 cp în 2013 și 16528 cp în 2012), **0,596 litri** (față de 0,864 litri în 2014, 0,248 litri în 2013 și 3,726 litri în 2012) **și 75 de doze** (față de 509 doze în 2014, 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012), din care:

- **Droguri de mare risc:**
 - **654,981 kg** (în **creștere semnificativă** față de anii anteriori, astfel: 141,442 kg în anul 2014, 167,108 kg în anul 2013 și 115,117 kg în anul 2012);
 - **16167 comprimate** (în **scădere semnificativă** față de anul 2014, când au fost confiscate 390211 comprimate, în scădere și față de anul 2013, când au fost confiscate 32592 comprimate, dar peste valoarea înregistrată în anul 2012 – 14471 comprimate);
 - **75 de doze** (în scădere față de anul 2014, când au fost confiscate 509 doze și 2012 – 104 doze, dar peste valorile înregistrate în anul 2013 – 2 doze)
 - **0,596 litri** (față de 0,773 litri confiscați în 2014, 0,182 litri în 2013 și 2,643 litri în 2012).
- **Droguri de risc:**
 - **537,811 kg** (în scădere față de anii 2014 și 2012 când au fost confiscate 627,459 kg, respectiv 679,211 kg, dar în creștere față de anul 2013 când au fost capturate 401,665 kg);
 - **143740 comprimate** (în **creștere semnificativă** față de perioada anterioară - 7000 comprimate confiscate în 2014, 736 comprimate capturate în 2013 și 2057 comprimate capturate în 2012).

Comparativ cu anul 2014, în anul 2015 se constată o **creștere semnificativă** (55,12%) a **cantității totale de droguri confiscate** de la 768,902 kg, la 1192,792 kg. În ceea ce privește numărul de comprimate confiscate, în anul 2015 acesta a scăzut cu aproximativ 60% față de valoarea înregistrată în anul 2014 (de la 397211 comprimate, la 159907 comprimate).

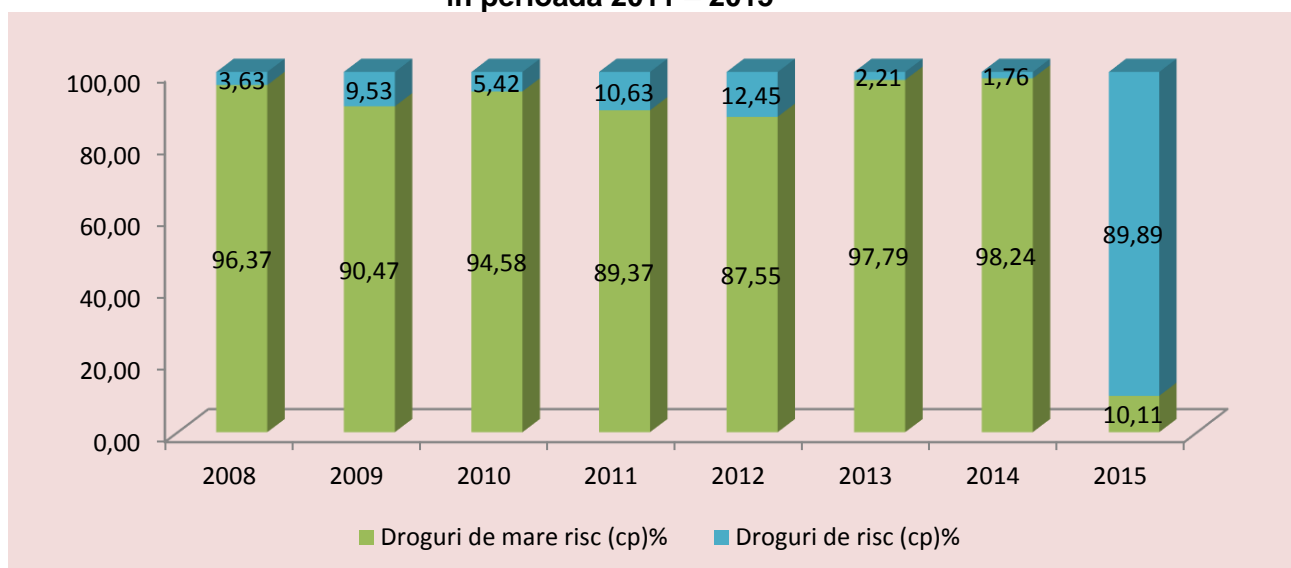
Grafic 7-3: Evoluția cantităților totale (kilograme) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din cele **1192,792 kilograme** de droguri confiscate, **28,02%** reprezintă **heroină** (334,195 kg), **24,58%** reprezintă **masă plante de canabis** (293,228 kg), **20,76%** reprezintă **plante de khat** (247,715 kg), **19,71%** reprezintă capturi de **canabis** (235,19 kg – din care 55,433 kg fragmente vegetale cu THC), **5,97%** **cocaină** (71,286 kg) și 0,96% alte droguri.

Grafic 7-4: Evoluția cantităților totale (comprimate) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2015

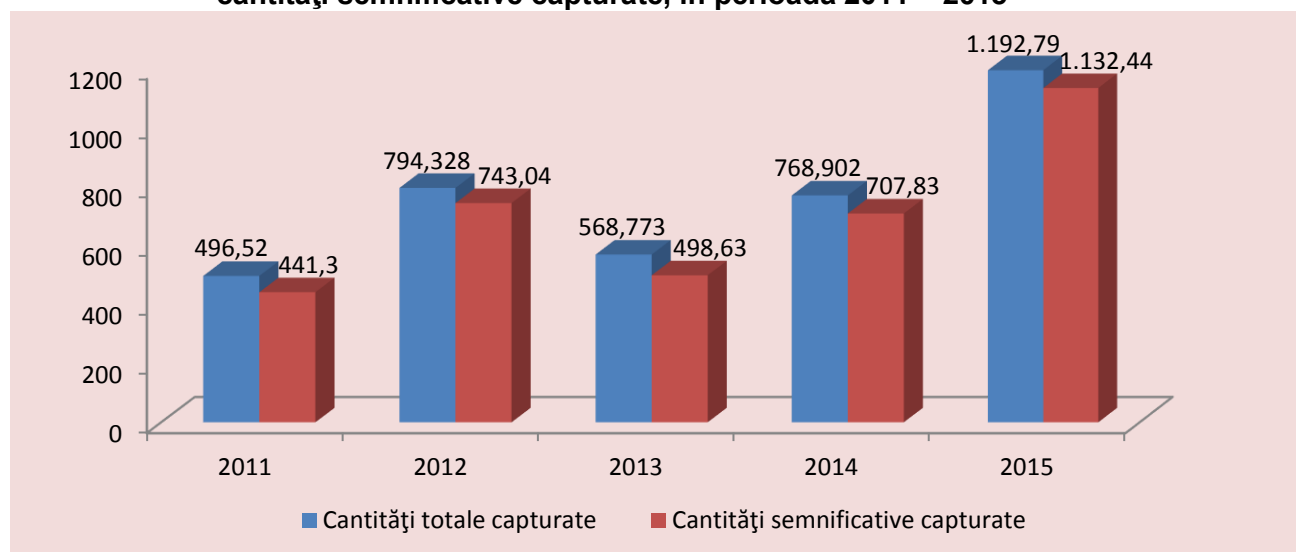


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din totalul de 159907 comprimate confiscate în anul 2015, **88,36%** (141299 comprimate) reprezintă **benzodiazepine**, **8,62%** (13794 comprimate) reprezintă **MDMA**, **1,33%** (2129 comprimate) reprezintă amfepramonă și **0,69%** (1113 comprimate) reprezintă PMMA.

94,94% din cantitatea totală de droguri capturată în anul 2015 provine din **capturi semnificative** (valoare în creștere față de cele înregistrate în anii anteriori – 92% în anul 2014, 87,66% în anul 2013 și 93% în anul 2012).

Grafic 7-5: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri capturate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2. Număr de capturi pe tip de drog

În anul 2015, au fost realizate **3679 capturi de droguri**, din care cele mai multe au fost înregistrate pentru: **canabis** 2129 capturi – 1987 capturi de iarbă de canabis și 142 capturi de fragmente vegetale cu THC), **heroină** (335 capturi), **MDMA** (273 capturi), **pirovalerone** (185 capturi) și **rezină de canabis** (178 capturi).

Tabel 7-3: Situația drogurilor ilicite capturate la nivel național, în perioada 2011 – 2015, în funcție de tipul de drog

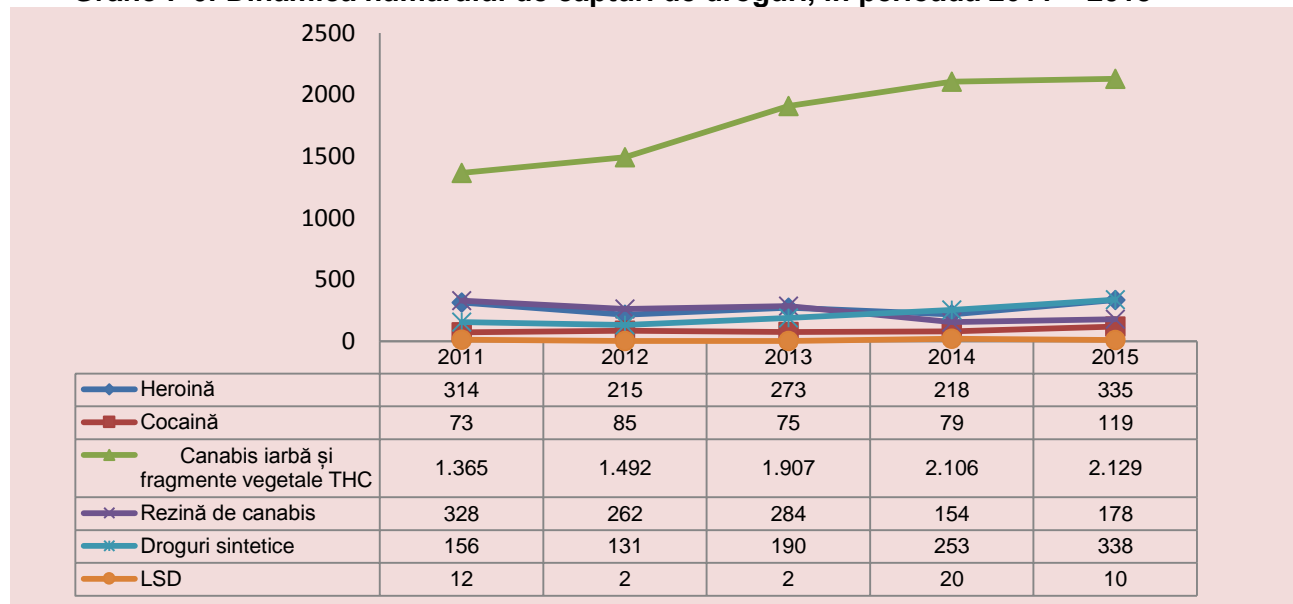
Droguri	2011		2012		2013		2014		2015	
	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant
Heroină (kg)	314	12,191	215	45,217	273	111,558	218	25,787	335	334,195
Cocaină	73	161,039	85	54,703	75	53,339	79	34,088	119	71,286
Canabis iarbă și fragmente vegetale cu THC	1.365	252,527	1.492	335,086	1.907	250,715	2.106	184,919	2.129	235,19
Rezină de canabis	328	17,572	262	27,263	284	24,86	154	15,214	178	5,152
Droguri sintetice (comprimate)	156	14.916	131	12.903	190	27.596	253	318.143	338	14.924
Pirovalerone (kg)	6	0,004	10	0,03	12	0,025	32	0,181	185	2,658
LSD (doze)	12	65	2	104	2	2	20	509	10	67

Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Canabisul iarbă continuă să fie cel mai capturat drog, numărul capturilor la nivel stradal crescând în anul de referință la 1987 capturi față de 1967 capturi în anul 2014 și 1799 capturi în 2013.

Față de anii anteriori, au fost înregistrate creșteri semnificative ale numărului de capturi pentru cocaină și pirovalerone.

Grafic 7-6: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2011 – 2015

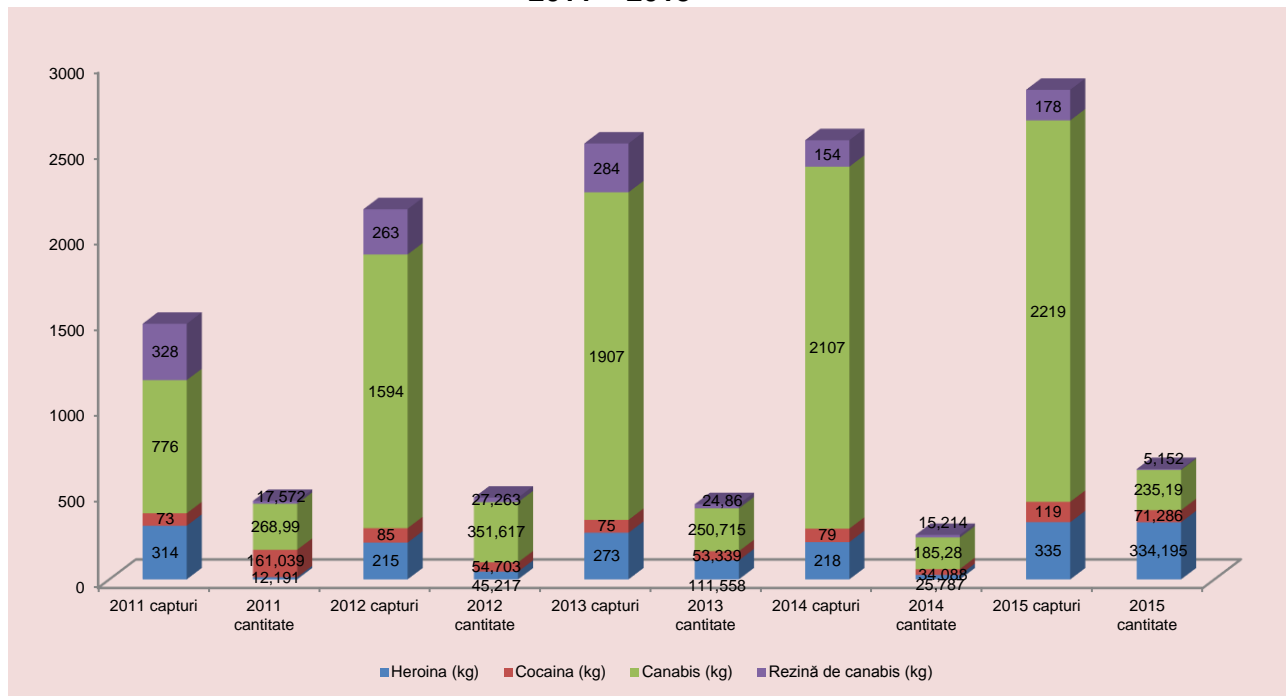


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În privința evoluției numărului de capturi și a cantităților de droguri confiscate, comparativ cu perioada 2011 – 2014, în anul 2015 se observă o tendință generală de creștere a acestora

pentru principalele tipuri de droguri confiscate (heroină și cocaină), concomitent cu scăderea cantităților de MDMA și metadonă.

Grafic 7-7: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2011 – 2015

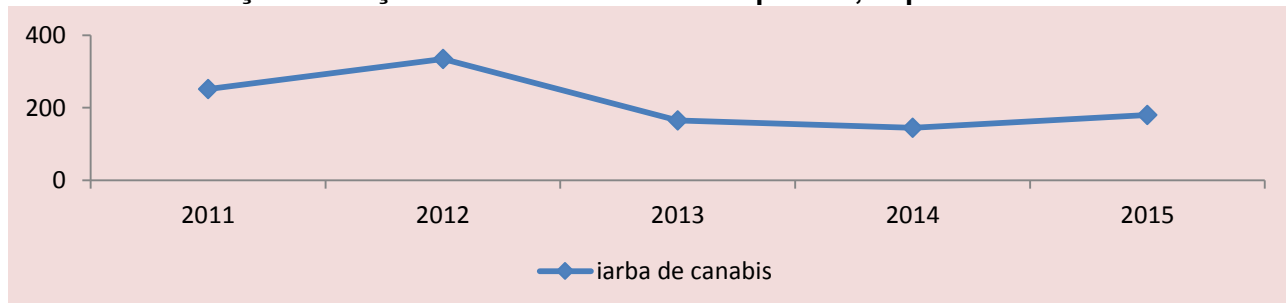


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.1. Canabisul și rezina de canabis

Canabisul rămâne cel mai capturat drog la nivel național. În acest sens, cantitatea confiscată de iarbă de canabis este în creștere, față de anii 2013 și 2014. Astfel, au fost confiscate **235,19 kg canabis** (față de 184,919 kg capturate în 2014) provenind din **2129 capturi**, din care **179,757 kg iarbă de canabis** (față de 144,675 kg capturate în 2014), provenind din **1987 capturi** și **55,433 kg fragmente vegetale cu THC** (față de 40,244 kg capturate în 2014), provenind din **142 capturi**.

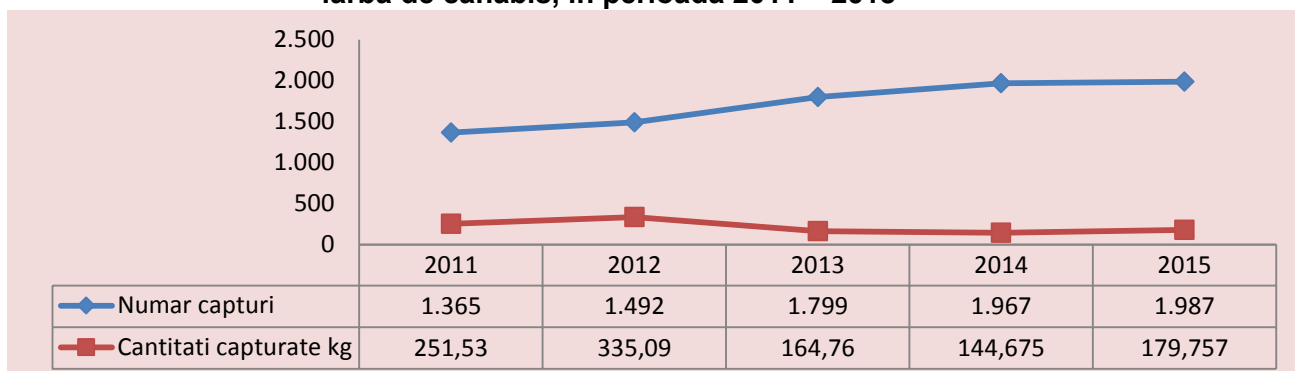
Grafic 7-8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Numărul capturilor de cannabis⁵⁷ înregistrează o evoluție ascendentă începând cu anul 2011, în timp ce, cantitățile confiscate sunt în scădere.

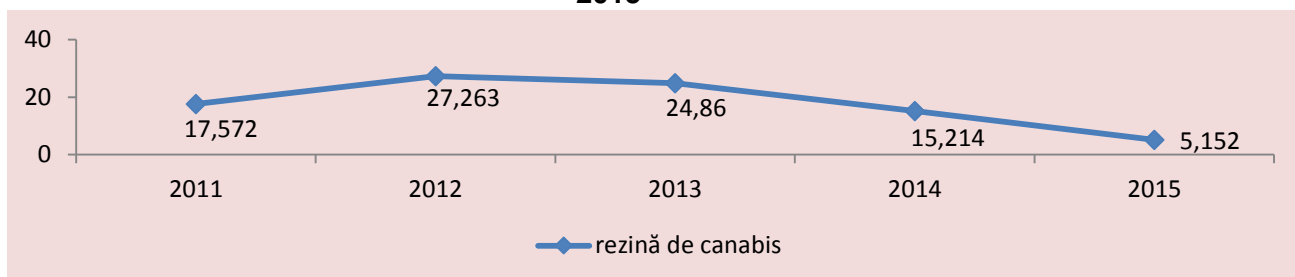
Grafic 7-9: Evoluția cantităților de iarbă de cannabis capturate vs numărul capturilor de iarbă de cannabis, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Cantitatea totală de **rezină de cannabis** (5,152 kg) confiscată în anul 2015 **este în scădere semnificativă**, față de anii anteriori și înregistrează cea mai scăzută valoare pentru perioada 2005 – 2014.

Grafic 7-10: Evoluția cantităților de rezină de cannabis capturate, în perioada 2011 – 2015

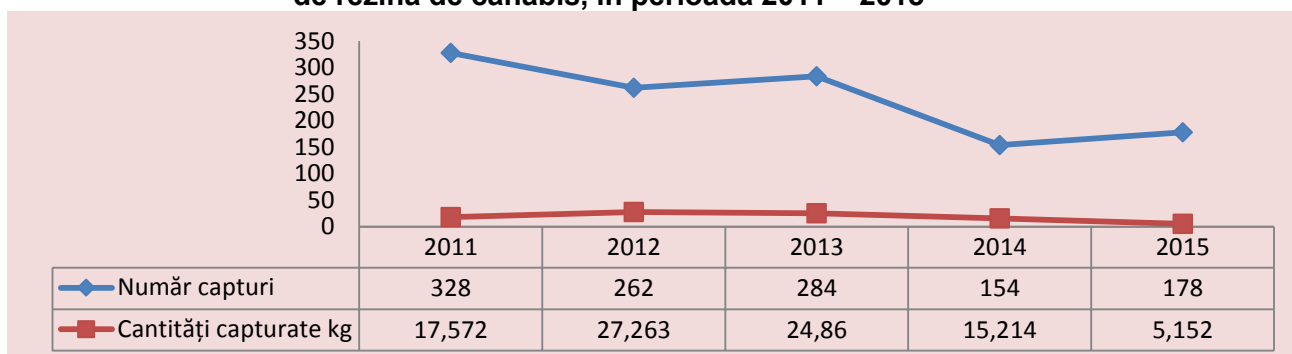


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Numărul de capturi de rezină de cannabis a crescut față de anul 2014, dar valoarea se menține sub nivelul anilor 2011 – 2013.

⁵⁷ Iarbă de cannabis, fragmente vegetale cu THC și masa plante de cannabis

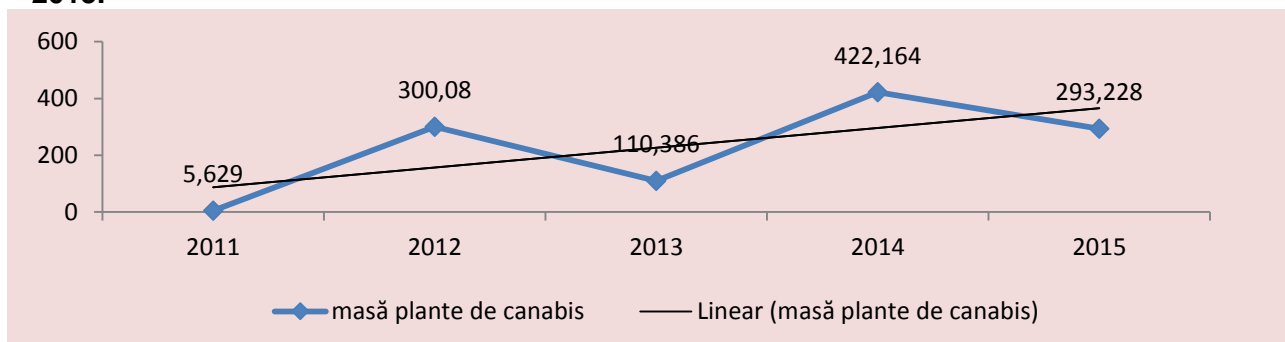
Grafic 7-11: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate vs numărul capturilor de rezină de canabis, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În cursul anului 2015, cantitatea de **masă plante de canabis** confiscată (293,228 kg) **înregistrează o scădere** cu aproximativ 31% față de anul 2014 (422,164 kg). **Față de anul 2011, tendința ascendentă în privința confiscărilor pentru acest tip de drog se menține.** Cantitatea de 293,228 kg plante de canabis reprezintă 24,58% din cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2015.

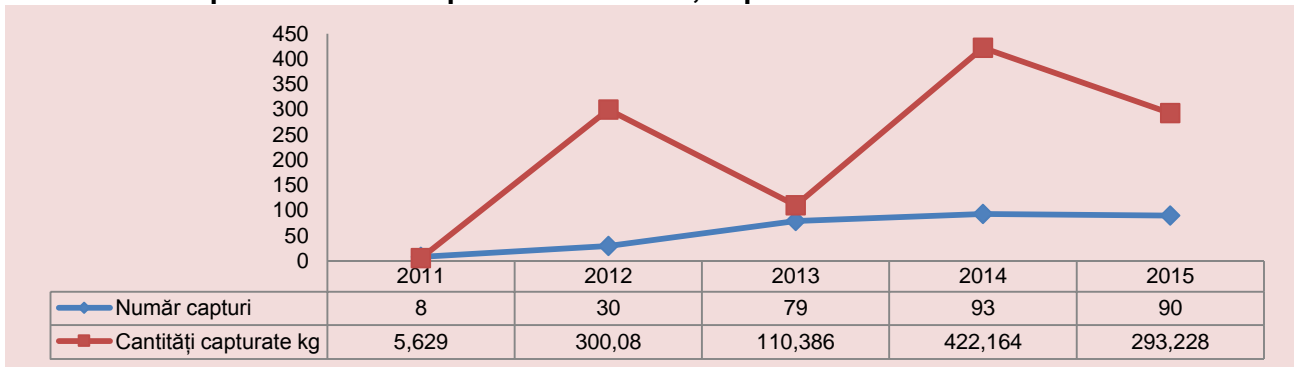
Grafic 7-12: Evoluția cantităților de masă plante de canabis capturate, în perioada 2011 – 2015.



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Tendința ascendentă se menține și în privința numărului de capturi de masă plante de canabis, chiar dacă acesta înregistrează o ușoară scădere în anul 2015 (90 capturi, față de 93 în 2014).

Grafic 7-13: Evoluția cantităților de masă plante de canabis capturată vs numărul capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În cursul anului 2015, pe teritoriul României au fost descoperite **76 culturi ilicite, în creștere** față de anii precedenți (74 culturi în 2014, 69 culturi în anul 2013 și 48 în anul 2012).

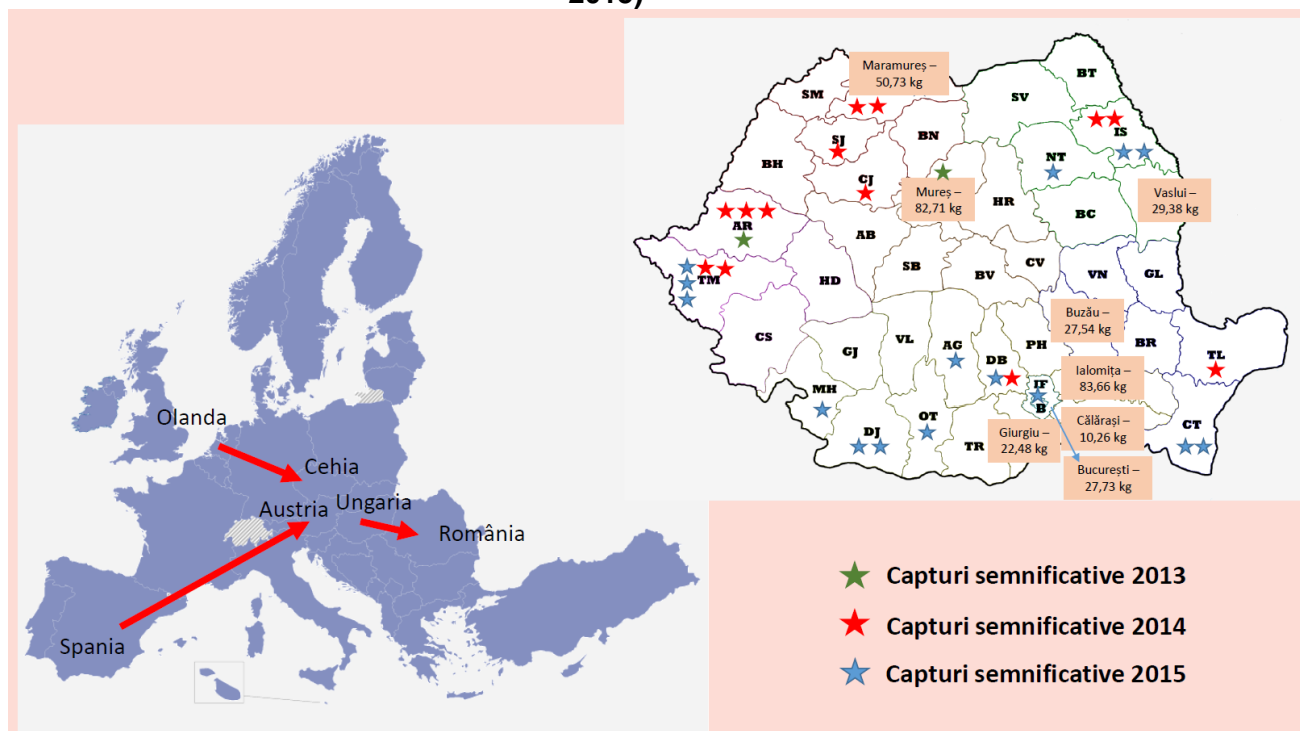
Analiza datelor privind capturile semnificative de canabis realizate în anul 2015 evidențiază faptul că **aproximativ 77% din cantitatea de canabis** confiscată (407,11 kg canabis – din care 271,93 kg masă plante de canabis) a avut ca **țară de origine România**.

În cursul anului 2015, nu au fost realizate capturi semnificative de **rezină de canabis**.

Rutele de trafic a canabisului, în perioada analizată, păstrează caracteristicile anilor anteriori. Astfel, canabisul pătrunde în România, în principal pe cale rutieră, și provine din **Spania, Olanda și Cehia**.

În privința **modalităților de disimulare**, nu au fost identificate elemente de noutate, față de anii precedenți.

Harta 7-1: Rutele de traficare a canabisului (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)

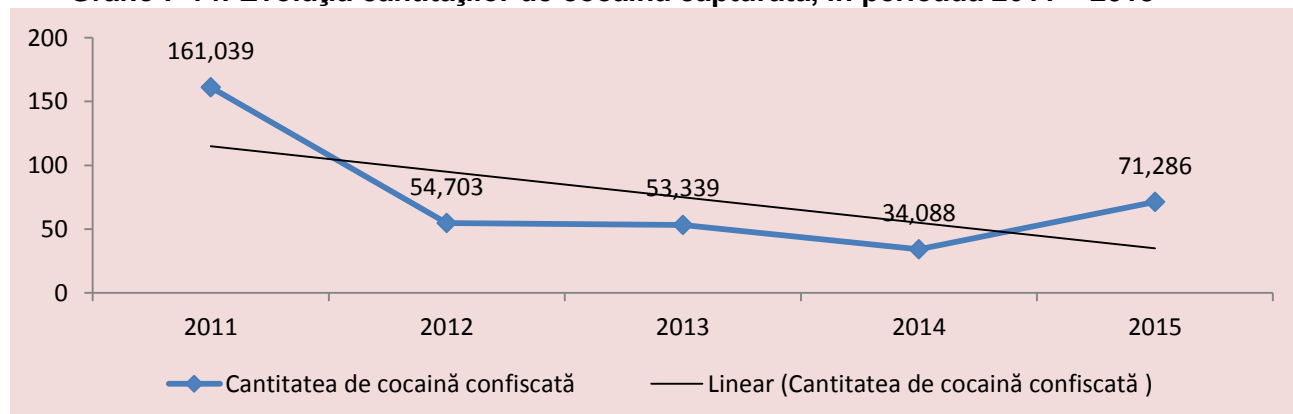


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.2. Cocaina

Datele statistice privind traficul de cocaină conturează caracteristicile unei piețe ilicite relativ slab dezvoltate, acest drog fiind în continuare un „drog de lux”, greu accesibil în rândul consumatorilor de pe teritoriul național.

Grafic 7-14: Evoluția cantităților de cocaină capturată, în perioada 2011 – 2015

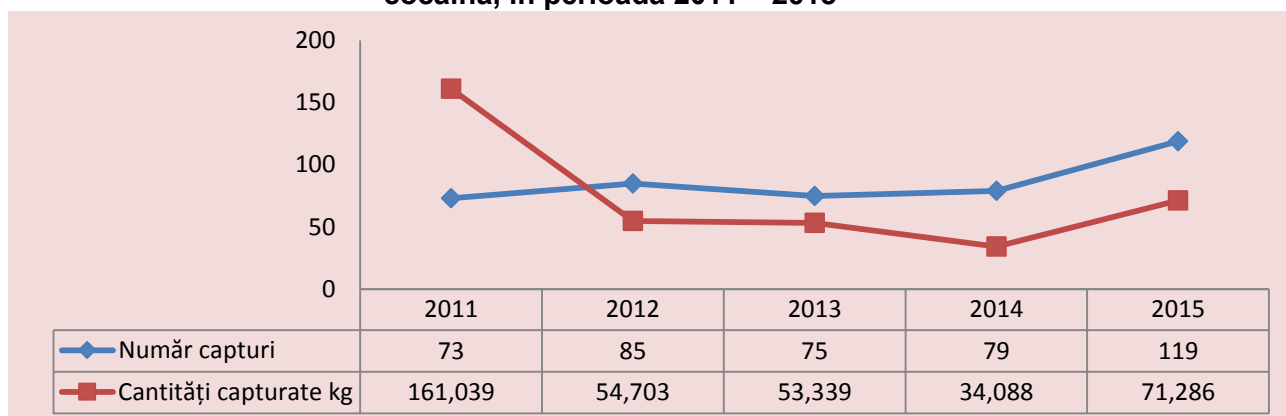


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2015, cantitatea totală de cocaină confiscată a fost de 71,286 kg și a fost rezultatul a 119 capturi, în creștere față de anul 2014, când au fost confiscate 34,088 kg,

rezultat al unui număr de 79 de capturi. 98,89 % (70,5 kg) din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din 8 capturi semnificative, restul de 0,786 kg fiind rezultatul a 111 capturi. Din punct de vedere al țării de origine, cocaina capturată pe teritoriul României în cursul anului 2015 a provenit din Columbia și a avut ca țări de plecare Austria, Ecuador, Olanda, Spania și Serbia. Din cele 8 capturi semnificative realizate, **7 capturi de cocaină** au avut ca **destinație România** și au totalizat **70,25 kg (98,54% din cantitatea totală).**

Grafic 7-15: Evoluția cantităților de cocaină capturată vs numărul capturilor de cocaină, în perioada 2011 – 2015

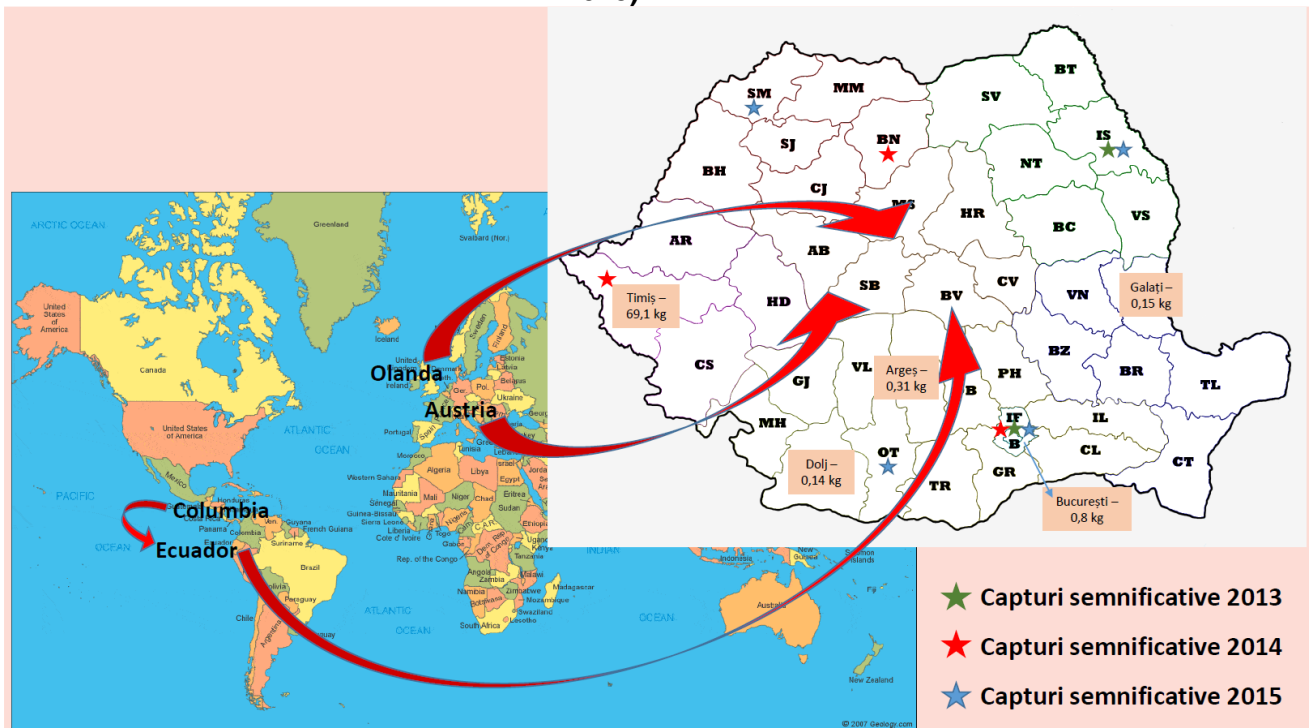


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În cursul anului 2015 nu au fost identificate modificări majore în privința **rutelor de traficare** și **metodelor de disimulare**, astfel încât cocaina este traficată:

- Pe cale maritimă, din **Ecuador**, și urmează ruta **Germania** – România;
- Pe cale rutieră, având ca țări de origine **Olanda și Austria** și urmând rute prin **Austria și Ungaria** către România.

Harta 7-2: Rutele de traficare a cocainei (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

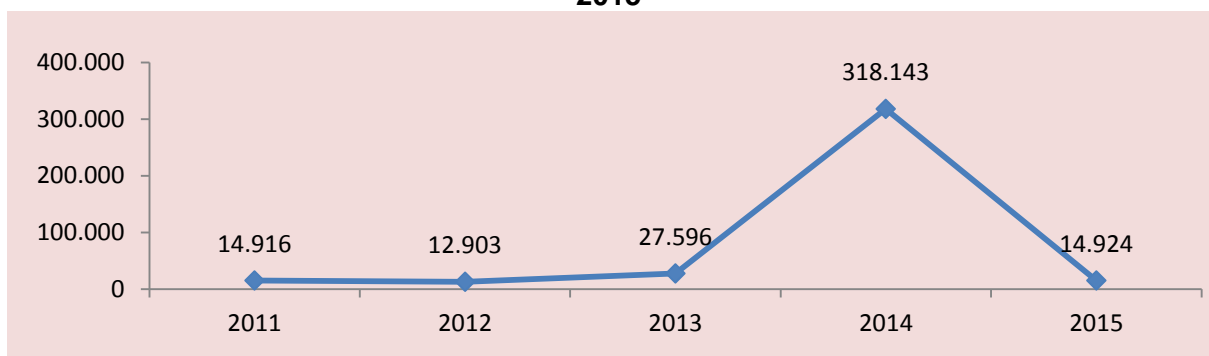
B.2.3. Drogurile sintetice

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 (Norvegia, Belgia și Olanda), fiind aduse în România prin intermediul firmelor de colectare, pe calea aeriană sau rutieră, prin intermediul autoturismelor personale de către cetățeni care se întorc din Occident.

Cantitățile de droguri sintetice confiscate în cursul anului 2015 totalizează: amfetamine – 0,375 kg și 16 comprimate, derivați ai amfetaminei – 0,045 kg și 1.113 comprimate, metamfetamine – 1 comprimat, MDMA – 0,143 kg și 13794 comprimate și LSD – 67 doze provenind din 348 capturi.

Cantitățile de droguri sintetice provenite din capturi semnificative sunt în scădere față de anul 2014 (2015 – 10331 comprimate MDMA și 1040 comprimate PMMA, față de 315141 comprimate MDMA, 3,68 kg amfetamine și 365 doze LSD). Și numărul capturilor înregistrează o scădere (12 capturi semnificative realizate în 2015, față de 16 în 2014).

Grafic 7-16: Evoluția capturilor de comprimate de tip amfetamină, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

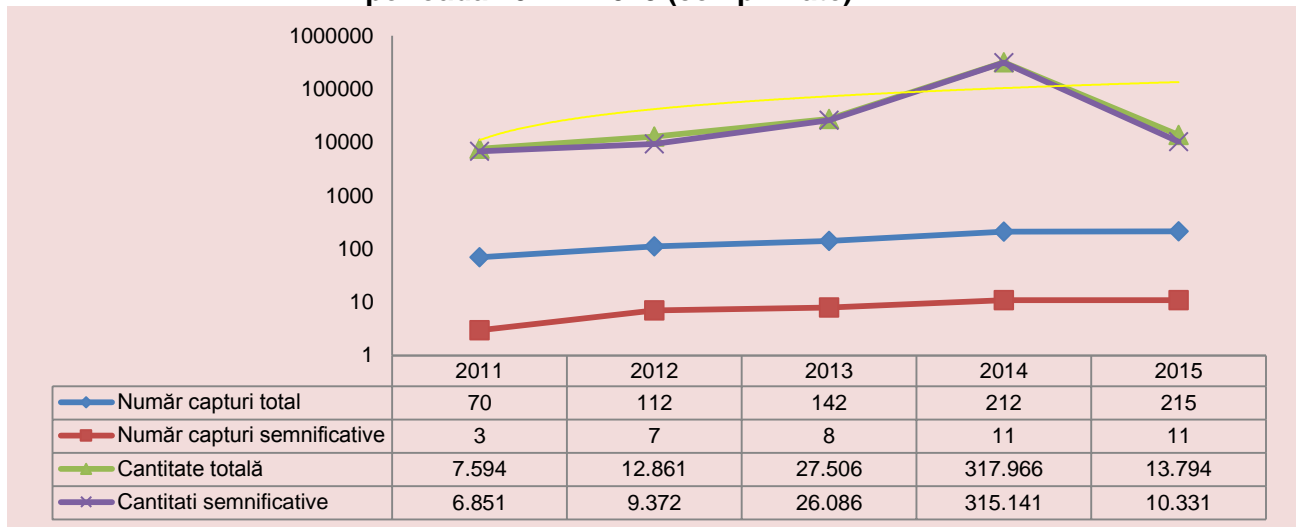
Amfetamină – Cantitatea totală confiscată în anul 2015 este în scădere față de anul 2014 (3,802 kg), dar se înscrie în media valorilor înregistrate în anii anteriori (2013 - 0,252 kg, 2012 – 0,291 kg). În cursul anului 2015, au fost confiscate 0,375 kg și 16 comprimate de amfetamină, provenind din 54 de capturi.

Derivați ai amfetaminei – în cursul anului 2015 au fost confiscate 0,045 kg și 1.113 comprimate, provenind din 10 capturi. 1040 comprimate PMMA confiscate reprezintă rezultatul unei capturi semnificative.

Metamfetamină – Prezența metamfetaminei pe piața drogurilor din România se află în continuare sub nivelurile din Uniunea Europeană, singurele excepții fiind înregistrate în anii 2011 și 2012, când au fost confiscate 24,348 kg și respectiv 3,267 kg metamfetamină. Astfel, în cursul anului 2015 a fost confiscat un singur comprimat de metamfetamină.

MDMA – Cantitatea de MDMA confiscată în 2015 înregistrează scăderi față de anii 2013 – 2014, dar tendința rămâne una ascendentă, peste valorile înregistrate în 2011 – 2012. Astfel, au fost confiscate 13794 comprimate și 0,143 kg MDMA, provenind din 273 capturi. 74,89% (10331 comprimate) din totalul comprimatelor de MDMA confiscate au provenit din 11 capturi semnificative, restul de 3463 comprimate fiind rezultatul a 204 capturi (~17 comprimate/captură).

Grafic 7-17: Evoluția capturilor de MDMA vs capturi semnificative de MDMA, în perioada 2011 – 2015 (comprimate)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

LSD – confiscările de LSD rămân și în anul 2015 la un nivel scăzut, comparabil cu anii anteriori astfel: 2015 – 67 doze, provenind din 10 capturi, 2014 – 509 doze, provenind din 20 de capturi, 2013 – 2 doze, provenind din 2 capturi.

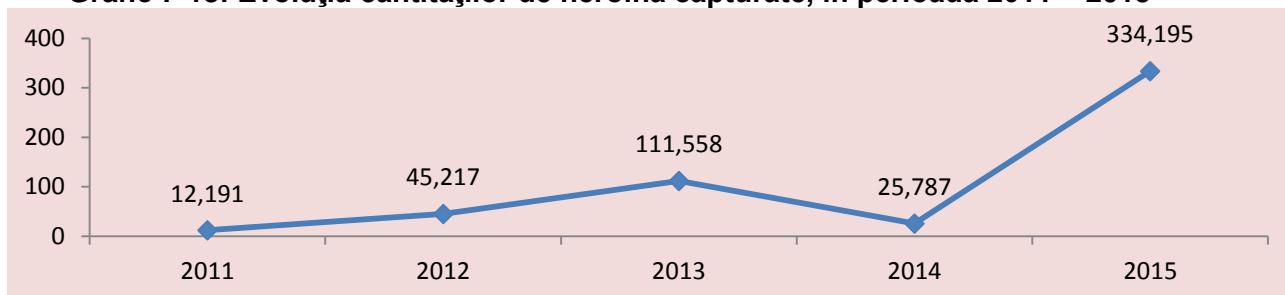
Rutele de traficare și modalitățile de disimulare mențin aceleași caracteristici și în anul 2015, astfel: comprimatele de MDMA sunt traficate pe cale rutieră, pe ruta **Olanda – Germania – Austria – Ungaria** – România, fiind utilizate autoturisme (piese auto sau sub scaunele pasagerilor, plicuri, colete poștale) și imobilele reședință (piese de mobilier, jucării).

B.2.4. Heroina

Cantitatea de heroină confiscată în cursul anului 2015 atinge o valoare de maxim (**334,195 kg**) pentru perioada analizată (2011-2015), dar rămâne sub valoarea înregistrată în anul 2008, când au fost confiscate 385,23 kg. Cu toate acestea, cantitatea de 310,76 kg de heroină capturată, rezultat a două capturi semnificative, reprezintă cea mai mare cantitate de heroină capturată pe teritoriul României până la data de 31.12.2015.

Din punct de vedere al rutelor de traficare, traficul de heroină menține caracteristicile anilor precedenți și rămâne sub influența poziției geografice a României pe tradiționala rută Balcanică. Cu toate acestea, în anul 2015, prin cele două capturi semnificative realizate în județele Satu Mare și Bistrița-Năsăud, se confirmă și utilizarea rutei ce pornește din Afghanistan, traversează Turkmenistan, Uzbekistan, Kazahstan, Federația Rusă și Ucraina, având ca destinație statele din vestul Europei.

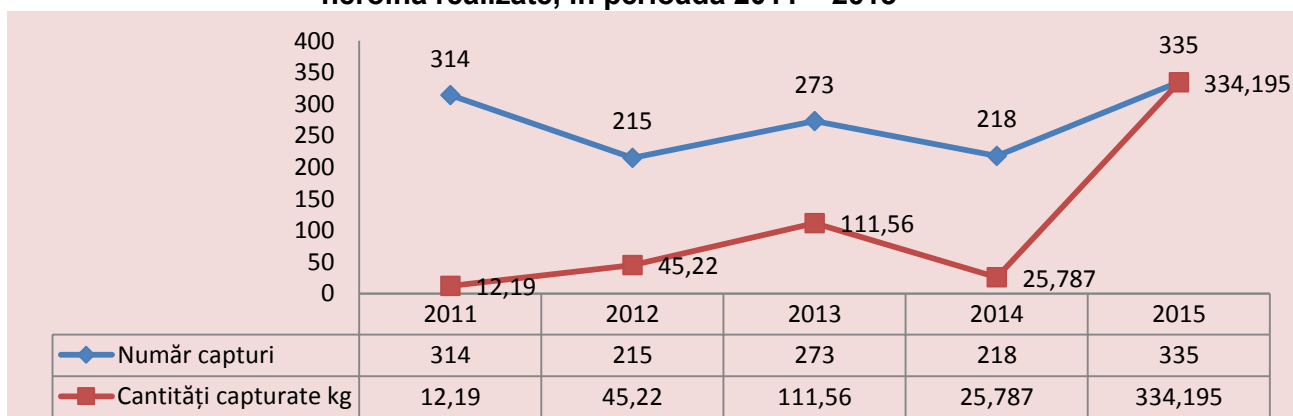
Grafic 7-18: Evoluția cantităților de heroină capturate, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Față de anul 2014, anul 2015 înregistrează o creștere semnificativă, atât a cantității de heroină confiscată (de peste 12 ori), cât și a numărului de capturi pentru acest tip de drog. Astfel, în anul **2015**, au fost realizate **335 capturi** de heroină, cantitățile totale confiscate însumând **334,195 kg**. Din acest total, **99,86%** reprezintă rezultatul a **8 capturi semnificative** (333,75 kg), restul de 0,445 kg făcând obiectul a 327 capturi la nivel național.

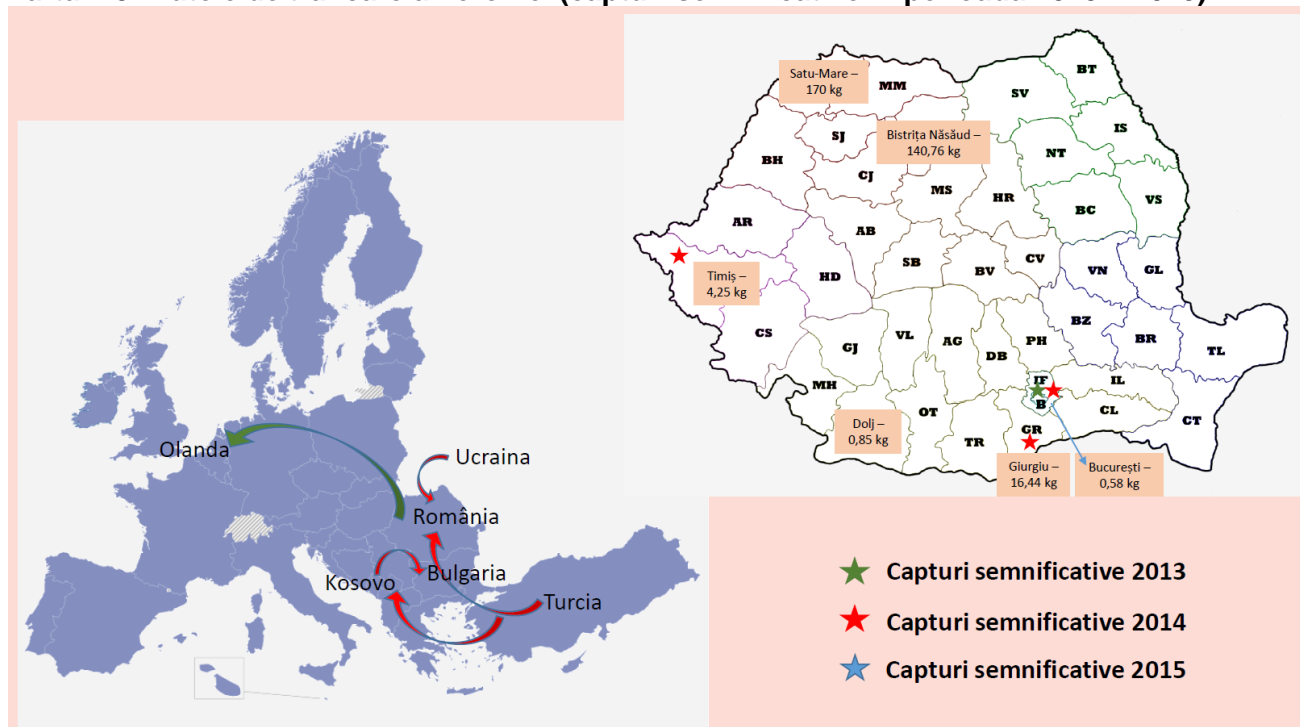
Grafic 7-19: Evoluția cantităților de heroină capturate vs. numărul de capturi de heroină realizate, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Nu au fost puse în evidență aspecte noi privind rutele de traficare, heroina capturată pe teritoriul național în anul 2015 provenind din Turcia. Cu toate acestea, **cele două capturi semnificative realizate în nordul României**, indică utilizarea **pentru prima dată după anul 2008, a rutei nordice – heroina provenea din Ucraina și avea ca destinație Olanda.**

Harta 7-3: Rutele de traficare a heroinei (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Modalități de disimulare:

- Autoturisme: piese auto;
- Imobile reședință: mobilier sau îngropate în pământ;
- Personal: pungi de plastic.

B.2.5.Khat

Khat-ul își menține prezența pe piața ilicită a drogurilor din România. Astfel, după primele capturi realizate în 2014 (75,421 kg capturate pe Aeroportul Henry Coandă – provenind din Kenya și având ca destinație Marea Britanie), **în anul 2015 acest drog înregistrează o creștere semnificativă a cantității confiscate** – 247,715 kg, care a provenit în totalitate din capturi semnificative (13 capturi).

Rute de traficare:

- **6 capturi semnificative (156,08 kg)** au provenit din **Etiopia**, au tranzitat Grecia și au avut țară de **destinație România, Germania, Olanda și Austria**. 5 dintre acestea au fost realizate pe raza municipiului **București** (din care 2 capturi în cantitate de 110,6 kg – cea mai mare captură pentru acest tip de drog) și o captură pe raza județului Olt (7,68 kg);
- **2 capturi semnificative (38,55 kg)** au provenit din **Nigeria**, au tranzitat Germania și au avut ca țară de destinație Marea Britanie;

- Restul capturilor de khat, respectiv **5**, au avut ca țară de origine **Etiopia (4 cazuri – 49,08 kg)**, iar **un caz** a avut ca țară de proveniență **Marea Britanie (4 kg)**. Dintre acestea, o captură de 34,7 kg a fost realizată pe raza județului Ilfov și a avut ca destinație Austria. Restul de 4 capturi a avut ca țară de **destinație România**.

B.2.6. Noi substanțe psihoactive (NSP)

În anul 2015, au fost realizate **284 capturi** (în creștere față de anul 2014, când au fost realizate 220 capturi), fiind confiscate 5,188 kg și 35 de comprimate de noi substanțe psihoactive.

Se observă că deși **cantitățile confiscate sunt în scădere** față de anii anteriori (2014 – 6,7 kg, 2013 – 16,431 kg), **noile substanțe psihoactive își mențin disponibilitatea** pe piața drogurilor din România.

Tabel 7-4: Situația cantităților de N.S.P. capturate, precum și a numărului capturilor de N.S.P. în perioada 2011 – 2015

NSP	Cantitate capturată										Număr capturi				
	kilograme					comprimate					2011	2012	2013	2014	2015
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Canabinoizi sintetici	2,865	1,079	0,531	0,972	0,599	0	0	0	0	0	115	21	23	119	46
Catinone	1,863	0,19	0,204	0,578	0,439	4	577	4	16	1	235	44	26	36	41
Piperazine	0,023	0,0001	0,0001	0	0,0002	1050	89	39	14460	28	19	19	4	5	3
Pirovalerone	0,0048	0,03	0,025	0,181	2,658	0	2	13	0	4	6	10	12	32	185
Triptamine	0,015	0,078	14,19	4,964	1,415	0	0	0	11	0	1	73	68	23	6
Mitraginină	0,192	0	0	0,0086	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Salvinorin	0,003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Dimetocaină	0	0,131	1,481	0,00012	0,0745	0	0	0	0	0	0	7	2	1	1
2 C-X	0,01575	0,00507	0	0,00084	0,00001	1282	0	0	1	2	4	1	0	3	2

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2015, ca rezultat al capturilor semnificative, au fost confiscate 4,43 kg din care: 2,4 kg pirovalerone (provenind din China și Spania, expediate prin colete poștale), 0,4 kg JWH-122, 1,41 kg triptamine (provenind din Taiwan și expediate prin colet poștal pe cale aeriană) și 0,1 kg catinone (provenind din Cehia).

Toate cantitățile semnificative confiscate în perioada analizată **au avut ca țară de destinație România**, astfel:

- **Canabinoizi sintetici** – 599,53 grame de canabinoizi sintetici, rezultatul a **46 de capturi**. 83,39% din această cantitate reprezintă rezultatul a 2 capturi semnificative, din care 0,4 kg JWH-122;

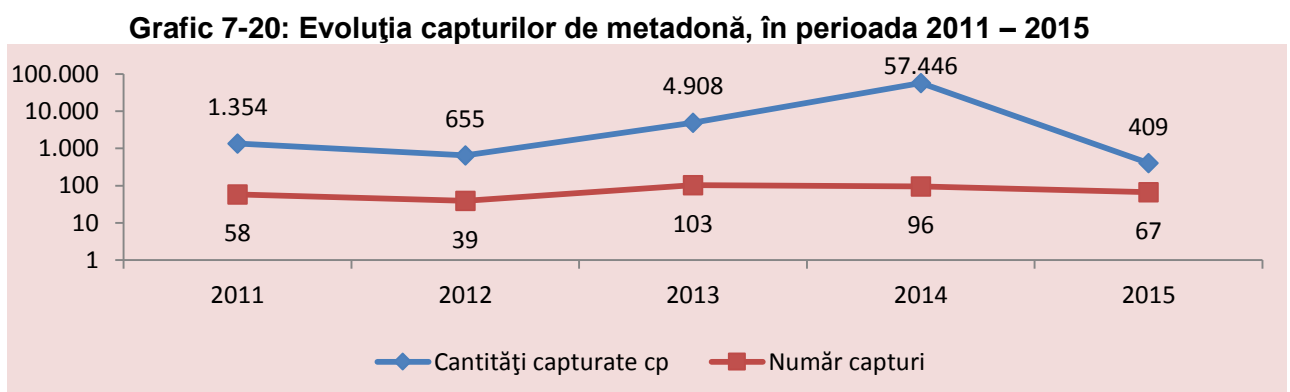
- **Catinone** – 439,57 grame provenind din **41 de capturi** (2 capturi semnificative – 220 grame);
- **Piperazine** – 0,2 grame și 28 comprimate provenind din **3 capturi**;
- **Pirovalerone** – 2,658 kg provenind din 185 de capturi. Din această cantitate, 2,39 kg (89,91%) au provenit din **5 capturi semnificative**. Atât cantitățile de pirovalerone, cât și numărul capturilor pentru acest tip de drog sunt **în creștere semnificativă față de anii anteriori**, fiind al patrulea cel mai capturat drog, după cannabis iarbă (1987), heroină (335 capturi) și MDMA (273 capturi);
- **Triptamine** – 1,415 kg provenind din **6 capturi**. 1,41 kg triptamine reprezintă rezultatul **unei singure capturi semnificative**;
- **Dimetocaină** – 74,5 grame dintr-o **singură captură**;
- **2 C-X** – 0,01 grame și 2 comprimate provenind din **două capturi**.

B.2.7. Medicamente cu conținut stupefiant

În anul 2015, au fost înregistrate **163 capturi** de medicamente cu conținut stupefiant, fiind confiscate 144948 comprimate, 92,29 grame și 65,5 mililitri, astfel:

B.2.7.1. Metadonă

După valoarea maximă atinsă în anul 2014, în anul 2015, **confiscările de metadonă înregistrează cele mai scăzute valori începând cu anul 2008**, fiind confiscate 409 comprimate, 0,84 grame și 2 mililitri provenind din **67 de capturi**.



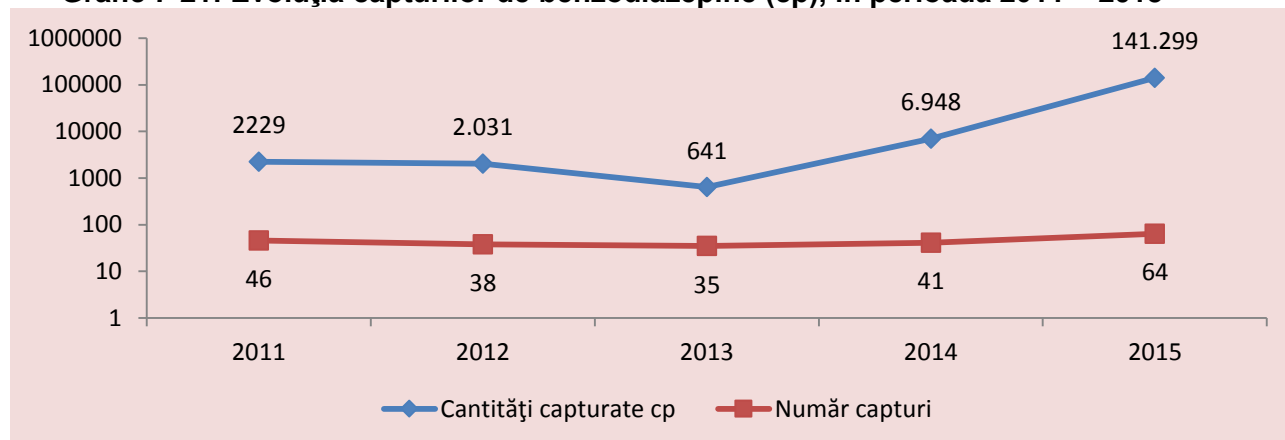
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.7.2. Benzodiazepine

Față de anii anteriori, anul 2015 aduce **o creștere semnificativă, atât a cantităților, cât și a numărului de capturi realizate, indiciu al disponibilității în creștere a acestui medicament pe piața drogurilor**. Astfel, au fost confiscate 141299 comprimate, 0,3 grame

și 5 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a **66 capturi**. În ceea ce privește comprimatele de benzodiazepine confiscate, 99,29% (140298 comprimate) au provenit din **9 capturi semnificative**, restul de 1001 comprimate fiind rezultatul a **55 de capturi**.

Grafic 7-21: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2011 – 2015



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Medicamentele cu conținut stupefiant înregistrează un trend ascendent în privința disponibilității acestora pe piața drogurilor din România. Astfel, au fost înregistrate **11 capturi semnificative, constând în 140298 comprimate benzodiazepine (cea mai mare cantitate de benzodiazepine confiscată până în prezent), 2117 comprimate de amfepramonă și 480 comprimate de oxycodonă.**

Tabel 7-5: Alte medicamente confiscate

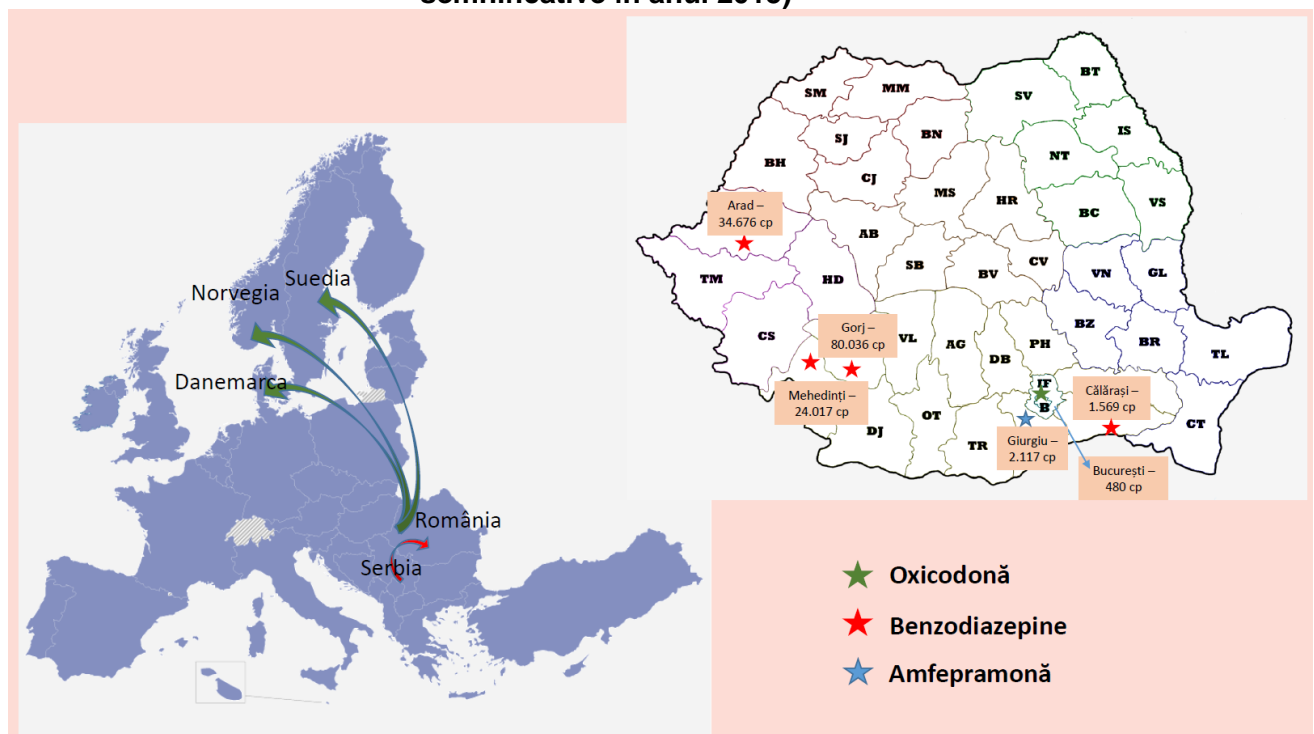
<i>Oxycodonă</i>	480 comprimate de oxycodonă provenind dintr-o captură semnificativă.
<i>Morfină</i>	16 comprimate și 1 mililitru provenind din 4 capturi
<i>Codeină</i>	307 comprimate provenind din 3 capturi
<i>Barbiturice</i>	284 comprimate provenind din 4 capturi
<i>Ketamină</i>	91,15 grame și 57,5 mililitri provenind din 11 capturi
<i>Buprenorfină</i>	7 comprimate provenind din 3 capturi
<i>Amfepramonă</i>	2.129 comprimate provenind din 3 capturi . 2.117 comprimate de amfepramonă au fost confiscate în urma unei capturi semnificative
<i>Zolpidem</i>	17 comprimate provenind dintr-o singură captură

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Comprimatele de benzodiazepine au provenit din Serbia și **România** și au avut ca destinație state din Vestul Europei (*în special, Norvegia*, precum și Suedia și Danemarca). Transportul acestora s-a realizat pe cale rutieră fiind disimulate în piese auto.

Cantitatea de 2117 comprimate de **amfepramonă** este rezultatul unei singure capturi semnificative și a avut ca țară de **proveniență România**, cu destinație teritoriul național.

Harta 7-4: Rutele de traficare ale medicamentelor cu conținut stupefiant (capturi semnificative în anul 2015)



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.3.Prețul drogurilor

B.3.1.Prețul drogurilor la nivelul străzii

În anul 2015, prețurile de comercializare a drogurilor se încadrează în tendința anilor anteriori, înregistrând valori relativ constante. Diferențele sunt determinate în parte de cursul mediu al monedei euro⁵⁸ stabilit de B.N.R. pentru anul 2015, dar și de cererea și disponibilitatea drogurilor pe piață.

În ceea ce privește prețurile de comercializare a drogurilor vândute, acestea sunt relativ similare anului 2014, 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 minim** – 8,99 Euro/ gram în 2015, față de 9 Euro/ gram în 2014;
- **Rezină de canabis** (hașiș) – prețul cu ridicata (en gros) se menține la nivelul anilor 2009 – 2014, iar valorile înregistrate pentru **prețul cu amănuntul**, la nivel stradal, mențin o constanță relativă față de anul 2014 (13,90 – 17,99 Euro/ gram în 2014, față de 13,50 – 17,99 Euro/ gram în 2015);

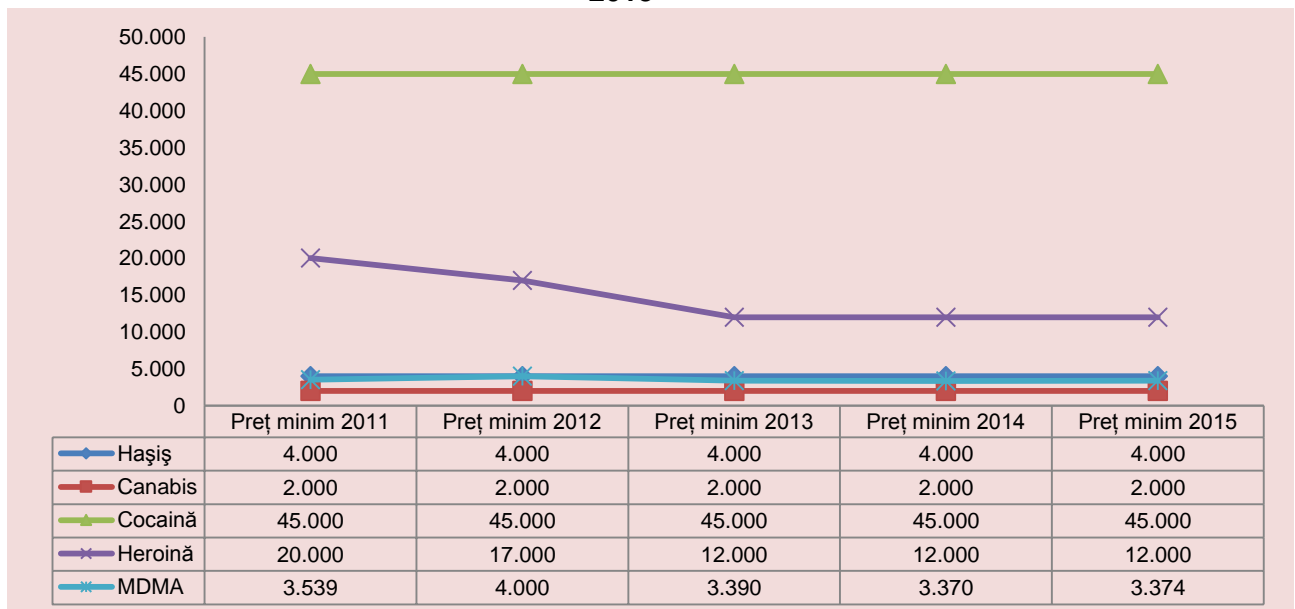
⁵⁸ Conform datelor existente la nivelul Băncii Naționale a României cursul mediu înregistrat pentru moneda Euro în anul 2012 a fost de 4,4559 Ron, în anul 2013 a fost de 4,419 Ron iar în anul 2014 a fost de 4,444 Ron (<http://www.curs-valorar-bnr.ro/>)

- **Cocaină** – atât prețul cu ridicata cât și prețul cu amănuntul se mențin la un **nivel constant** față de anii precedenți - 45000 – 90000 Euro/ kg, respectiv 80 - 120 Euro/ gram;
- **Heroină** – prețul cu ridicata păstrează valori constante față de anul 2014, în timp ce, valoarea **prețului cu amănuntul este în creștere** și variază între 44,99 – 49,49 Euro/ gram, față de 34 – 44,99 Euro/ gram în 2014;
- **MDMA** – prețurile mențin valori **relativ constante** față de anii precedenți, prețul cu ridicata variind între 3374 – 6749 Euro în anul 2015, față de 3370 – 6750 Euro/ 1000 comprimate în 2014, 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, valorile fiind similare cu cele înregistrate în anul 2014 – 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.**

B.3.2.Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze)

Grafic 7-22: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2015

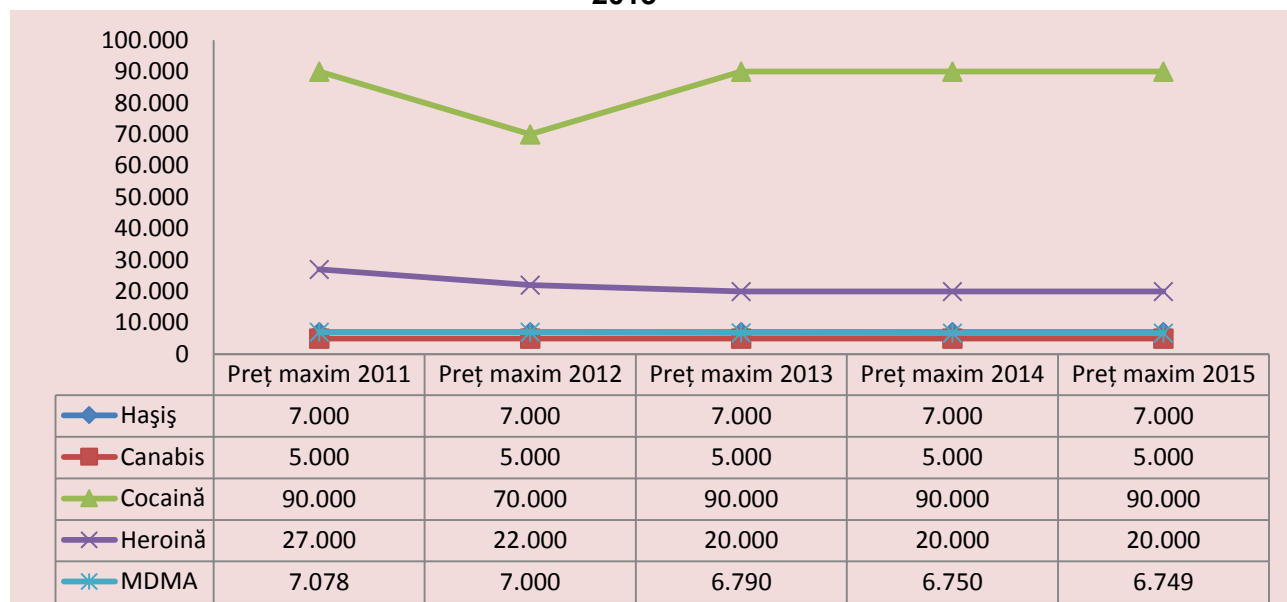


Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Cocaina păstrează cel mai ridicat preț pe piața drogurilor (90000 Euro/ kg), în timp ce prețul comprimatelor de MDMA-înregistrează o ușoară creștere a prețului minim (cu ridicata), simultană cu o diminuare a prețului maxim plătit pentru acest tip de drog.

Valorile prețurilor pentru heroină (12000 – 20000 Euro/kg) și MDMA (3390 – 67490 Euro/1000 comprimate) se încadrează, ca valori, la nivelul anilor 2009 – 2010.

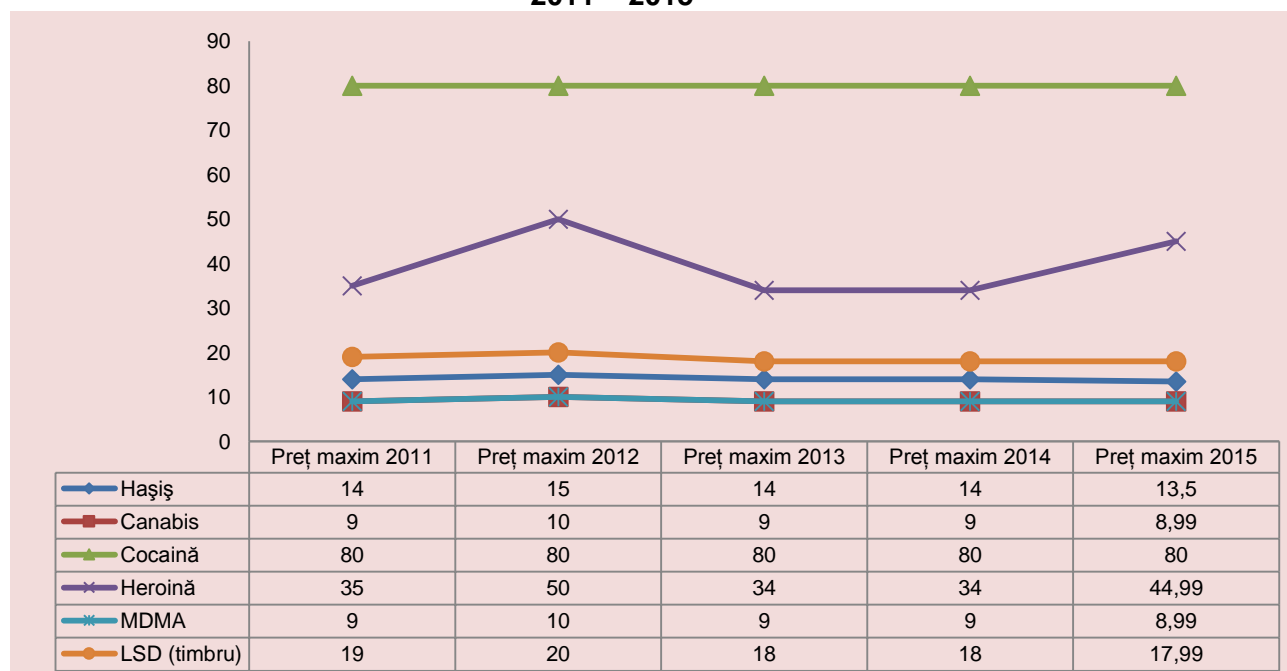
Grafic 7-23: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

B.3.3.Prețul cu amănuntul (în Euro/ gram sau pe o doză)

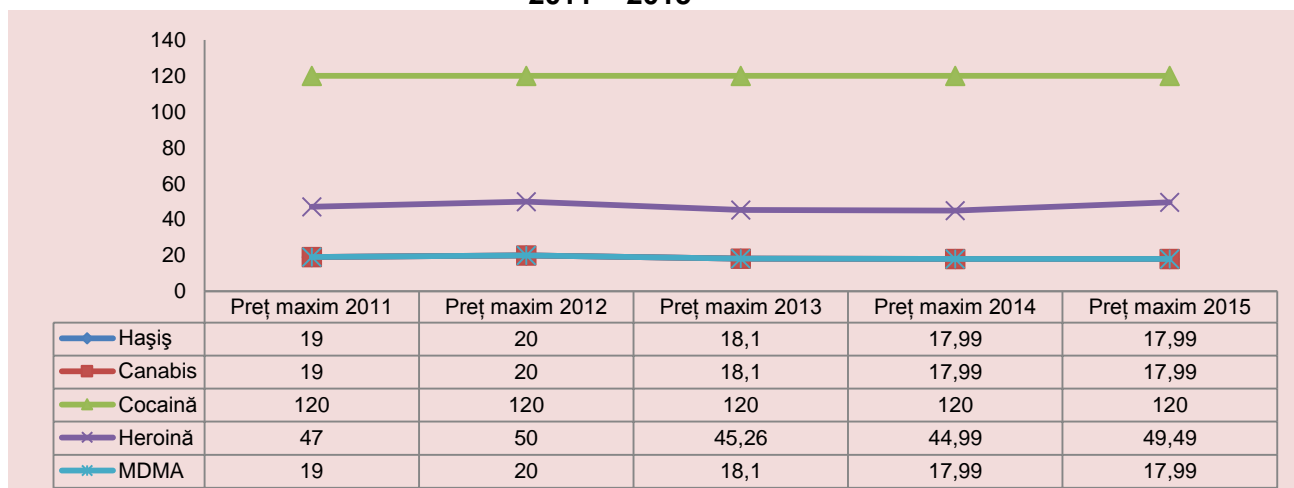
Grafic 7-24: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Atât valorile minime, cât și maxime ale prețurilor drogurilor rămân relativ constante la nivelul anului 2015 față de anii precedenți, cu excepția heroinei care înregistrează creșteri (de la 34 Euro/ gram în 2014 la 44,99 Euro/ gram în 2015 și de la 44,99 Euro/ gram în 2014, la 49,49 Euro/ gram în 2015), indiciu al cererii acestor tipuri de droguri pe piața de consum.

Grafic 7-25: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

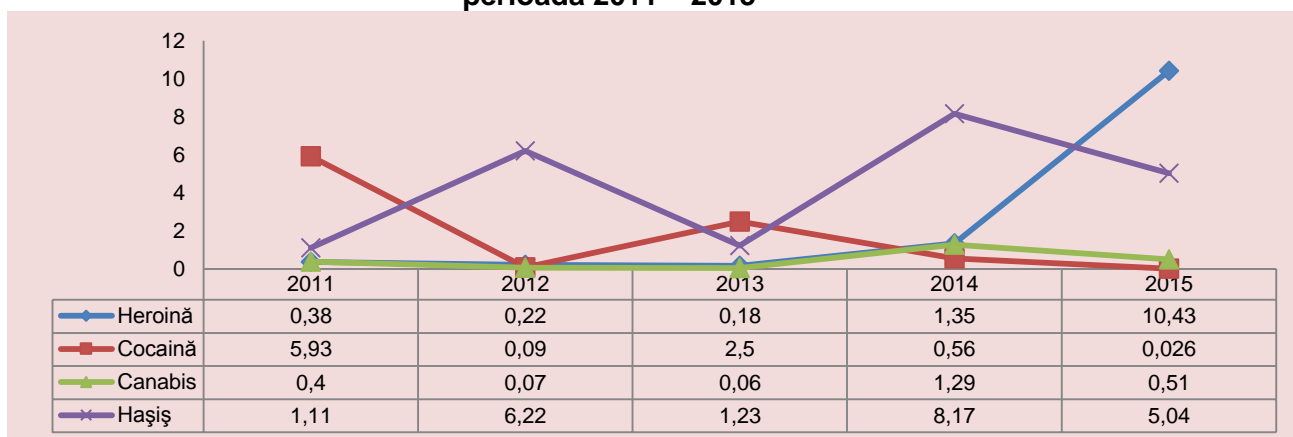
B.4.Puritatea drogurilor

Concentrația heroinei vândute la nivelul străzii a variat între 10,43% și 48,02%. Puritatea medie a probelor de heroină (vândută cu amănuntul) analizate în cursul anului 2015 a fost de 27,957%. Cei mai frecvent întâlniți agenți de diluție și adjuvanții/ adulteranți în probele de heroină au fost: griseofulvin, cofeină, paracetamol și benzocaină.

În cursul anului 2015, puritatea probelor de MDMA (vândute la nivelul străzii) a variat între 21,6% și 57,82%.

În cursul anului 2015, concentrația capturilor de cocaină analizate a variat între 0,026% și 86,99%. În probele de cocaină analizate au fost identificate substanțe, precum: cofeină, fenacetină, levamisol, lidocaină, tetracaină, paracetamol, tetramisol, pentedronă, glucoză și aminopirină.

Grafic 7-26: Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2015

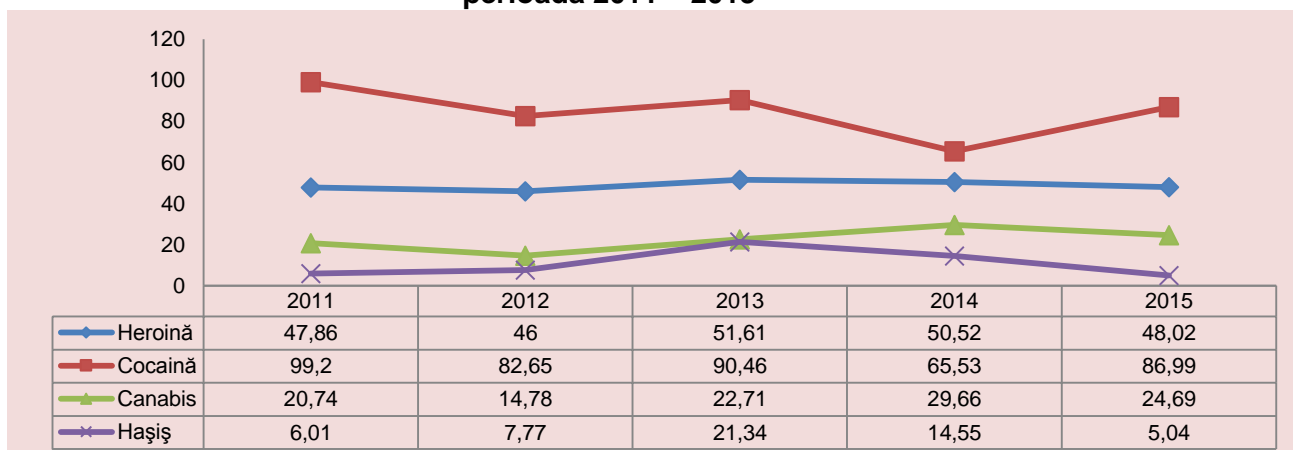


Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor – Direcția de Combateră a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Concentrația în THC a ierbii de canabis (marijuana) comercializată la nivelul străzii a fost cuprinsă între 0,51% și 24,69%. Analiza probelor de iarbă de canabis (marijuana) vândută la nivelul străzii a relevat o concentrație medie de 12,756%.

În ceea ce privește **rezina de canabis vândută la nivelul străzii**, analizele de laborator au pus în evidență o concentrație în THC de **5,04%**.

Grafic 7-27: Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor - Direcția de Combateră a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

C. CONCLUZII

- A. În anul 2015, **cantitatea totală de droguri confiscate** înregistrează **creșteri semnificative** față de anii anteriori. Cu toate acestea, **cantitățile de droguri sintetice (comprimate) confiscate** în cursul anului 2015 **sunt în scădere** față de anul 2014;

- B. **Numărul capturilor** de droguri este în **scădere** față de anul 2014, dar tendința se menține ascendentă în perioada de monitorizare, **cele mai importante** (număr și cantitate) fiind înregistrate pentru: **heroină, khat, cannabis, pirovalerone și cocaină**;
- C. **Capturile de** medicamente cu conținut stupefiant înregistrează **un trend ascendent** în privința disponibilității acestora pe piața drogurilor din România, cantitățile confiscate fiind în creștere față de anii anteriori;
- D. Cannabisul rămâne cel mai capturat drog la nivel național;
- E. Traficul și consumul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în municipiul București și județele Timiș și Constanța.

8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

8.1. ASPECTE DE NOUȚATE

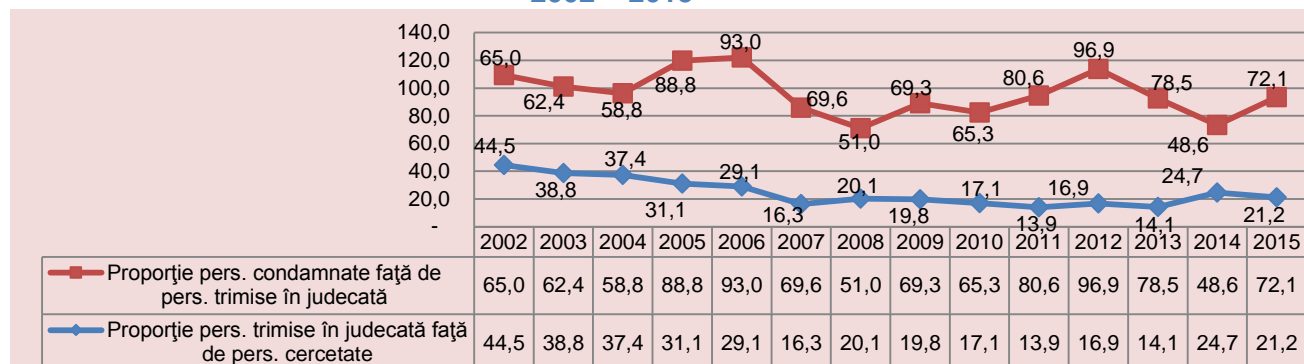
Datele statistice privind infraționalitatea la regimul drogurilor, aferente anului 2015, au pus în evidență următoarele:

- **Creșterea numărului cauzelor penale soluționate** de către unitățile de parchet cu 29,3% față de anul precedent și a numărului persoanelor cercetate (cu 28,7% față de 2014);
- **Scăderea proporției cauzelor soluționate cu trimitere în judecată** din totalul cauzelor soluționate (de la 17% în 2014, la 15,8% în 2015) și a **proporției numărului persoanelor trimise în judecată** din totalul persoanelor cercetate (de la 24,7% în 2014, la 21,2% în anul 2015);
- **Creșterea numărului grupurilor infracționale** destructurate (de la 55 la 64) și scăderea numărului participanților în aceste grupuri;
- **Creșterea numărului persoanelor condamnate** pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor cu **63,9%**, față de anul 2014;
- **Creșterea numărului minorilor condamnați** pentru infracțiuni la regimul drogurilor;
- **Creșterea semnificativă a numărului persoanelor condamnate** pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu** (de la 13 persoane în 2014, la 157 persoane în anul de referință), precum și a **ponderii** acestora din totalul persoanelor condamnate (de la 2,1% în anul 2014, la 15,3% în anul 2015).

8.2. ANALIZA INDICATORILOR

Pe fondul creșterii numărului cauzelor soluționate de parchete și al persoanelor cercetate și trimise în judecată, anul 2015 înregistrează și o creștere semnificativă a numărului de persoane condamnate de către instanțele de judecată, dar și al proporției acestora prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată (de la 48,6% la 72,1%).

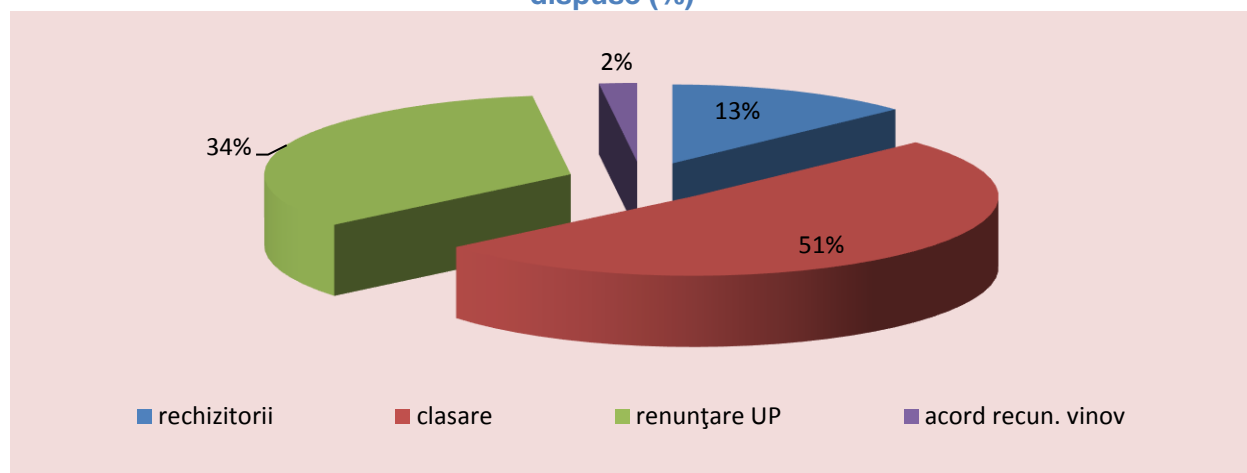
Grafic 8- 1: Evoluția proporției numărului de persoane condamnate prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată și a proporției numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate, în perioada 2002 – 2015



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Măsurile de punere în aplicare a prevederilor noilor coduri (Codul penal și Codul de procedură penală) de către structurile de parchet care investighează infracțiunile la regimul drogurilor se reflectă în **scăderea proporției dosarelor soluționate cu trimitere în judecată** prin raportare la totalul cauzelor soluționate, concomitent cu **scăderea proporției persoanelor trimise în judecată** prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate (de la 24,7%⁵⁹ în 2014, la 21,2% în 2015) și **creșterea proporției dosarelor în care a fost aplicată soluția renunțării la urmărirea penală**.

Grafic 8- 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2015, în funcție de tipul soluției dispuse (%)



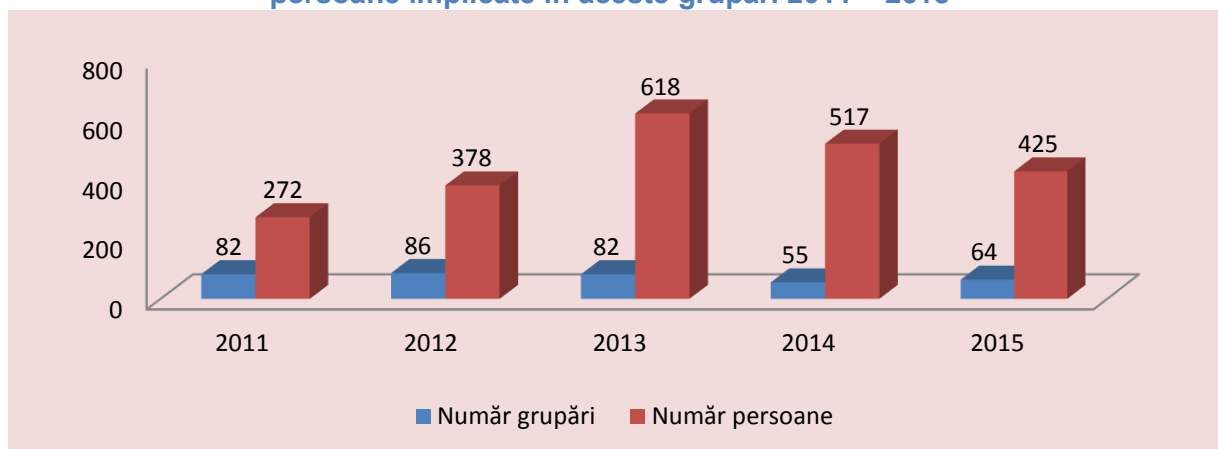
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În ceea ce privește **grupurile infracționale destructurate**, în anul 2015 **valoarea acestui indicator înregistrează o creștere** (de la 55 în 2014, la 64 în 2015), în timp ce, numărul

⁵⁹ Valoarea aferentă indicatorului persoane trimise în judecată pentru anul 2014 include și 45 de acorduri de recunoaștere a vinovăției

persoanelor cercetate ca urmare a implicării lor în aceste grupări înregistrează o scădere ușoară (de la 517 în 2014, la 425 în 2015).

Grafic 8- 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2015



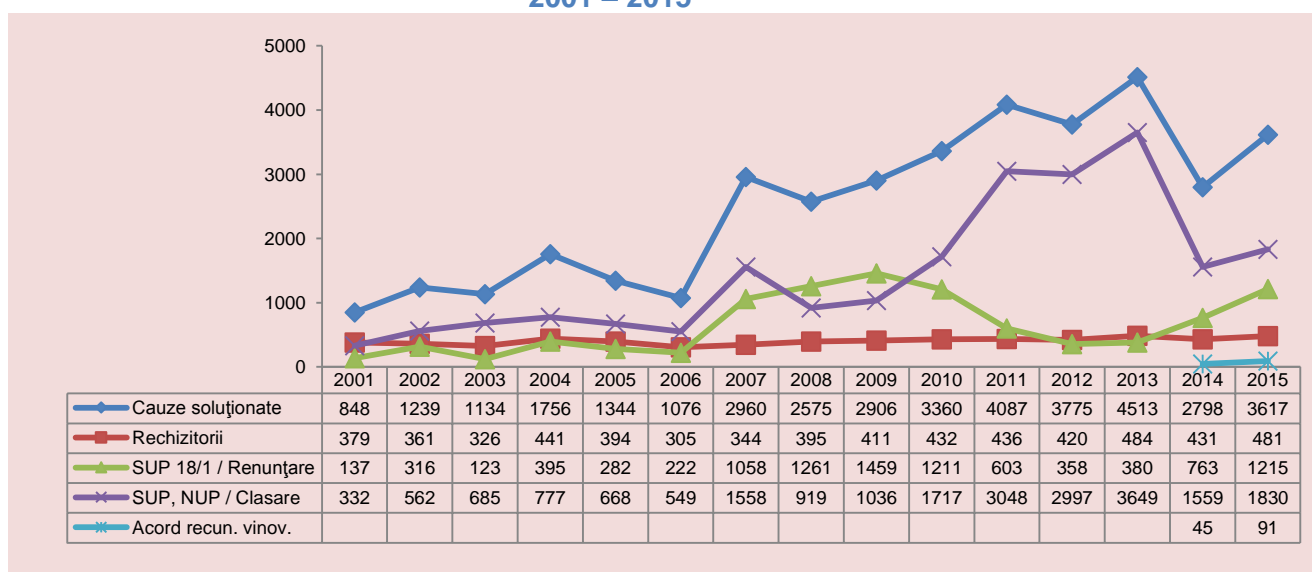
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Analiza persoanelor condamnate la regimul drogurilor la nivel național evidențiază județele cu cel mai mare număr de persoane condamnate: **București (251)**, Olt (53), Constanța (50), Prahova și Timiș (câte 44) și Cluj (43).

8.2.1. Dosare penale soluționate

Potrivit datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, **în cursul anului 2015 au fost soluționate 3617 cauze**, ceea ce reprezintă o **creștere** de aproximativ **29%** față de anul 2014, când au fost soluționate **2798 cauze**.

Grafic 8- 4: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001 – 2015



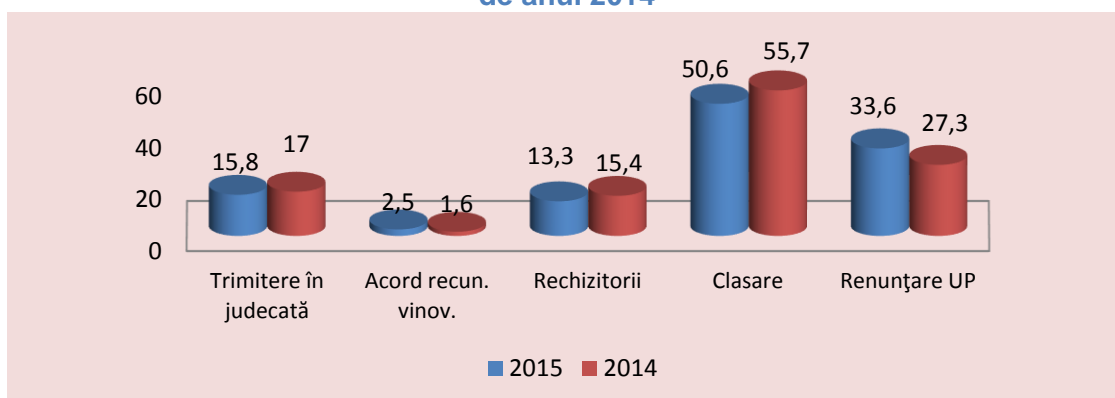
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În ceea ce privește **soluțiile date**, **481 de cauze** au fost **înaintate instanțelor** de judecată, în **1215 cauze** a fost dispusă **renunțarea la urmărirea penală**, iar în **1830 de dosare penale** s-a dispus **clasarea**. Potrivit dispozițiilor art. 478 din Codul de procedură penală, pentru **91** de persoane a fost aplicată procedura specială de încheiere a unui **acord de recunoaștere a vinovăției**.

Astfel, față de anul 2014, se constată o **creștere a valorii absolute a tuturor indicatorilor**, și anume: numărul rechizitoriilor (cu 11,6%), numărul acordurilor de recunoaștere a vinovăției (valoare dublă), numărul dosarelor soluționate prin renunțare la urmărirea penală (cu 59,2%) și prin clasare (cu 17,4%).

Cu toate acestea, raportat la valorile procentuale înregistrate în anul 2014, se evidențiază **scăderi** ale procentului de cauze soluționate prin **trimitere în judecată**⁶⁰ (de la 17% în anul 2014, la 15,8% în anul 2015) și **clasare** (de la 56% în anul 2014, la 51% în anul 2015), precum și o **creștere** pentru cele soluționate prin **renunțare la urmărirea penală** (de la 27% în anul 2014, la 34% în anul 2015).

Grafic 8- 5: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2014

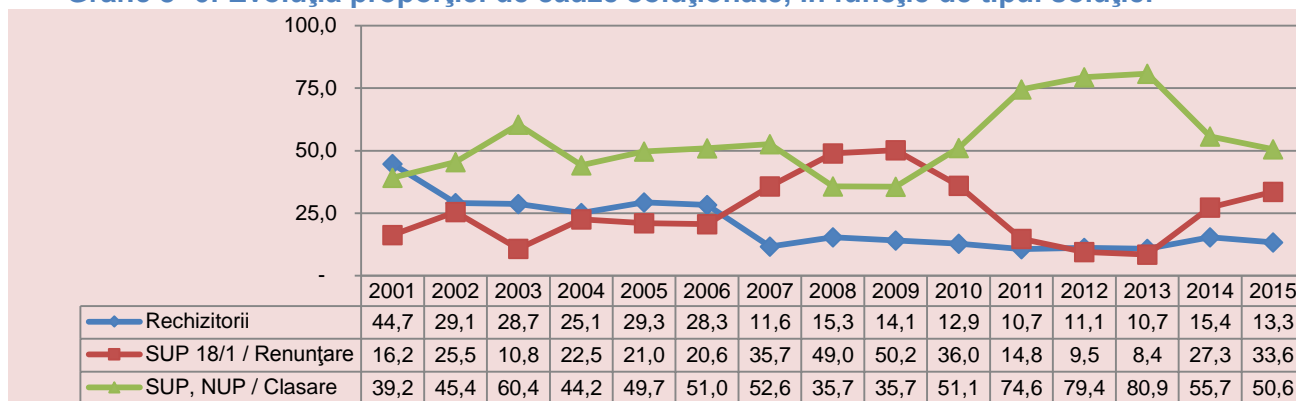


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Începând cu anul 2008, se constată o **tendință de stabilizare** a numărului de rechizitorii, cu o ușoară creștere a valorii procentuale a acestuia, înregistrată în anul 2014. Totodată, începând cu anul 2013, se evidențiază o **tendință crescătoare** a proporției cauzelor soluționate prin **renunțare la urmărire penală** și o **tendință descrescătoare** pentru proporția celor soluționate **prin clasare**.

⁶⁰ Rechizitorii și acorduri de recunoaștere a vinovăției

Grafic 8- 6: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției



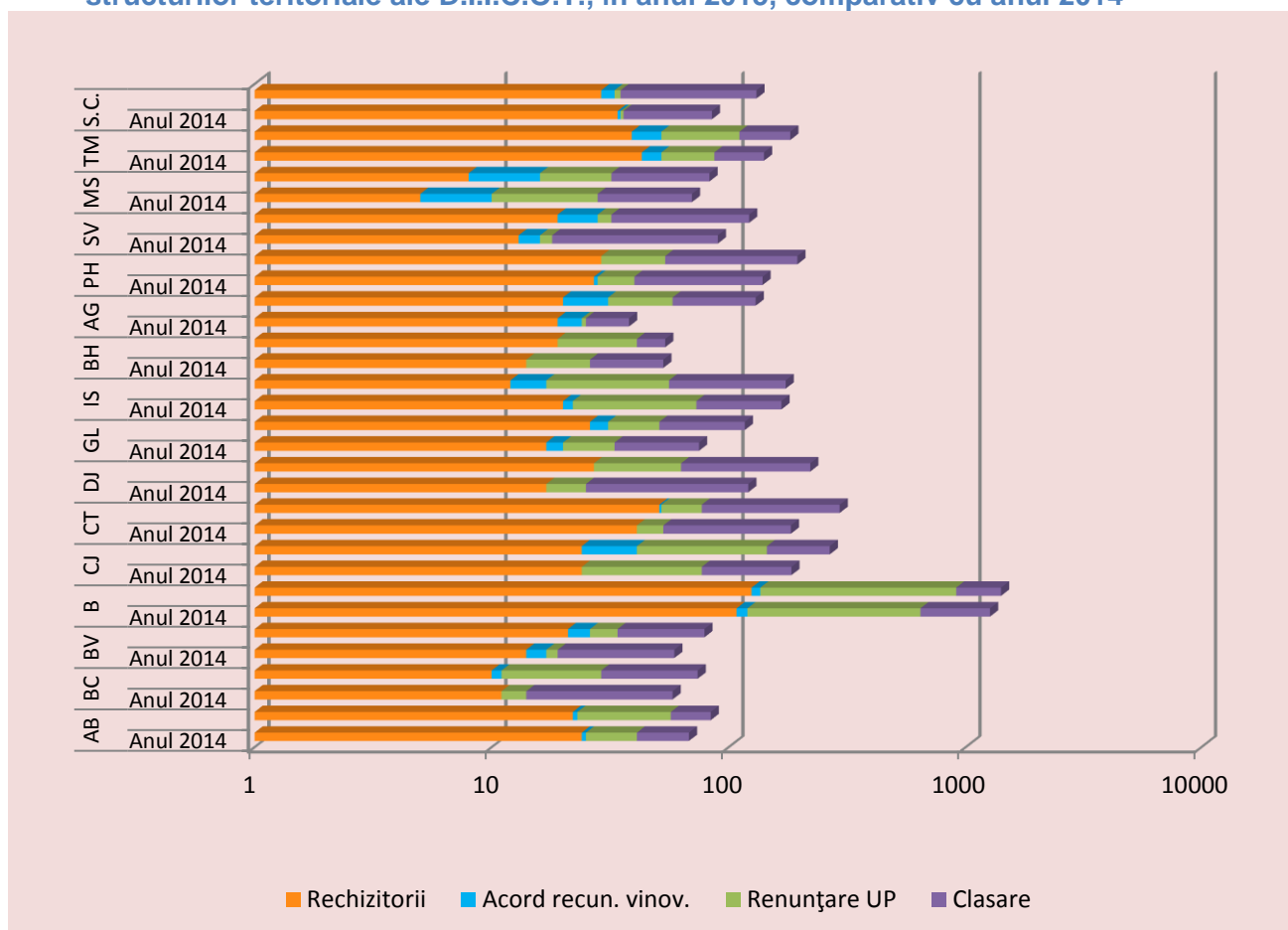
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În anul de referință, **toate structurile teritoriale D.I.I.C.O.T.** au înregistrat **creșteri** ale numărului de **cauze soluționate**. Structurile care au înregistrat cele mai vizibile creșteri ale acestui indicator sunt următoarele: **București** (de la 1267 în 2014, la 1410 în 2015), **Constanța** (de la 183 în 2014, la 294 în 2015), **Craiova** (de la 121 în 2014, la 221 în 2015), **Pitești** (de la 38 în 2014, la 130 în 2015) și **Cluj** (de la 184 în anul 2014, la 267 în anul 2015).

Astfel, **din totalul cauzelor soluționate** de către structurile teritoriale ale D.I.I.C.O.T., municipiul **București** continuă să se afle pe **primul loc**, cu un procent de **38,9%**, fiind urmat de **Constanța** (8,1%), **Cluj** (7,4%) și **Craiova** (6,1%).

În ceea ce privește soluțiile date, **cele mai multe rechizitorii** au fost înregistrate pentru structurile teritoriale din **București (25,9%)**, **Constanța (10,6%)**, **Timișoara (8,1%)**, **Ploiești** și **Structura centrală** (câte 6%). Față de anul precedent, **se constată o creștere a valorilor procentuale pentru București și Constanța și o scădere pentru Timișoara, Ploiești și Structura Centrală.**

Grafic 8- 7: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2015, comparativ cu anul 2014



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Cele mai multe acorduri de recunoaștere a vinovăției au fost înregistrate la nivelul Serviciilor teritoriale D.I.I.C.O.T. din Cluj (17), Timișoara (13), Pitești și București (câte 11), iar cele mai multe soluții de renunțare la urmărirea penală au fost încheiate de către Serviciile teritoriale D.I.I.C.O.T. din București (776), Cluj Napoca (104), Timișoara (59) și Iași (39).

Tabel 8- 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2014 – 2015

Serviciul teritorial	Cauze soluționate									
	2014					2015				
	Rechizitorii	Acord. recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total	Rechizitorii	Acord. recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total
Alba Iulia	24	1	16	27	68	22	1	34	27	84
Bacău	11	0	3	44	58	10	1	18	45	74
Brașov	14	3	2	40	59	21	5	8	45	79
București	108	12	524	623	1267	125	11	776	498	1410
Cluj	24	0	53	107	184	24	17	104	122	267
Constanța	41	0	12	130	183	51	1	25	217	294
Craiova	17	0	8	96	121	27	0	36	158	221
Galați	17	3	13	42	75	26	5	20	66	117
Iași	20	2	51	94	167	12	5	39	118	174
Oradea	14	0	12	27	53	19	0	22	13	54
Pitești	19	5	1	13	38	20	11	27	72	130
Ploiești	27	1	12	99	139	29	0	25	141	195
Suceava	13	3	2	72	90	19	9	4	90	122
Tg. Mureș	5	5	18	42	70	8	8	16	51	83
Timișoara	43	9	35	54	141	39	13	59	71	182
Structura centrală	34	1	1	49	85	29	4	2	96	131
Total	431	45	763	1559	2798	481	91	1215	1830	3617

Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

8.2.2. Persoane cercetate și trimise în judecată⁶¹

În anul 2015, se observă o **creștere semnificativă a numărului de persoane** cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor. Astfel, în cele **3617 de cauze penale** soluționate de către unitățile de parchet, au fost cercetate **6718 persoane** (cu **28,7%** mai multe față anul 2014), din care **aproximativ 30% (2053 persoane)** au fost cercetate de către Serviciul Teritorial al **Municipiului București** și **aproximativ 17% (1150 persoane)** de către Serviciul Teritorial al **Municipiului Ploiești**.

Din totalul celor **6718** persoane cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, **1425 de persoane (21,2%)⁶²** au fost **trimise în fața instanțelor de judecată** pentru continuarea procesului penal, pentru **640** dintre acestea în stare **de arest preventiv**. Față de anul 2014, numărul total al **persoanelor trimise în judecată înregistrează o creștere cu 10,5%⁶³**.

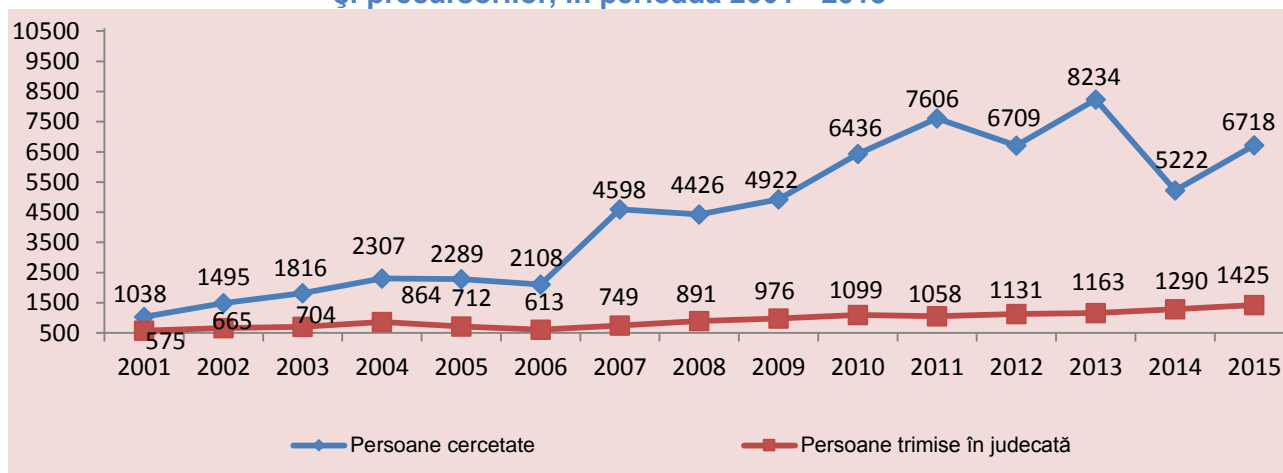
Pentru diferența de **5293** de persoane au fost dispuse **alte măsuri procedurale**.

⁶¹ Date furnizate de D.I.I.C.O.T.

⁶² Inclusiv acordurile de recunoaștere a vinovăției

⁶³ Valoarea a fost calculată inclusiv cu acordurile de recunoaștere a vinovăției

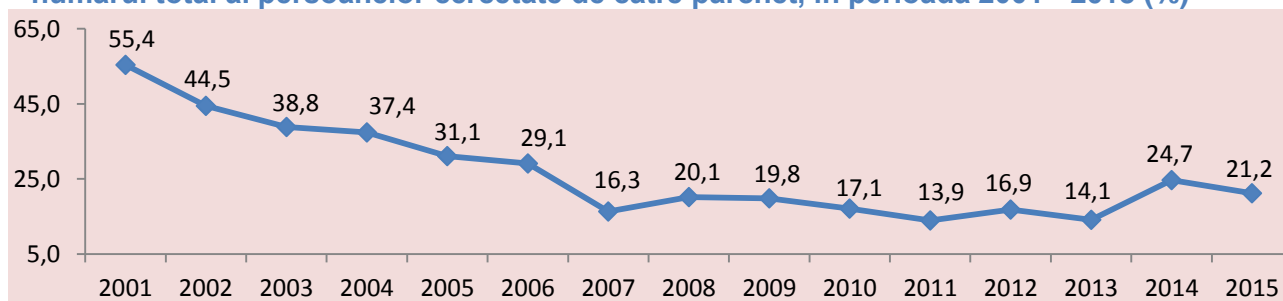
Grafic 8- 8: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001 - 2015



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Din corelarea indicatorului persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor cu indicatorul persoane trimise în judecată, raportat la anul precedent, anul 2015 evidențiază o **scădere a ponderii persoanelor trimise în judecată** (de la 24,7% în 2014, la 21,2% în 2015).

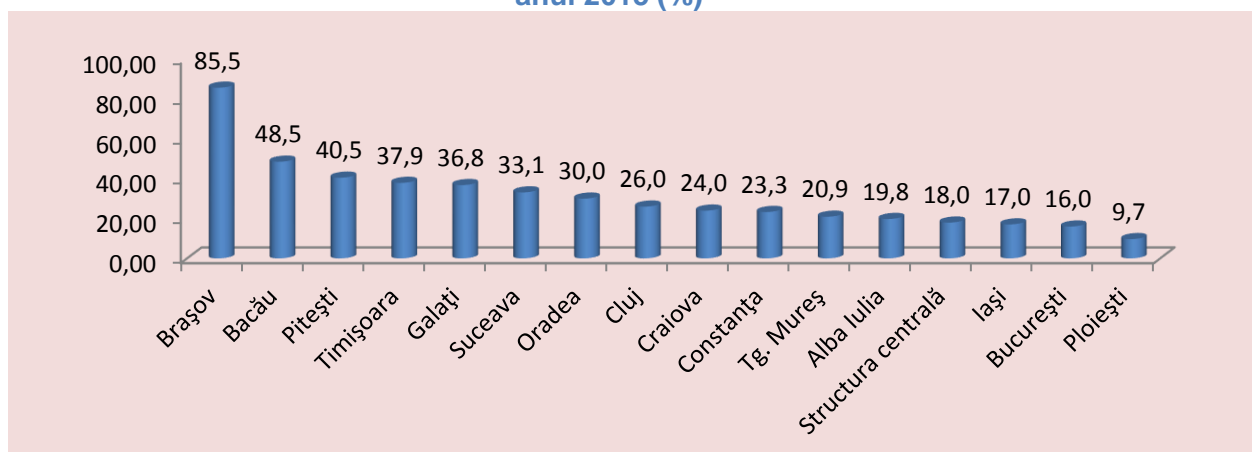
Grafic 8- 9: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001 - 2015 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

La nivel teritorial, cel mai mare număr de persoane trimise în judecată s-a înregistrat la nivelul structurilor D.I.I.C.O.T. din București (328), Timișoara (124), Ploiești (111) și Craiova (99), iar cea mai mare pondere a numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate a fost înregistrată la nivelul Serviciilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T. din Brașov (85,5%), Bacău (48,5%) și Pitești (40,5%).

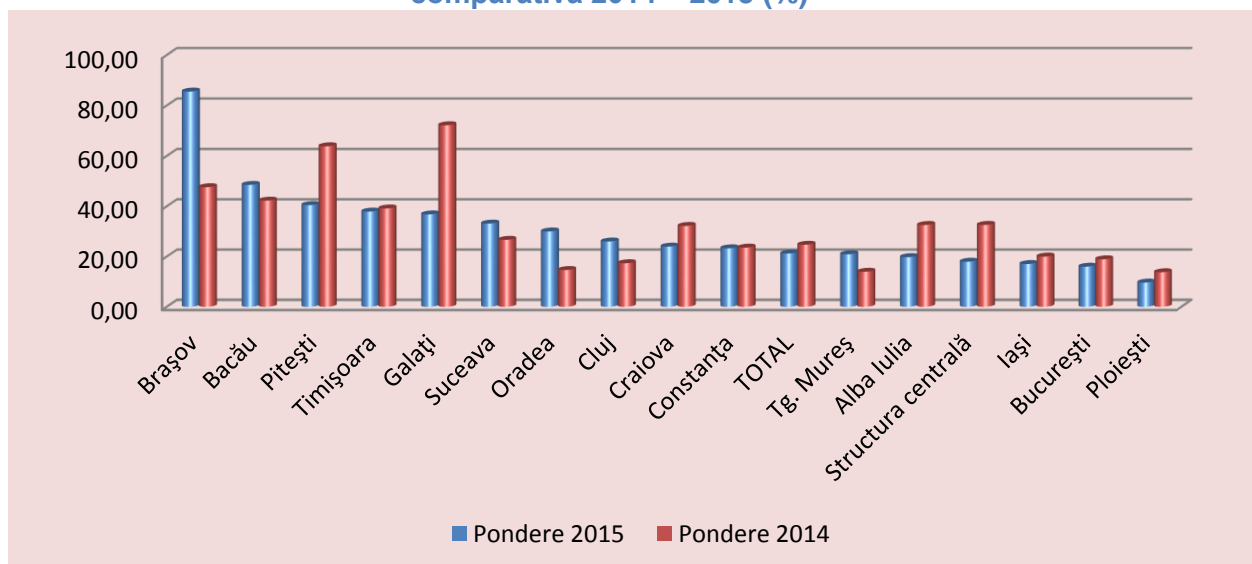
Grafic 8- 10: Ponderea numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., în anul 2015 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Comparativ cu anul 2014, **proporția numărului de persoane trimise în judecată, prin raportare la** numărul total al persoanelor cercetate, înregistrează **creșteri** pentru județele care intră în aria de competență teritorială a structurilor D.I.I.C.O.T. din **Braşov, Bacău, Suceava, Oradea și Cluj.**

Grafic 8- 11: Numărul persoanelor trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T. – Situație comparativă 2014 – 2015 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

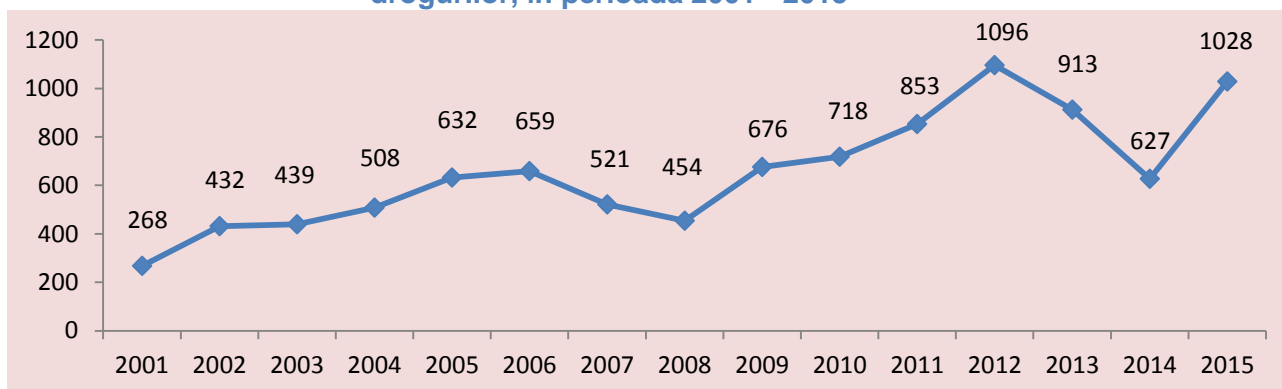
Cel mai mare număr de minori cercetați pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor s-a înregistrat pe raza de competență a Serviciului Teritorial D.I.I.C.O.T. **Craiova** (14).

Cele mai multe persoane arestate au fost înregistrate la nivelul structurilor D.I.I.C.O.T. din **București** (238), Ploiești (46), Galați (45) și Timișoara (44).

8.2.3. Persoane condamnate⁶⁴

În anul 2015, **numărul persoanelor condamnate** pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor a înregistrat o **creștere semnificativă de 63,9%** față de anul 2014. Astfel, au fost condamnate **1028 de persoane** (927 bărbați și 101 femei), dintre care **994 majore** (895 bărbați și 99 femei) și **34 minore** (32 de sex masculin și 2 de sex feminin).

Grafic 8- 12: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2015

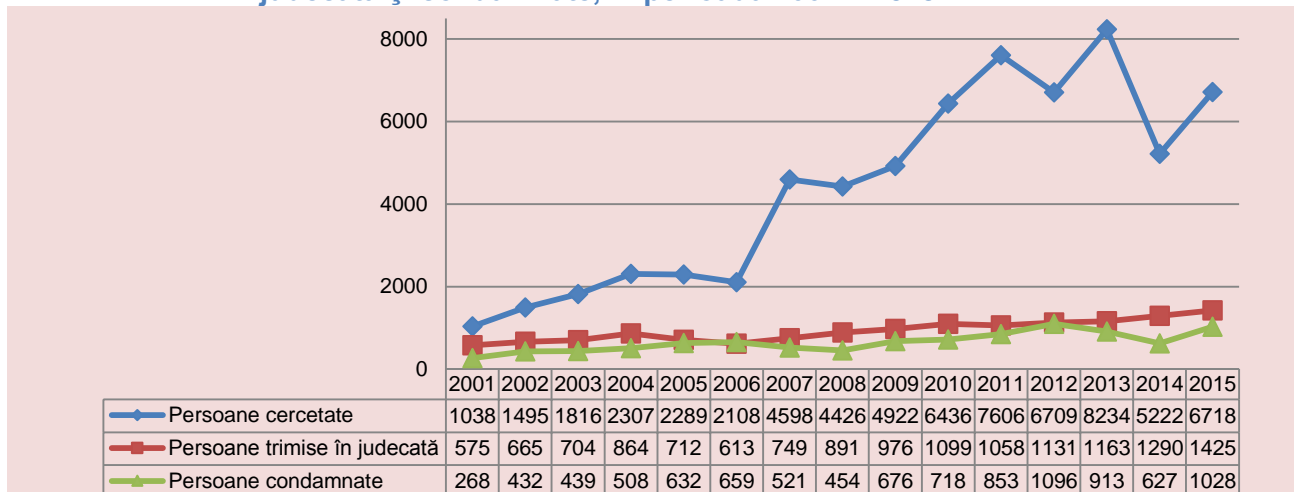


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Analiza comparativă a valorilor aferente indicatorilor privind persoanele cercetate, persoanele trimise în judecată și persoanele condamnate, evidențiază o tendință în creștere, valorile înregistrate în anul 2015 fiind unele dintre cele mai mari valori consemnate în toată perioada de monitorizare (cea mai mare valoare pentru persoane trimise în judecată și a doua valoare după valoarea maximă înregistrată în anul 2012 pentru persoane condamnate).

⁶⁴ Date statistice furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii

Grafic 8- 13: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2001 – 2015⁶⁵

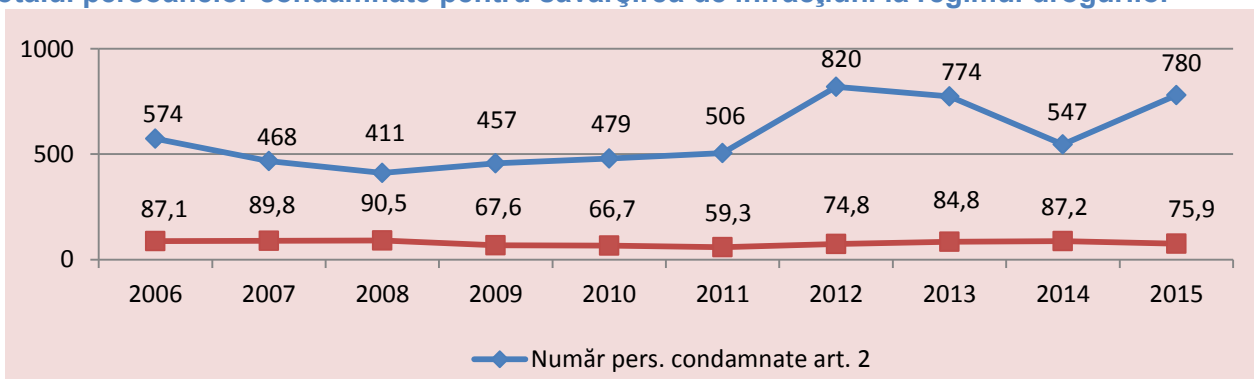


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T. și Consiliul Superior al Magistraturii

Cel mai mare număr de persoane condamnate a fost înregistrat în București (251), ceea ce reprezintă aproximativ 24,4% din totalul persoanelor condamnate.

Numărul persoanelor condamnate pentru infracțiunea de trafic de droguri⁶⁶ a crescut de la 547 în anul 2014, la **780** persoane în anul de referință, dar **proportia** acestora prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor a înregistrat o **scădere**, de la 87,2% în anul 2014, la **75,9% în anul 2015**. Și numărul **minorilor condamnați pentru trafic de droguri a crescut semnificativ**, fiind înregistrați **21 minori condamnați**, față de doar 7 minori înregistrați în anul 2014.

Grafic 8- 14: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 2 din Legea 143/2000 și a ponderii acestui indicator din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

⁶⁵ Valoarea aferentă indicatorului persoane trimise în judecată pentru anul 2014 include și 45 de acorduri de recunoaștere a vinovăției

⁶⁶ Art. 2 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

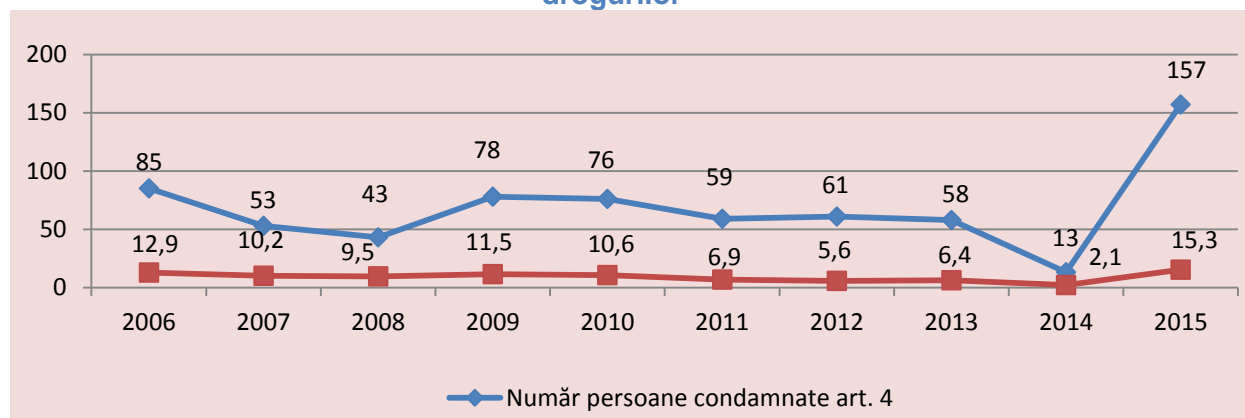
Cele mai multe persoane condamnate pentru trafic de droguri au fost înregistrate în București (236), Timiș (44), Prahova (43), Cluj (39), Hunedoara (34) și Constanța (30). Se observă că Bucureștiul rămâne zona teritorială cu cea mai mare pondere de condamnări pentru trafic de droguri (30,5% în anul 2014 și 30,3% în anul 2015) și înregistrează, în anul de referință, o creștere cu 41,3% a valorii acestui indicator (de la 167 de persoane în 2014, la 236 în anul 2015).

Numărul persoanelor condamnate pentru introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept⁶⁷, a înregistrat, de asemenea, o creștere, de la 57 de persoane în anul 2014 (9,1% din totalul persoanelor condamnate), la 87 de persoane înregistrate în anul 2015 (8,5% din totalul persoanelor condamnate).

Numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu⁶⁸ a înregistrat, de asemenea, o creștere semnificativă față de anul 2014 (de la 13 persoane, la 157 în anul 2015). În consecință, și proporția acestei categorii de persoane din totalul persoanelor condamnate a crescut semnificativ la 15,3% față de anul 2014, când a înregistrat valoarea de doar 2,1%.

Cele mai multe persoane condamnate în temeiul prevederilor art. 4 din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-au înregistrat în județul **Olt** (42 persoane, din care 5 minore) și **Constanța** (17 persoane, din care una minoră).

Grafic 8- 15: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/2000 și a ponderii prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

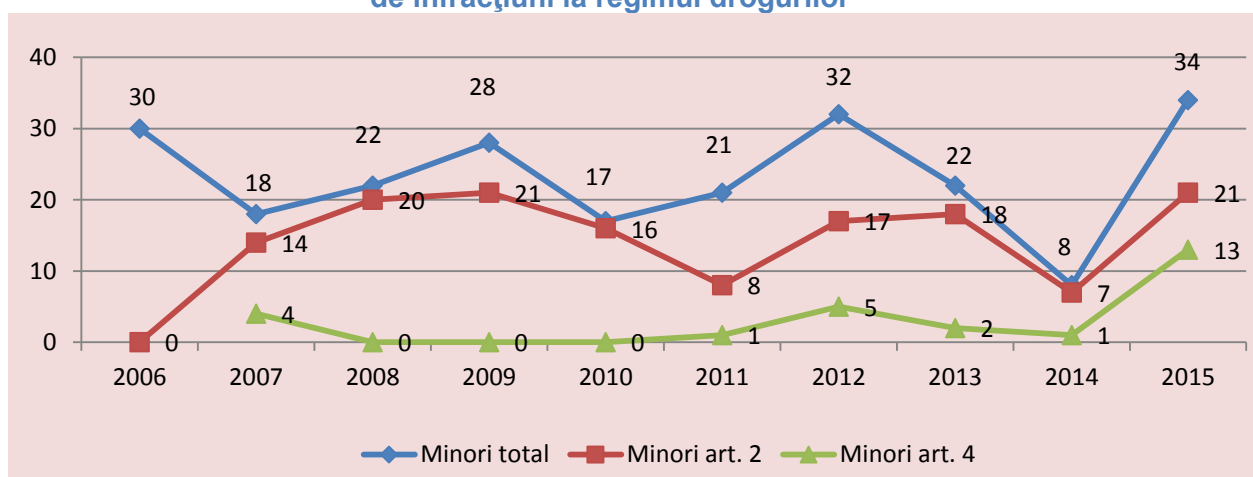
⁶⁷ Art. 3 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁶⁸ Art. 4 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

Chiar dacă ponderea persoanelor condamnate pentru deținere de droguri pentru consum propriu a crescut semnificativ față de anul 2014, analiza anilor anteriori pune în evidență o tendință de scădere a valorii procentuale a acestui indicator.

Numărul total al minorilor condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor a crescut semnificativ, de la 8 minori în 2014, la 34 de minori în anul de referință. Cu toate acestea, nivelul de implicare a minorilor în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor se menține la valori reduse, aproximativ 3,3% din totalul persoanelor condamnate în anul 2015, dar este în creștere față de anul 2014, când valoarea procentuală a acestuia era de 1,3%. Cele mai multe condamnări au avut ca obiect infracțiuni de trafic de droguri.

Grafic 8- 16: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor

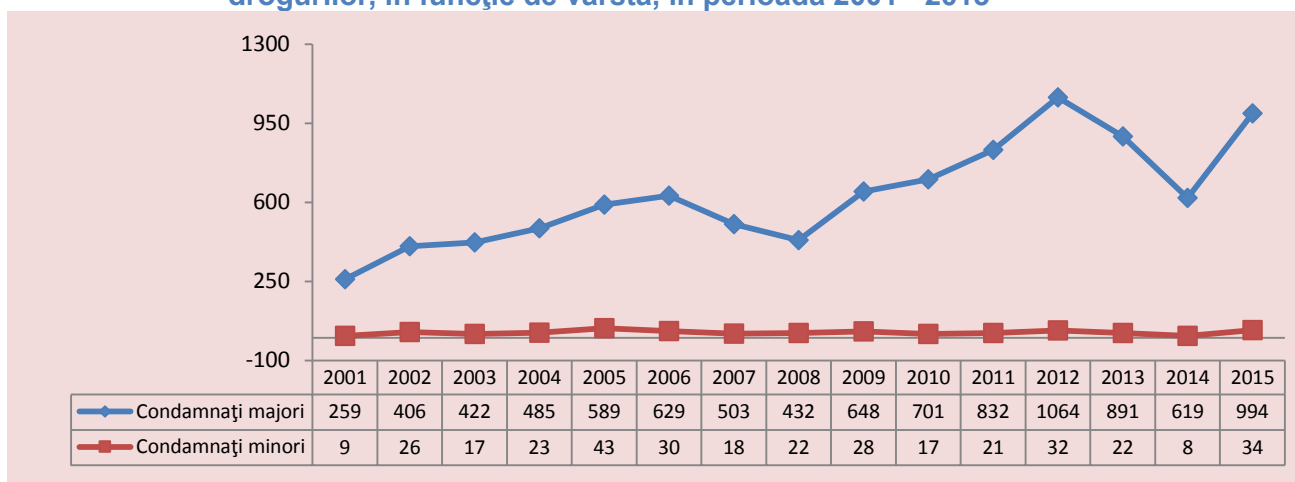


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

La nivel teritorial, **cel mai mare număr de minori condamnați** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor s-a înregistrat în județele **Vrancea** (10 minori), Olt (5 minori), Cluj și Alba (câte 3 minori).

Numărul persoanelor condamnate, atât majore, cât și minore, este în creștere față de anul 2014, valoarea maximă fiind atinsă în anul 2012.

Grafic 8- 17: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2015

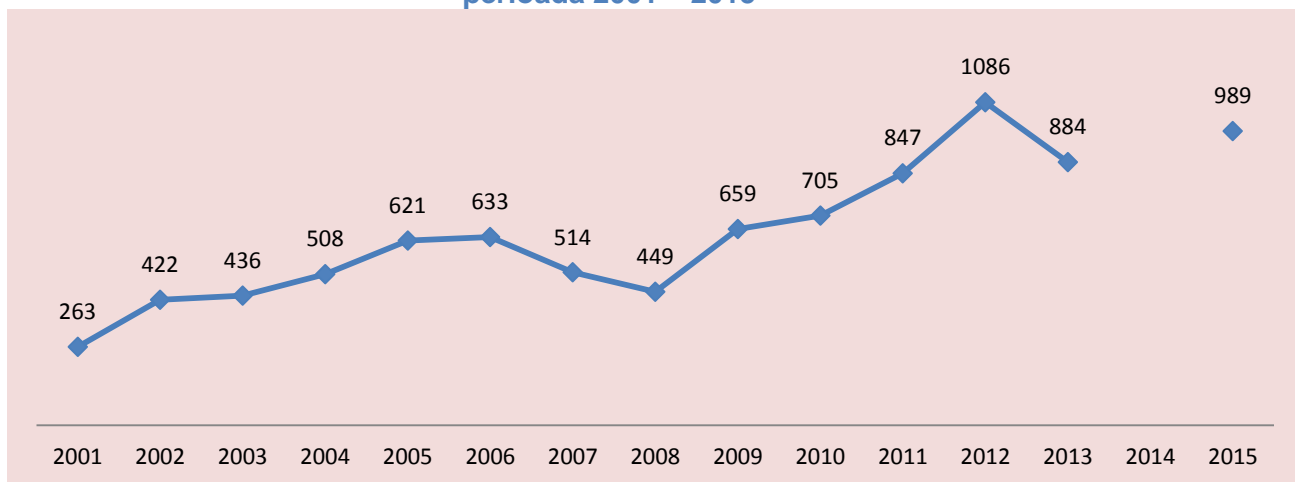


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

8.2.4. Pedepse aplicate⁶⁹

La fel ca și în anii precedenți, în cursul anului 2015, **instanțele de judecată au aplicat cu precădere pedeapsa închisorii** pentru infracțiunile săvârșite la regimul drogurilor. Astfel, din totalul celor **1028 persoane condamnate**, **989 de persoane** au primit **pedeapsa închisorii**, pentru **23 de persoane** a fost aplicată **amenda penală**, iar în cazul a **16 minori** a fost aplicată măsura educativă a **libertății supravegheate**.

Grafic 8- 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2015



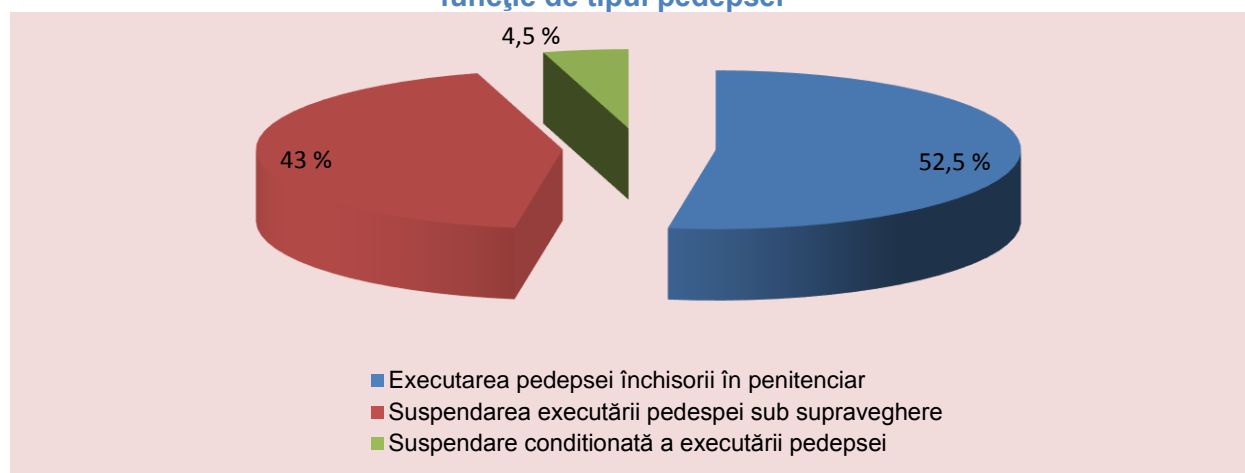
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

⁶⁹ Date furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii. Pentru anul 2014 nu au fost disponibile date privind pedepsele aplicate ca urmare a unor disfuncționalități în aplicația centralizatoare a condamnaților definitiv, determinată de intrarea în vigoare a noilor coduri penale. Pentru anul 2015 nu sunt disponibile date privind condamnările și pedepsele aplicate pentru nerespectarea prevederilor Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Se constată o **tendință de creștere a numărului total de persoane condamnate la pedeapsa închisorii**, și, totodată, începând cu anul 2011, a numărului de persoane cărora li s-a aplicat amenda penală pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor.

Din totalul celor **989** de persoane condamnate la **pedeapsa închisorii**, **519** persoane (52,5%) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar**, **425** de persoane (43%) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea executării acesteia sub supraveghere și 45** de persoane (4,5%) au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării acesteia**.

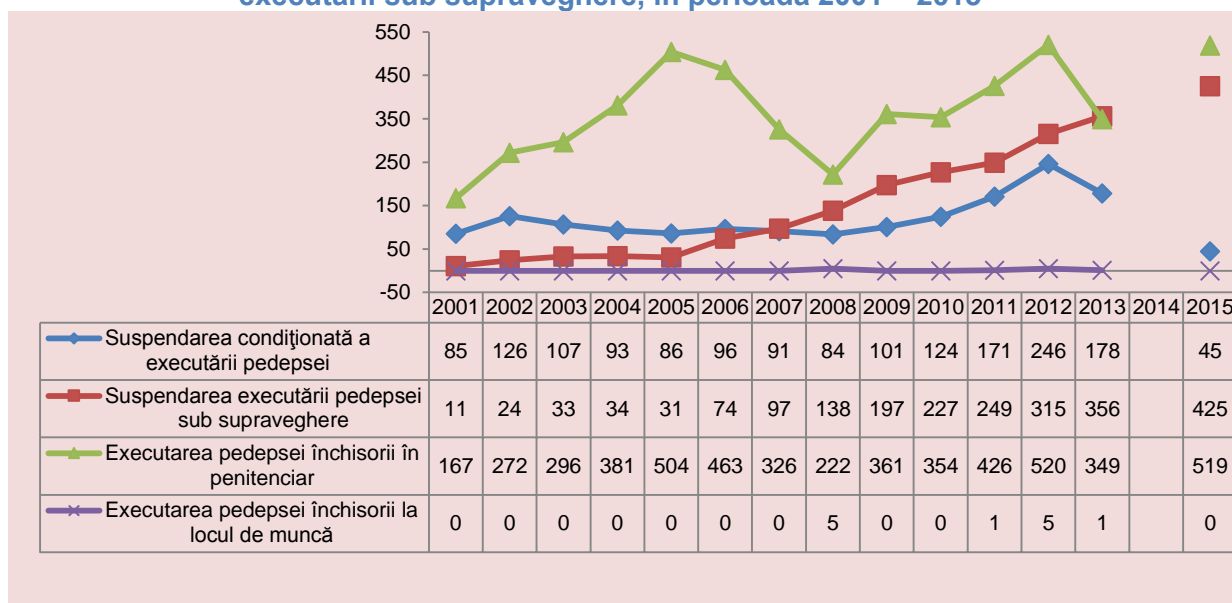
Grafic 8- 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește aplicarea pedepselor pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, se constată că instanțele de judecată continuă să aplice cu precădere pedeapsa închisorii cu executare. Cu toate acestea, analiza ultimilor ani evidențiază o tendință de creștere a numărului de persoane pentru care s-a aplicat pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere a acesteia, și, începând cu anul 2012, o tendință de scădere a numărului de persoane pentru care executarea pedepsei cu închisoarea a fost suspendată condiționat.

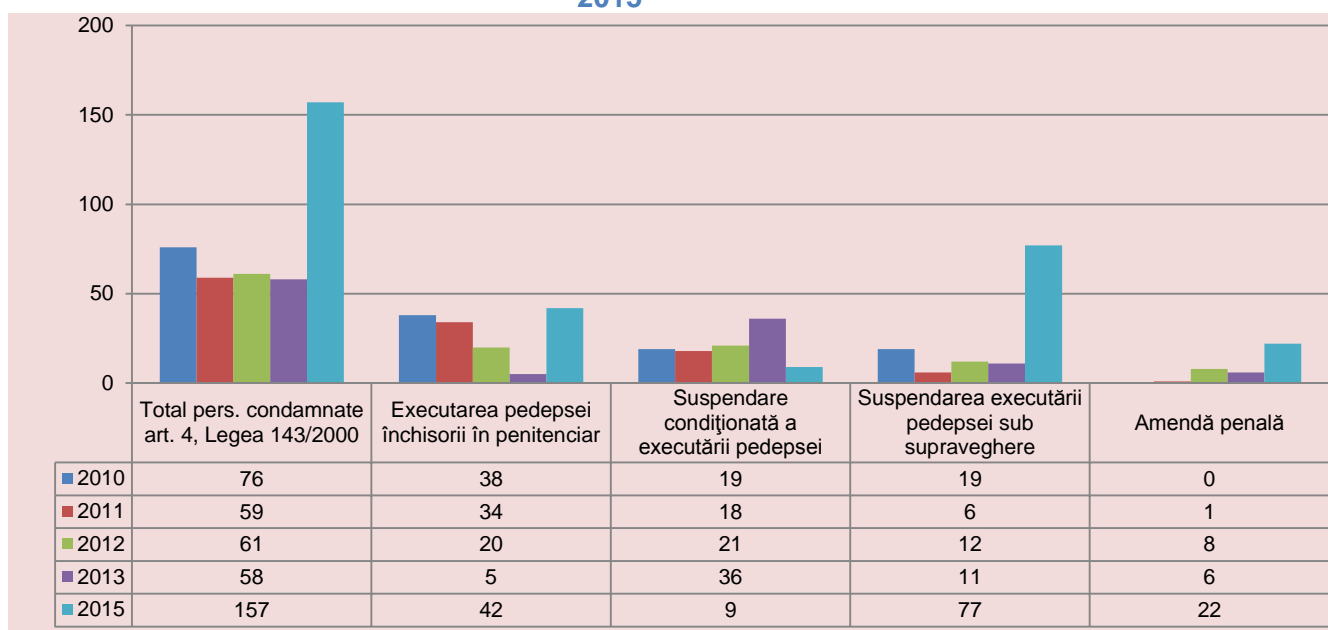
Grafic 8- 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea condiționată a executării și cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 – 2015



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește infracțiunea de deținere de droguri pentru consum propriu, instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar pentru 42 de persoane (26,7%) din cele 157, ceea ce reprezintă o creștere semnificativă față de anul 2013, când au fost înregistrate 5 astfel de cazuri (8,6%), dintr-un total de 58 de persoane. Pentru 86 de persoane a fost aplicată măsura suspendării executării pedepsei, astfel: 77 de persoane au primit suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, în timp ce, pentru 9 persoane a fost aplicată pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării acesteia. Totodată, se constată și o creștere a numărului de amenzi penale aplicate, de la 6 amenzi în anul 2013, la 22 în anul de referință.

Grafic 8- 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/2000, în perioada 2010 – 2015



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

De asemenea, în anul 2015, pentru 7 minori condamnați pentru săvârșirea de infracțiuni la art. 4 din Legea nr. 143/2000 a fost aplicată măsura educativă a libertății supravegheate.

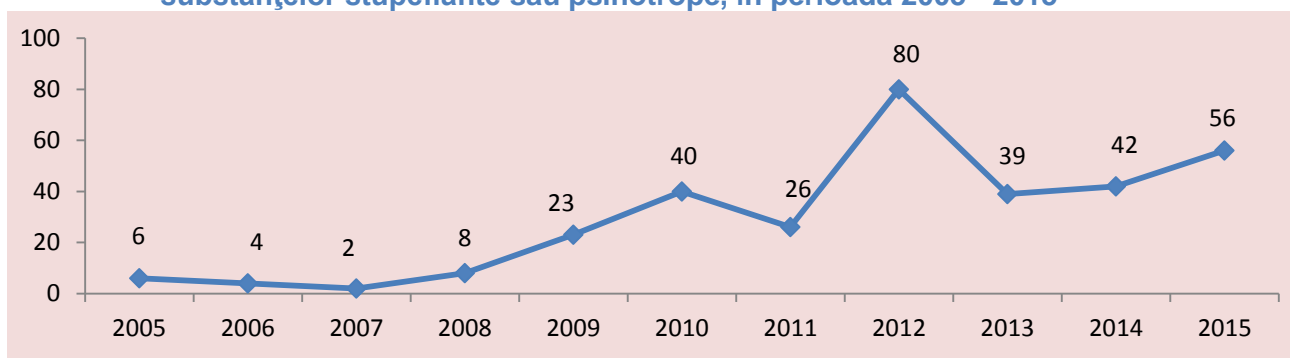
8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri

În cursul anului 2015, au fost depistate **56 de persoane care au condus autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante**⁷⁰, ceea ce reprezintă o **creștere** cu **33,3%** a valorii acestui indicator față de valoarea înregistrată în anul 2014.

Cel mai mare număr de conducători auto depistați în trafic a fost înregistrat pe raza **Municipiului București (11)**. De asemenea, au fost înregistrate cazuri și pe raza județelor: Bacău (6), Timiș (5), Constanța, Galați, Ilfov, Suceava (câte 3), Argeș, Brașov, Caraș Severin, Giurgiu, Iași, Sibiu (câte 2), Brăila, Cluj, Dolj, Harghita, Maramureș, Mehedinți, Neamț, Prahova și Vrancea (câte 1).

⁷⁰ Datele provin din controalele inopinate efectuate în trafic de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere

Grafic 8- 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2015



Sursa: Direcția Rutieră, Inspectoratul General al Poliției Române

Analiza datelor privind persoanele care s-au aflat în stare de arest preventiv la nivelul Centrului de Reținere și Arestare Preventivă nr. 1⁷¹ al Serviciului de Reținere și Arestare Preventivă din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, și care s-au declarat consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, a evidențiat următoarele:

- **Numărul persoanelor private de libertate care la data încarcerării în centru au declarat** că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope a înregistrat o **creștere cu 53,4%**, de la 305 persoane în anul 2014, la **468 persoane** în anul 2015 (428 bărbați și 40 femei);
- **Infracțiunile contra patrimoniului** rămân și în anul 2015 pe primul loc în rândul infracțiunilor săvârșite de persoanele consumatoare de **substanțe stupefiante sau psihoactive**, numărul lor fiind în **creștere cu 63,5%**, comparativ cu anul precedent. Ponderea acestor infracțiuni este de 72,7% din totalul infracțiunilor comise, **cel mai mare număr** fiind înregistrat pentru **infracțiunile de furt și furt calificat (264) și tâlhărie (76)**;
- **Infracțiunile de trafic de droguri** mențin, începând cu anul 2010, **poziția secundă** ca valoare înregistrată. În anul 2015, ponderea acestor infracțiuni este de **15,8% din totalul infracțiunilor comise**.

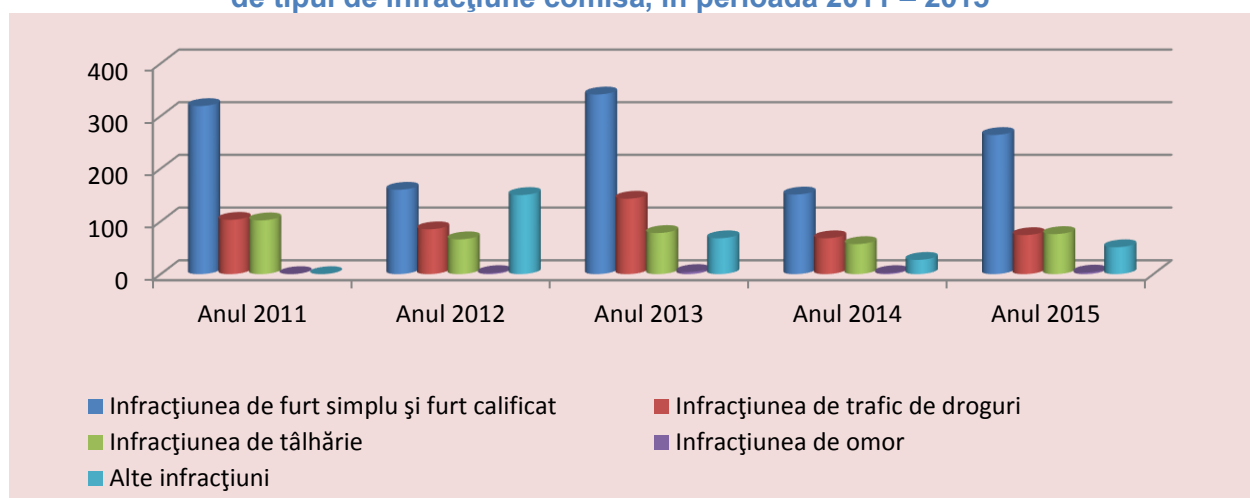
⁷¹ În Municipiul București, persoanele care se declară consumatoare de droguri sunt încarcerate doar în Centrul de Reținere și Arestare Preventivă nr. 1.

Tabel 8- 2: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 – 2015

Tipul de infracțiune	Număr de persoane									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	278	323	378	221	414	319	160	341	151	264
Infracțiunea de trafic de droguri	224	217	183	264	303	103	85	143	68	74
Infracțiunea de tâlhărie	47	112	125	100	119	102	66	78	57	76
Infracțiunea de omor	6	2	1	0	0	0	2	4	2	3
Infracțiunea de vătămare corporală	1	0	3	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de proxenetism	2	2	2	30	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de distrugere	1	0	4	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de înșelăciune	1	3	13	42	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	1	0	3	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a
Alte infracțiuni	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	150	68	27	51

Sursa: Serviciul de Reținere și Arestare Preventivă, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

Grafic 8- 23: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2011 – 2015



Sursa: Serviciul de Reținere și Arestare Preventivă, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

8.2.6. Persoane aflate în penitenciare

Numărul persoanelor aflate în detenție pentru infracțiuni la Legea nr. 143/2000, la sfârșitul anului 2015, **a înregistrat o ușoară scădere** (cu 1,6%) comparativ cu anul 2014. Astfel, **la data de 31 decembrie 2015**, în unitățile de detenție ale **Administrației Naționale a Penitenciarelor**, se aflau **1231 de persoane condamnate definitiv** pentru infracțiuni la regimul drogurilor, față de **1251 de persoane înregistrate în anul 2014**.

În anul de referință, au fost **liberate condiționat 451 de persoane** aflate în executarea pedepselor pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/2000, **înregistrându-se astfel o scădere minoră, comparativ cu** anul precedent (458 de persoane). De asemenea, **au fost puse în libertate, la termen, 25 de persoane condamnate definitiv** pentru comiterea de infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/2000, față de 26 de persoane liberate la termen în anul 2014.

Și **numărul persoanelor condamnate definitiv, aflate în detenție la data de 31 decembrie 2015**, pentru săvârșirea de infracțiuni prevăzute de Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare (SNPP), **a înregistrat o scădere ușoară**, de la 28 de persoane în 2014, la 22 în anul de referință.

Pe parcursul anului 2015, au fost liberate condiționat 17 persoane aflate în executarea pedepselor pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 194/2011, înregistrându-se o creștere comparativ cu anul 2014, când au fost liberate condiționat 10 persoane. Totodată, a fost pusă în libertate, la termen, o persoană condamnată definitiv pentru comiterea de infracțiuni prevăzute de aceeași lege.

8.2.7 Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune

Potrivit datelor furnizate de către Direcția Probațiune din cadrul Ministerului Justiției, în anul 2015, au fost înregistrate:

- **2237 de cazuri**⁷² pentru care instanțele au dispus **amânarea aplicării pedepsei/ suspendarea executării pedepsei** pentru infracțiunile prevăzute de art. 2, 3 și 4 din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel: **art. 2 – 2.002 cazuri, art. 3 – 94 de cazuri și art. 4 – 141 de cazuri**
- **195 de cazuri** pentru care instanțele au dispus **amânarea aplicării pedepsei/ suspendarea executării pedepsei** pentru infracțiunile prevăzute de Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte

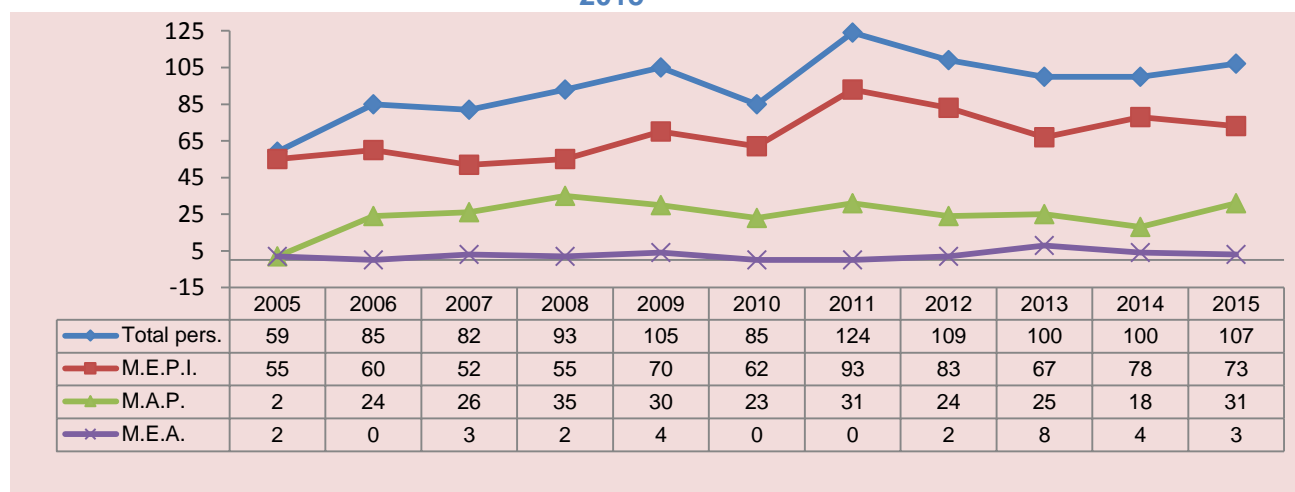
⁷² Numărul persoanelor este mai mic decât numărul cazurilor, întrucât în evidența serviciilor de probațiune sunt înregistrate persoane pentru care s-au deschis două sau mai multe dosare de probațiune

psihoaactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

8.2.8 Persoane aflate sub urmărire

Conform datelor statistice comunicate de către **Direcția de Investigații Criminale**, din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, **în anul 2015, numărul persoanelor puse sub urmărire** a înregistrat o creștere cu 7%, comparativ cu anii 2013 și 2014. De asemenea, comparativ cu anul 2014, **au fost emise mai multe mandate de arestare preventivă (M.A.P.), dar a scăzut numărul mandatelor de executare a pedepsei închisorii (M.E.P.I.) și cel al mandatelor europene de arestare (M.E.A.).**

Grafic 8- 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2015



Sursa: Direcția de Investigații Criminale, Inspectoratul General al Poliției Române

8.2.9. Persoane predate/ extrădate/ transferate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor

Analiza datelor furnizate de Centrul de Cooperare Polițienească Internațională din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române relevă faptul că, în anul 2015, **61 de cetățeni** au făcut obiectul **procedurilor de cooperare judiciară internațională în materie penală** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, astfel: **mandat de arestare european (40), transfer (19) și extrădare (2)**. Dintre aceștia, **28 de cetățeni au fost predați în România din Statele Membre ale Uniunii Europene** în baza mandatelor europene de arestare, iar **12 persoane au fost predate din țara noastră autorităților** din Spania (4), Germania (3), Italia (2), Elveția, Grecia și Ungaria (câte 1). Cele mai multe mandate de arestare pentru persoanele predate din străinătate în România, au fost înregistrate pentru Spania (8), Marea Britanie (5), Franța, Germania și Danemarca (câte 4).

Față de anul 2014 (când o persoană de cetățenie română a fost extrădată din Elveția), în anul de referință, **2 cetățeni români au fost extrădați în România** (din Statele Unite ale Americii – 1 și din Elveția - 1). În cursul anului 2015, **nu au fost înregistrate cazuri de extrădare către autoritățile din alte state**, spre deosebire de anul precedent când doi cetățeni israelieni au fost extrădați din România către autoritățile din Statele Unite ale Americii.

Numărul total al transferurilor înregistrate în vederea continuării executării pedepselor privative de libertate, pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în și din România, a fost de 19 persoane, din care 16 cetățeni români și 3 cetățeni străini. În ceea ce privește cetățenii străini, aceștia au fost transferați către Turcia (2 cetățeni) și Franța (1 cetățean).

8.3.INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL TERITORIAL

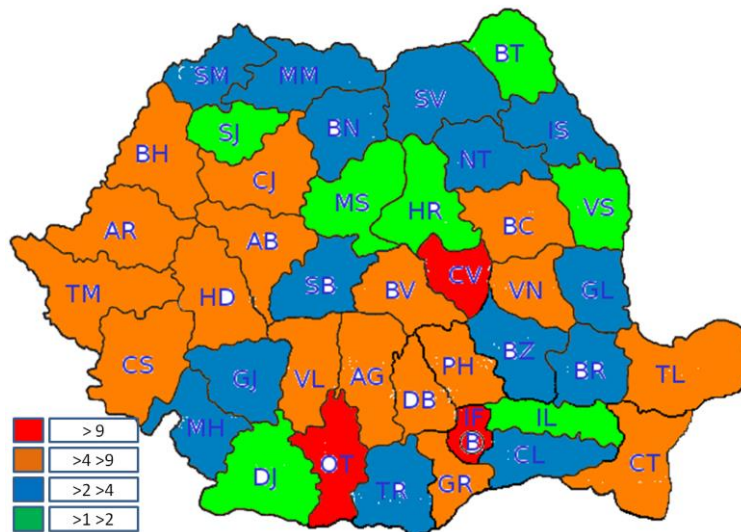
Analiza la nivel regional a principalilor indicatori din domeniul reducerii ofertei de droguri aferenți anului 2015⁷³ a relevat următoarele:

- În ceea ce privește **capturile de droguri**:
 - **Cele mai multe capturi semnificative** au fost realizate în **Regiunea București – Ilfov** (28 de capturi - în această regiune fiind prezente toate tipurile de droguri), **Regiunea Sud - Est** (19 capturi) și **Regiunea Sud** (18 capturi);
 - **Cea mai mare cantitate de droguri confiscate** s-a înregistrat în **Regiunea Nord – Vest**, și anume 377,26 kg, din care 310,76 kg heroină, 6,55 kg canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC 27,38 kg și 31,46 kg masă plante de canabis;
 - **Cele mai mari cantități de droguri** au fost confiscate pe raza județelor **Satu Mare, Bistrița Năsăud, Ialomița, Timiș** și a municipiului **București**;
 - **Cea mai mare cantitate de heroină** a fost capturată pe raza județului **Satu Mare**;
 - **Cea mai mare cantitate de cocaină** a fost capturată pe raza județului **Timiș**;
 - **Cea mai mare cantitate de masă plante de canabis** a fost capturată pe raza județului **Ialomița (82,33 kg)**;
 - **Cea mai mare cantitate de canabis iarbă** (27,73 kg provenind din 8 capturi) a fost capturată pe raza **municipiului București**, iar cea mai mare cantitate de **fragmente vegetale cu THC** (27,38 kg) pe raza **județului Maramureș**;
 - **Cele mai mari cantități de MDMA** au fost capturate pe raza municipiului **București**;
 - Pe raza municipiului **București** și a județului **Constanța** au fost realizate **cele mai mari capturi de khat**.

⁷³ Analiza s-a realizat pe baza datelor privind: hotărârile judecătorești rămase definitive în anul 2015 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 structurile D.C.C.O.)

- În ceea ce privește **infrafracționalitatea**:
 - **Regiunile București – Ilfov și Vest prezintă cele mai ridicate rate ale infrafracționalității la regimul drogurilor;**
 - **Cea mai ridicată valoare a ratei infrafracționalității⁷⁴ o înregistrează municipiul București (13,33),** urmat de județul Olt (12,14), județul Covasna (9,04), județul Hunedoara (8,6) județul Giurgiu (8,53), județul Vrancea (7,64) și județul Constanța (7,31).

Harta 8- 1: Situația la nivel teritorial a ratei infrafracționalității la regimul drogurilor

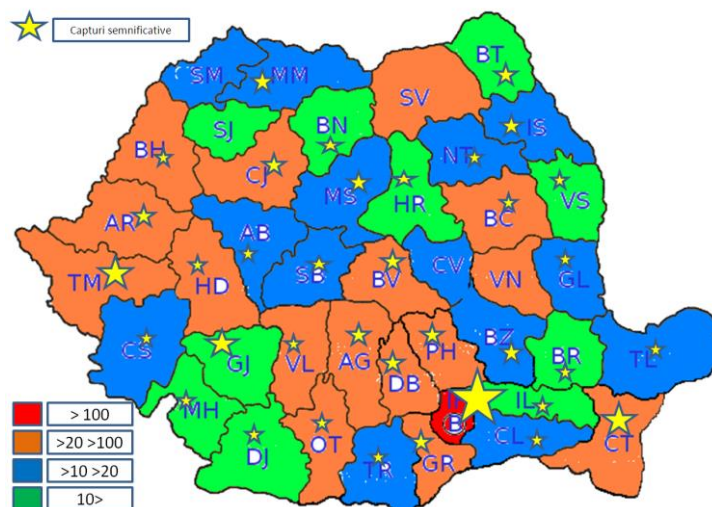


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

- **Regiunea București - Ilfov rămâne regiunea cu cel mai mare număr de persoane condamnate (251 persoane)** fiind urmat de județele Olt (53 persoane), Constanța (50 persoane), Timiș și Prahova (44 de persoane) și județul Cluj (43 de persoane).

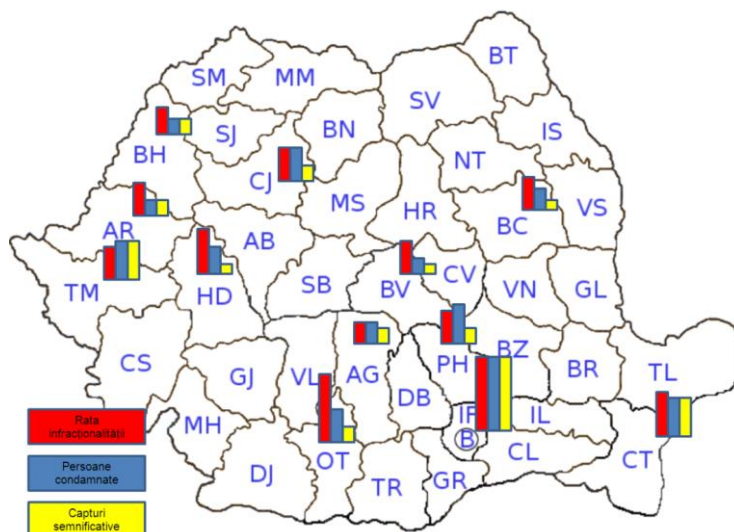
⁷⁴ Calculul ratei infrafracționalității a fost realizat prin raportarea numărului de persoane condamnate la regimul drogurilor la numărul total de persoane ce domiciliază/locuiesc pe raza unităților teritoriale x 100.000 - <http://www.recensamantromania.ro>

Harta 8- 2: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și distribuția capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Harta 8- 3: Situația la nivel teritorial a infracționalității la regimul drogurilor și a capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

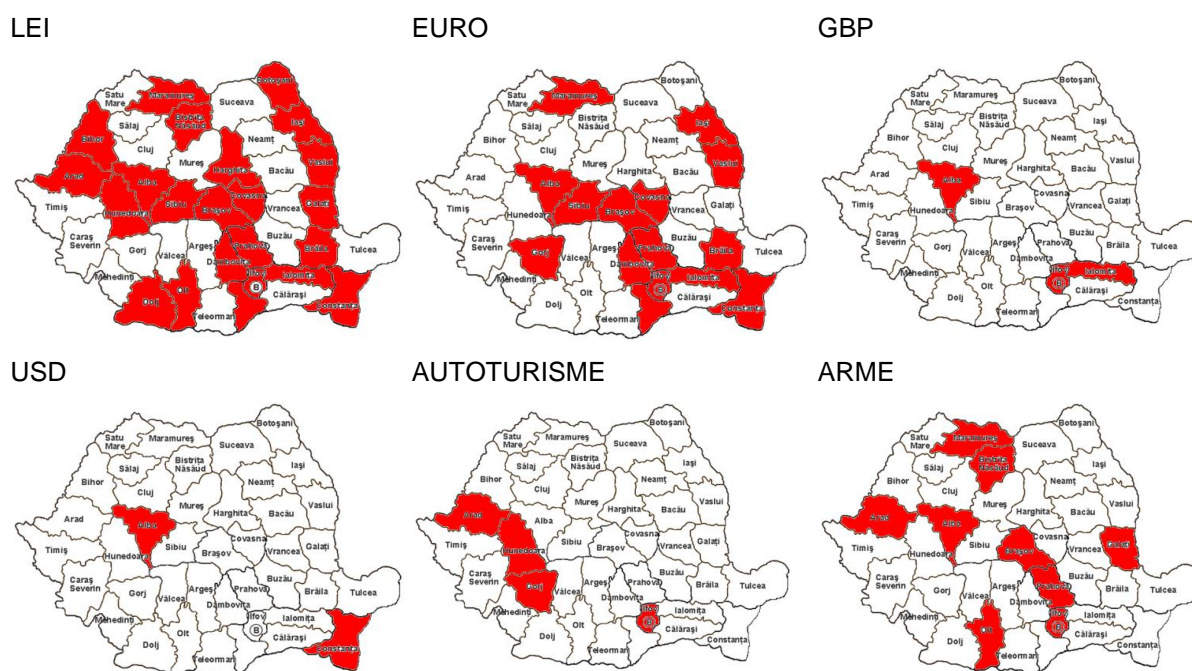
Analiza **bunurilor și valorilor asupra cărora s-a dispus confiscarea** prin hotărâri judecătorești rămase definitive în cursul anului 2015, a relevat următoarele aspecte:

- Din totalul de 43 de tribunale ce funcționează la nivel național, doar 24 au transmis Agenției Naționale Antidrog, în cursul anului 2015, hotărâri judecătorești ce au rămas **definitive** în perioada analizată. **Bunuri relevante** (imobile, autoturisme, arme de foc) au fost **confiscate** pe raza județelor **Arad, Hunedoara, Gorj,**

Maramureș, Bistrița Năsăud, Brașov, Olt, Prahova, Alba Galați și a municipiului București;

- **1.727.455 lei confiscați** în municipiul București și pe raza județelor Bihor, Brăila, Arad, Maramureș, Botoșani, Bistrița Năsăud, Alba, Hunedoara, Sibiu, Olt, Ialomița, Constanța, Dolj, Brașov, Covasna, Iași, Vaslui, Galați, Prahova, Dâmbovița, Harghita și Giurgiu;
- **38.855 Euro confiscați** în municipiul București și pe raza județelor Bihor, Maramureș, Iași, Vaslui, Constanța, Brăila, Ialomița, Giurgiu, Dâmbovița, Covasna, Alba, Gorj, Sibiu, Brașov, și Prahova;
- **2.000 USD confiscați** în județele Alba și Constanța;
- **65 GBP confiscați** în județele Alba, Ialomița și municipiul București;
- **Arme de foc au fost confiscate** în municipiul București și pe raza județelor Prahova, Olt Brașov, Alba, Arad, Maramureș, Bistrița Năsăud și Galați;
- **Indisponibilizarea autoturismelor** a fost dispusă în municipiul București și pe raza județelor Arad, Hunedoara și Gorj.

Harta 8- 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

Descrierea situației la nivel regional

REGIUNEA BUCUREȘTI – ILFOV

Regiunea București – Ilfov cunoaște cea mai ridicată rată a infracționalității la regimul drogurilor (11,05 infracțiuni la regimul drogurilor la 100.000 locuitori) și continuă să reprezinte o zonă de interes pentru rețelele de traficanți de droguri, indiferent de tipul drogurilor. În cursul anului 2015, **251 de persoane** au fost **condamnate** pentru infracțiuni la regimul drogurilor, tribunalele București și Ilfov comunicând Agenției Naționale Antidrog, potrivit prevederilor legale, un număr **97 de hotărâri judecătorești definitive** pronunțate în anul 2015, în **52 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării de bunuri și valori** astfel:

- **185.338 lei și 8.825 euro;**
- **2 autoturisme și o armă de foc.**

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul acestei regiuni au fost realizate **28 de capturi semnificative** totalizând **199,56 kg, 4.327 comprimate și 0,5 litri**, astfel:

- **heroină – 2,25 kg** provenind din 4 capturi;
- **cocaină – 0,8 kg** provenind din 2 capturi;
- **canabis iarbă – 27,73 kg** provenind din 8 capturi;
- **khat – 167,8 kg** provenind din 5 capturi;
- **pirovalerone – 0,98 kg** provenind dintr-o singură captură;
- **MDMA – 3.847 cp** provenind din 6 capturi;
- câte o captură de **oxicodonă – 480 cp și GHB – 0,5 litri.**

REGIUNEA NORD – EST (Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **3 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 99 de persoane**. Din cele **38 hotărâri judecătorești definitive** înregistrate pentru această regiune în evidența Agenției Naționale Antidrog, **20** - conțin **măsuri de confiscare a sumelor de 97.528 lei și 1.650 euro**.

Din punct de vedere al **confiscărilor de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **14 capturi semnificative** totalizând **51,45 kg și 1.507 comprimate**, astfel:

- **canabis iarbă – 4,7 kg** provenind din 2 capturi și **masă plante de canabis – 44,54 kg** provenind din 5 capturi;
- **pirovalerone – 0,3 kg** provenind din 3 capturi;
- câte o captură de **JWH 122 – 0,4 kg, canabinoizi sintetici – 0,1 kg, triptamine – 1,41 kg și MDMA – 1.507 comprimate.**

REGIUNEA SUD – EST (Județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **4,79 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 122 de persoane**. Evidența Agenției Naționale Antidrog consemnează **46 de hotărâri judecătorești definitive** pronunțate în această regiune, în **11 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 24.692 lei, 1.825 euro și 1.900 USD precum și a unei arme cu aer comprimat**.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **19 capturi semnificative** totalizând **98,51 kg și 1.297 comprimate**, astfel:

- **khat – 45,73 kg** provenind din 4 capturi;
- **canabis iarbă – 21,49 kg** provenind din 6 capturi, **fragmente vegetale cu THC** provenind – 6,52 kg din 2 capturi și **masă plante de canabis – 24,52 kg** provenind din 4 capturi;
- câte o captură **de cocaină – 0,15 kg, catinone – 0,1 kg și MDMA – 1.297 comprimate**.

REGIUNEA SUD (Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **4,72 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 148 de persoane**. În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate **60 hotărâri judecătorești definitive**, în **27 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării următoarelor bunuri și valori: 808.577 lei, 3.455 euro și 2 arme de foc**.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **18 capturi semnificative** totalizând **149,35 kg și 6.049 comprimate**, astfel:

- canabis – **canabis iarbă 36,24 kg** provenind din 6 capturi și **masă plante de canabis – 92,31 kg** provenind din 5 capturi;
- câte o captură de **heroină – 16,49 kg**, **cocaină – 0,31 kg**, **MDMA – 1.323 comprimate**, **PMMA – 1.040 comprimate**, **benzodiazepine – 1.569 comprimate**, **amfepramonă – 2.117 comprimate** și **khat – 4 kg**.

REGIUNEA SUD – VEST (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **4,38 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 91 de persoane**. -6 din cele **9 hotărâri judecătorești definitive**, comunicate Agenției Naționale Antidrog de către cele 5 tribunale ale regiunii, **prevăd măsura confiscării următoarelor bunuri și valori: 21.450 lei, 20.000 euro, 1 autoturism Porsche și arme albe**.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **13 capturi semnificative** totalizând **37,862 kg** și **104.053 comprimate**, astfel:

- **khat – 30,182 kg** provenind din două capturi;
- **masă plante de cannabis – 5,31 kg** provenind din două capturi;
- **benzodiazepine – 104.053 comprimate** provenind din 7 capturi;
- câte o captură de **cocaină (0,14 kg)** și **cannabis iarbă (2,23 kg)**.

REGIUNEA VEST (Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **6,73 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 123 de persoane**. Din cele **38 hotărâri judecătorești definitive** comunicate Agenției Naționale Antidrog, **în 26 a fost dispusă măsura confiscării pentru 474.093 lei, un autocamion, un autoturism, o armă de foc și o armă destinată tirului sportiv.**

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **16 capturi semnificative** totalizând **104,38 kg** și **34.676 comprimate**, astfel:

- **cocaină – 69,1 kg** provenind din 3 capturi;
- **cannabis iarbă – 16,78 kg** provenind din 5 capturi și **fragmente vegetale cu THC – 14,25 kg** provenind din 6 capturi;
- câte o captură de **heroină (4,25 kg)** și **benzodiazepine (34.676 comprimate)**.

REGIUNEA NORD – VEST (Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj)

În anul 2015, rata infracționalității la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **3,92 infracțiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 102 persoane**. În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate **30 hotărâri judecătorești definitive**, **în 14 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 25.965 lei, 2.110 euro, 2 arme de foc și o armă cu aer comprimat.**

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **14 capturi semnificative**, totalizând **377,26 kg** și **2.051 comprimate**, astfel:

- **heroină – 310,76 kg** provenind din 2 capturi;
- **cannabis iarbă – 6,55 kg** provenind dintr-o captură, **masă plante de cannabis – 31,46 kg** provenind din 7 capturi și **fragmente vegetale cu THC – 27,38 kg** provenind dintr-o captură;
- o captură de **pirovalerone (1,11 kg)**;
- **MDMA – 2.051 comprimate**, provenind din 2 capturi.

REGIUNEA CENTRU (Alba, Braşov, Covasna, Harghita, Mureş şi Sibiu)

În anul 2015, rata infracţionalităţii la regimul drogurilor, la nivelul regiunii, este de **3,9 infracţiuni la 100.000 locuitori**, fiind **condamnate 90 de persoane**. Din cele **39 hotărâri judecătoreşti definitive**, comunicate Agenţiei Naţionale Antidrog, **28 conţin măsuri de confiscare pentru 89.812 lei, 990 euro, 100 USD şi 2 arme de foc**.

În ceea ce priveşte **confiscările de droguri**, la nivelul regiunii au fost realizate **9 capturi semnificative** totalizând **114,14 kg** şi **306 comprimate**, astfel:

- **Canabis: canabis iarbă – 29,84 kg** provenind din 5 capturi şi **masă plante de canabis – 84,3 kg** provenind din 3 capturi;
- **MDMA – 306 comprimate** provenind dintr-o singură captură.

8.4.CONCLUZII

- **Anul 2015 înregistrează creşteri ale valorilor numerice pentru toţi indicatorii de analiză a infracţionalităţii la regimul drogurilor**. Cu toate acestea, se constată o scădere a proporţiei rechizitoriilor şi a persoanelor trimise în judecată, concomitent cu creşterea ponderii dosarelor soluţionate prin renunţare la urmărirea penală;
- Se evidenţiază o tendinţă în creştere a valorilor aferente indicatorilor privind persoanele cercetate, persoanele trimise în judecată şi persoanele condamnate, valorile înregistrate în anul 2015 fiind unele dintre cele mai mari valori consemnate (cea mai mare valoare pentru persoane trimise în judecată şi a doua valoare după valoarea maximă înregistrată în anul 2012 pentru persoane condamnate);
- **Cu toate că instanţele de judecată aplică cu precădere pedeapsa închisorii cu executare** pentru săvârşirea de infracţiuni la regimul drogurilor, se evidenţiază o **tendinţă de creştere a numărului de persoane pentru care s-a aplicat pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere** a acesteia;
- Implicarea minorilor în activităţi de trafic şi consum de droguri rămâne la un nivel scăzut. Cu toate acestea, în anul 2015, numărul minorilor condamnaţi pentru infracţiuni la regimul drogurilor a crescut;
- Bucureştiul rămâne oraşul care înregistrează cel mai mare număr de persoane condamnate la regimul drogurilor, în special pentru trafic de droguri. Cele mai multe condamnări pentru deţinere de droguri pentru consum propriu au fost înregistrate în judeţul Olt;
- **Marile aglomerări urbane continuă să rămână zone cu potenţial criminogen ridicat în ceea ce priveşte regimul juridic al drogurilor, în Bucureşti, Constanţa, Cluj şi Olt** fiind înregistrate cele mai multe dosare penale soluţionate şi cele mai multe persoane condamnate.

9. CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

9.1. REZUMAT

Necesitatea de adaptare constantă la particularitățile concretului face din sistemul penitenciar un agregat dinamic, aflat într-o reformare continuă. Astfel, în anul 2015, unitățile penitenciare au trecut printr-un proces de reorganizare, raportat, preponderent, la caracteristicile regimurilor de executare a pedepselor privative de libertate. Totodată, a fost constituit cadrul legal necesar derulării etapelor premergătoare construirii unor penitenciare noi.

Un element important al anului 2015 îl constituie asumarea, la nivel guvernamental, a Strategiei Naționale de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019, document programatic prin care se asigură cadrul interinstituțional necesar reintegrării sociale a persoanelor private de libertate.

Consumul de droguri în mediul penitenciar rămâne o prioritate pentru factorii decidenți din România, aspect reflectat în documentele programatice din sfera politicilor antidrog și nu numai, cât și în derularea de proiecte/ programe menite să îmbunătățească serviciile de asistență oferite consumatorilor de droguri.

9.2. PROFIL NAȚIONAL

9.2.1. Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc

Deși reformarea sistemului penitenciar a început în anii '90, odată cu trecerea Direcției Generale a Penitenciarelor în subordinea Ministerului Justiției⁷⁵ și cu ratificarea de către România a Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale⁷⁶, acest proces este departe de a se fi încheiat, fiind nevoie, în permanență, de un răspuns adecvat al sistemului la realitatea concretă. Reorganizarea unităților din subordinea Administrației Naționale a Penitenciarelor a continuat și în anul 2015, prin **reprofilarea unui centru de detenție și a două penitenciare cu regim închis și de maximă siguranță în penitenciare cu regim semideschis și deschis**⁷⁷.

Astfel, în anul 2015, **rețeaua** sistemului penitenciar era constituită din **34 penitenciare (19 penitenciare regim semideschis și deschis, 14 penitenciare regim închis și maximă siguranță, 1 penitenciar pentru femei), 2 centre de detenție, 2 centre educative și 6 penitenciare-spital**. De asemenea, în **23 penitenciare, există secții de arest preventiv, iar în 7 penitenciare, sunt prevăzute secții destinate femeilor** (față de 6 penitenciare în anul 2014).

⁷⁵ În anul 1990, penitenciarele trec în subordinea Ministerului Justiției.

⁷⁶ Prin adoptarea Legii nr. 30/1994 privind ratificarea Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

⁷⁷ Informațiile referitoare la caracteristicile celor 4 regimuri de executare a pedepselor privative de libertate sunt disponibile la adresa: <http://anp.gov.ro/documents/10180/4633501/brosura+romana+2015.pdf/b4821291-bf29-4b4b-b648-2e79549a37a2?version=1.0>

Totodată, Ministerul Justiției, prin Administrația Națională a Penitenciarelor intenționează **construirea a două penitenciare noi, fiecare cu o capacitate de 1000 locuri**, demersurile, în acest sens, concretizându-se, în anul 2015, în adoptarea cadrului legal⁷⁸ necesar finanțării și achiziționării studiilor de fezabilitate necesare.

La sfârșitul anului 2015, în unitățile de detenție subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor, **se aflau 28334 persoane** (5,1% femei), **63,3% fiind tineri cu vârsta cuprinsă între 22 și 30 ani**.⁷⁹ **Pentru al doilea an consecutiv, numărul efectivului de deținuți este mai mic**, scăderea față de anul 2014, fiind cu 6,0%.

Tabel 9-1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2015

Anul	Total (nr)	Sexe		Din care (%)					
		masculin	feminin	Grupe de vârstă (ani)					
				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
2015	28334	94,9	5,1	1,1	4,2	31,5	31,8	28,8	2,6

Sursa: ANP

Din punct de vedere al situației juridice, **la 31 decembrie 2015, 25055 deținuți erau condamnați definitiv (88,4%)**, restul fiind în una din următoarele situații: **arestați preventiv și condamnați în primă instanță (8,7%)**, **sanționați cu măsura internării într-un centru de detenție (1,8%)** sau **sanționați cu măsura internării într-un centru educativ (1,1%)**⁸⁰. **Ponderea deținuților recidiviști**⁸¹, raportat la efectivul total, a fost de **40,3%**, menținându-se la nivelul înregistrat în anul 2014 (43%)⁸².

⁷⁸ Hotărârea Guvernului nr. 646/2015 privind achiziția a două studii de fezabilitate destinate construirii a două penitenciare, publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, nr. 642 din 24 august 2015

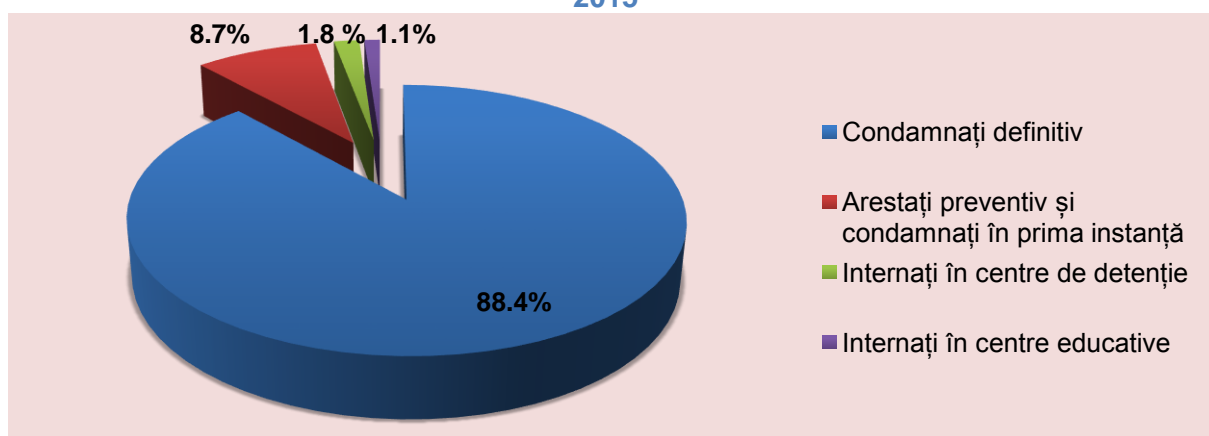
⁷⁹ Date preluate din Raportul anual de activitate 2015 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, pag.15, disponibil la adresa: <http://89.32.46.17/documents/10180/7602375/bilant+Administratia+Nationala+a+Penitenciarelor+rom.pdf/5b87fb13-fd0f-419b-ae0-e09dcfb5bbcb>

⁸⁰ Ibidem, pag.12

⁸¹ persoană care a săvârșit o infracțiune pentru care a suferit, anterior, o condamnare.

⁸² 22,5% din deținuți aveau antecedente penale, iar 37,2% erau fără antecedente penale.

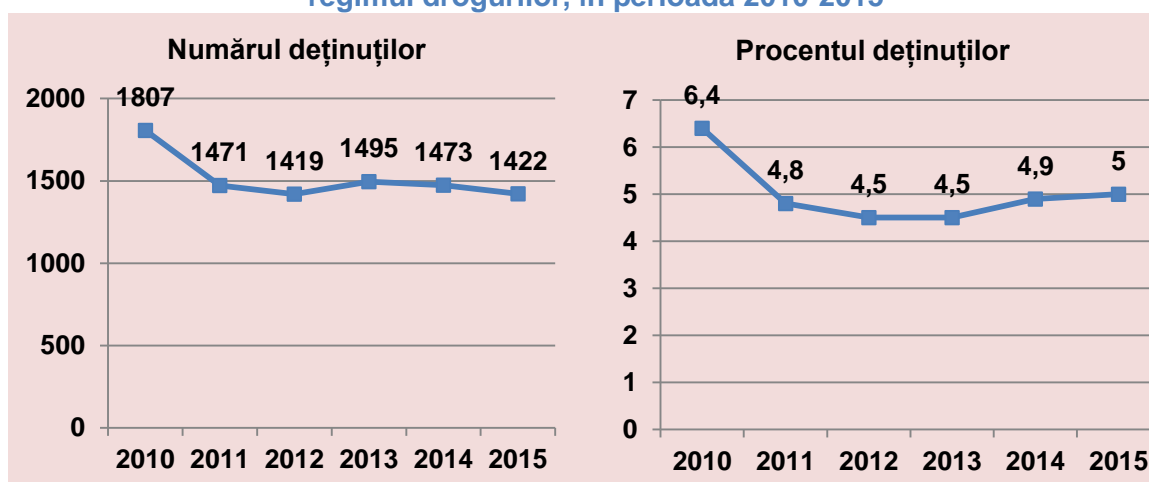
Grafic 9-1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2015



Sursa: ANP

După natura infracțiunii săvârșite, 5% (1422 deținuți) au fost încarcerați pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, proporția menținându-se stabilă în ultimii cinci ani.

Grafic 9-2: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2015



Sursa: ANP

9.2.2. Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților

9.2.2.1. Date din studii

În anul 2015, a fost derulat studiul *Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS – Behavioural Surveillance Survey)* prin care s-a urmărit obținerea unei imagini clare atât asupra situației actuale cât și asupra dinamicii comportamentelor de risc privind infecția cu HIV și Hepatite virale tip B și tip C în sub-populația consumatorilor de droguri injectabile, existentă în municipiul București și județul Ilfov. Studiul a constat în aplicarea unui chestionar, structurat pe 8 secțiuni, și în efectuarea unor teste rapide (screening) de identificare a

virusurilor HIV, VHB și VHC pe un lot de 522 subiecți selectați prin metoda RDS (Respondent Driven Sampling)⁸³.

Conform rezultatelor obținute în cadrul studiului menționat anterior, 38,1% dintre respondenți au declarat că s-au aflat, la un moment dat, în custodia unităților penitenciare, iar jumătate (55,3%) dintre aceștia au afirmat că și-au injectat droguri pe perioada detenției. Drogurile menționate în acest context au fost heroina, metadona și noile substanțe psihoactive (NSP).

Din perspectiva serviciilor de asistență furnizate în mediul privativ de libertate, **o treime dintre consumatorii de droguri injectabile intervievați a beneficiat de servicii de asistență și anume, de tratament de dezintoxicare, tratament substitutiv cu metadonă, consiliere psihologică, tratament psihiatric.**

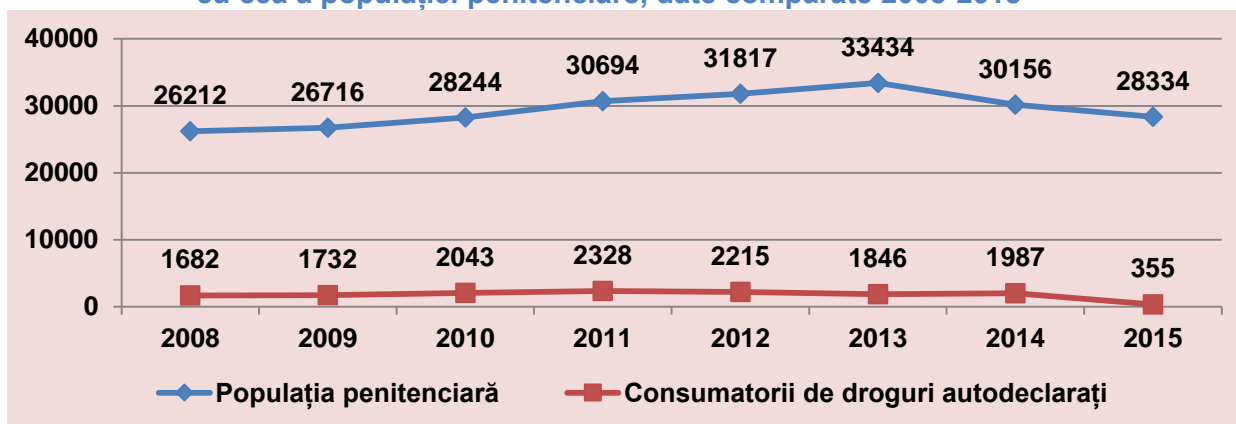
9.2.2.2.Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, **în anul 2015, la intrarea în penitenciar, s-au declarat⁸⁴ ca fiind foști consumatori de droguri 355 deținuți (1,3% din efectivul total de deținuți). Comparativ cu anul 2014, se constată o scădere, de aproximativ 6 ori, a numărului deținuților care și-au declarat statutul de consumator de droguri. De altfel, numărul consumatorilor de droguri autodeclarați, înregistrat în anul de referință este cel mai mic din întreg intervalul 2008-2015, fiind o consecință a aplicării Noului Cod Penal.**

⁸³ Informații detaliate privind metodologia și rezultatele studiului BSS 2015 sunt cuprinse în Subcapitolul 6.3. Boli infecțioase asociate consumului de droguri din cadrul Capitolului 6 – Consecințe ale consumului de droguri în planul sănătății și răspunsuri instituționale →

⁸⁴ În cadrul examenului medical efectuat la intrarea în unitatea de detenție, deținutul declară dacă a consumat sau nu droguri. Examinările medicale se fac la cererea deținutului, pe motiv de boală sau periodic (în cadrul controalelor medicale periodice) – informații furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor.

Grafic 9-3: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2015



Sursa: ANP

9.2.2.3. Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății

Din monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament* reiese că, **dintre consumatorii de droguri care au beneficiat de asistență în regim de detenție, 24,7% (20 beneficiari) au declarat că au consumat drogul principal pe cale injectabilă. Utilizarea în comun a echipamentului de injectare a fost recunoscută de 80% dintre cei care au afirmat că și-au injectat drogul de consum.**

În privința bolilor infecțioase asociate consumului de droguri injectabile, din rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în asistență, 2 consumatori au declarat că sunt infectați cu HIV, 1 consumator a afirmat că este HVB+, iar 8 consumatori că sunt HVC+. Raportat la populația de consumatori de droguri injectabile aflați în unitățile penitenciare, consumatorii de droguri infectați cu HVC reprezintă 40%.

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, **la sfârșitul anului 2015, populația penitenciară cu HIV+ cuprindea 257 persoane, 87,9% (226 deținuți HIV+) dintre acestea fiind consumatori de droguri injectabile. Toți cei 226 consumatori de droguri injectabile identificați cu HIV au inițiat, în anul 2015, tratamentul antiretroviral în Penitenciarul Spital București Jilava.**

9.3. RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE

9.3.1. Cadrul legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)

Prin obiectivele stabilite în cadrul documentelor strategice naționale, politica antidrog se adresează, deopotrivă, și consumatorilor de droguri aflați în penitenciar. Astfel cum a fost

menționat în ultimul raport național, **Strategia Națională Antidrog 2013-2020**⁸⁵ prevede 5 obiective specifice, axate, preponderent, pe segmentul de asistență a consumatorilor de droguri, care urmăresc dezvoltarea serviciilor de asistență, inclusiv în mediul penitenciar.

De asemenea, **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018**⁸⁶, prin Subprogramul IV⁸⁷, cuprinde obiective specifice orientate și spre consumatorii de droguri aflați în custodia penitenciarelor. **Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018**⁸⁸ include Subprogramul VIII - *Dezvoltarea serviciilor de tip grup de suport pentru beneficiarii care au parcurs programul de tip comunitate terapeutică în penitenciar*, prin care se urmărește facilitarea reintegrării sociale a foștilor consumatori de droguri care au încheiat, în mediul penitenciar, programul de tip comunitate terapeutică prin constituirea, în perioada postdetenție, a 3 grupuri de suport și prin elaborarea unui ghid de accesare a serviciilor sociale comunitare, existente la nivel local.

Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2015-2019 reprezintă un document strategic al sistemului penitenciar, asumat la nivel guvernamental,⁸⁹ prin care se dorește asigurarea unui „sistem coerent de reintegrare socială a persoanelor private de libertate, cu implicare instituțională și suport comunitar care să răspundă plurivectorial nevoilor beneficiarilor și societății”. Pentru atingerea acestui scop, au fost stabilite direcții de acțiune pentru dezvoltarea capacității instituționale și interinstituționale în domeniul reintegrării sociale, pentru dezvoltarea programelor educative și a asistenței psihosociale oferite în perioada de detenție, cât și pentru facilitarea asistenței postdetenție. Prevederile **Programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016**⁹⁰, care vizează **limitarea răspândirii bolilor infecțioase asociate și consumului de droguri, se aplică și în cadrul sistemului penitenciar**. Astfel, **Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare** stipulează o serie de activități ce intră și în sfera de responsabilitate a cabinetelor medicale existente în unitățile penitenciare, în calitate de furnizori de servicii de asistență medicală primară. În cadrul **Programului național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA**, Spitalul Penitenciar Jilava este menționat printre unitățile care implementează acest program, pe segmentul de tratament și monitorizare a răspunsului terapeutic al bolnavilor cu infecție HIV/SIDA. De asemenea,

⁸⁵ 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.

⁸⁶ Adoptată prin H.G. nr.684/2015, M. Of. nr. 672/03.IX.2015

⁸⁷ A se vedea capitolul *Răspunsuri privind consecințele asupra sănătății – Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri*

⁸⁸ Adoptată prin H.G. nr. 659/2015, M. Of. nr. 672/03.IX.2015

⁸⁹ Prin H.G. nr.389/2015, M. Of. nr. 532/16.VII.2015

⁹⁰ A se vedea capitolul *Răspunsuri privind consecințele asupra sănătății – Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri*

Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei este implementat și în unitățile de specialitate din cadrul Spitalului Penitenciar Târgu Ocna și a Spitalului Penitenciar Jilava.

Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020, adoptată prin H.G. nr. 121/2015⁹¹ stabilește „direcțiile de acțiune privind controlul tuberculozei în funcție de nevoile epidemiologice și programatice din România” și ”ținte naționale pentru îmbunătățirea performanței programului”. Astfel, în cadrul Direcției de acțiune 1 – *Servicii integrate de prevenire și asistență centrată pe pacient*, Activitatea 1.2. - *Îmbunătățirea depistării corecte și la timp a tuberculozei*, Subactivitatea 1.2.4 *Îmbunătățirea vitezei de depistare a TB în grupurile la risc mare*, sunt prevăzute, punctual, o serie de activități, printre care și implementarea screening-urilor sistematice pentru diagnosticarea TB prin furnizarea, de către Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției (prin Administrația Națională a Penitenciarelor), a echipamentelor GeneXpert MTB/RIF⁹² și a consumabilelor necesare. Consumatorii de droguri injectabile sunt prevăzuți în mod specific în cadrul grupurilor cu risc ridicat, cărora le sunt adresate astfel de activități.

9.3.2. Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar

9.3.2.1. Asistența medicală în penitenciar

În anul 2015, deținuții au beneficiat de **812579 consultații**⁹³, cu un indice de asigurare al consultațiilor de **27,9 consultații/ deținut**. Monitorizarea de specialitate a fost asigurată atât prin intermediul **penitenciarelor spital (12258 internări)**, cât și al **rețelei sanitare publice (740 internări)**⁹⁴.

9.3.2.2. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri aflați în detenție

A. Servicii de prevenire: informare – educare – consiliere privind consumul de droguri

În anul de referință, Agenția Națională Antidrog, prin structurile teritoriale și în parteneriat cu unitățile penitenciare, a desfășurat **proiecte locale privind prevenirea și/ sau limitarea consecințelor și a riscurilor asociate consumului de droguri:**

- **Proiectul local „Consumul de droguri și infracțiunea”**, implementat în cadrul Penitenciarului Galați, a constat în **11 sesiuni de informare**, având ca **beneficiari direcți 259 deținuți și ca beneficiari indirecti, 500 deținuți**.

⁹¹ M. Of. nr. 195 din 24 martie 2015

⁹² permite detectarea și identificarea simultană a Complexului M. Tuberculosis și a rezistenței la Rifampicină (RMP), cu generarea rezultatului în aproximativ 2 ore.

⁹³ Examinările medicale se fac la cererea deținutului, pe motiv de boală sau periodic (în cadrul controalelor medicale periodice) – informații furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor.

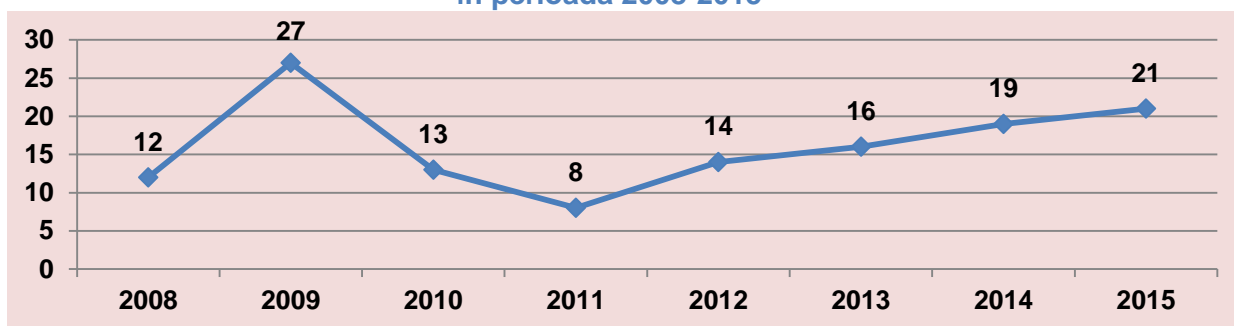
⁹⁴ Informații preluate din Raportul de activitate al ANP 2015, pag. 35-36, care poate fi accesat la adresa: <http://89.32.46.17/documents/10180/7602375/bilant+Administratia+Nationala+a+Penitenciarelor+rom.pdf/5b87fb13-fd0f-419b-ae0-e09dcfb5bbcb>

- **Proiectul local „Drogul. Pot să fiu liber IV”**, derulat în cadrul Penitenciarului Focșani, a constat în **2 sesiuni de informare**, de care au beneficiat **39 persoane aflate în detenție**. În cadrul **Programului de Educație pentru sănătate**, au fost desfășurate, în Penitenciarul Găești, **2 module de informare**, având ca **beneficiari, 107 deținuți**.

B. Servicii de asistență

Conform datelor rezultate din monitorizarea de rutină a indicatorului **Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri**, în anul **2015**, **81 consumatori de droguri (16% femei)** au beneficiat de asistență în mediul penitenciar. Dintre aceștia, **21 consumatori (25,9%)** au beneficiat de programul de menținere a abinenței cu metadonă, doza medie zilnică utilizată fiind de 100 mg (40 cp).

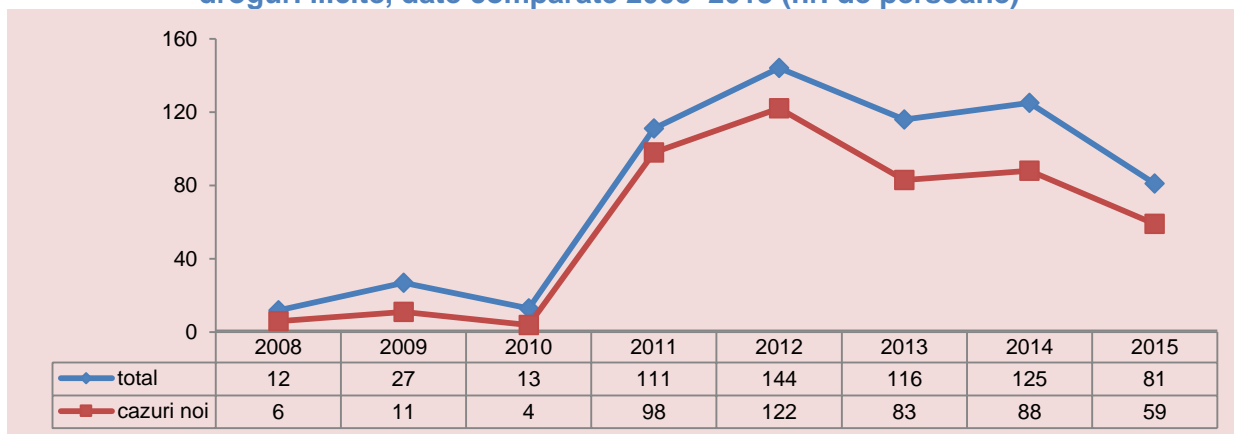
Grafic 9-4: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2015



Sursa: ANP și ANA

Comparativ cu anul precedent, **numărul consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în mediul penitenciar s-a diminuat cu 35,2%**. Ponderele celor care au accesat, pentru prima dată, serviciile de asistență oferite consumatorilor de droguri **reprezintă peste 2/3 (72,8%)** din totalul populației penitenciare care a beneficiat de aceste servicii în anul **2015**.

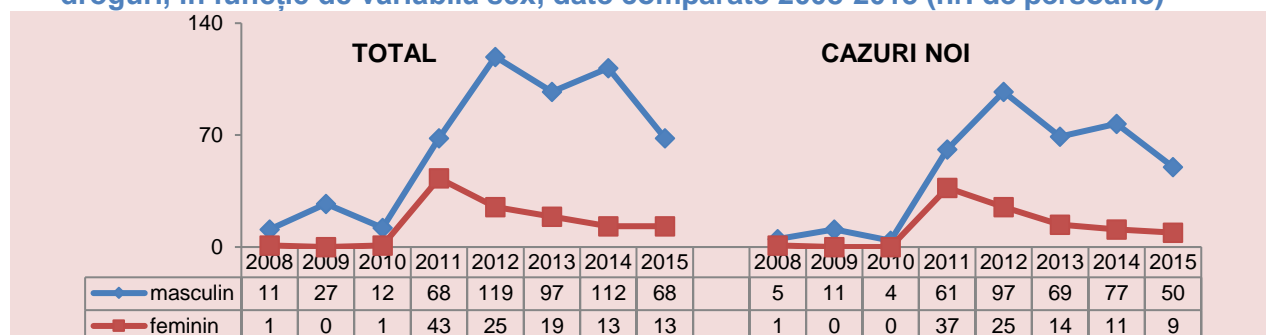
Grafic 9-5: Dinamica admițerilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite, date comparate 2008–2015 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

Spre deosebire de anii anteriori, în anul 2015, **raportul bărbați/ femei s-a redus în rândul populației penitenciare care a solicitat asistență specifică** pentru consumul de droguri, tendință observată, de altfel, și în rândul persoanelor care au beneficiat, pentru prima dată, de aceste servicii. Această modificare a raportului bărbați/ femei reprezintă, în principal, o **consecință a scăderii numărului de bărbați asistați** din rândul consumatorilor de droguri privați de libertate.

Grafic 9-6: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de variabila sex, date comparate 2008-2015 (nr. de persoane)



Sursa: ANP și ANA

În ceea ce privește **vârsta consumatorilor de droguri admiși la tratament**, majoritatea beneficiarilor se încadrează în grupa de vârstă **25-34 ani (55,6%)**, această particularitate menținându-se de la începutul perioadei de monitorizare (2008). **Scăderea numărului de beneficiari din mediul penitenciar se reflectă în toate grupele de vârstă, exceptând grupele 40-44 ani și ≥45 ani**, în cadrul cărora numărul consumatorilor de droguri se menține la nivelul înregistrat în anul 2014. Distribuția procentuală pe grupe de vârstă evidențiază, dimpotrivă, **creșteri pe grupele de vârstă 25-29 ani, 40-44 ani și ≥45 ani și menținerea procentului de beneficiari cu vârsta între 20-24 ani.**

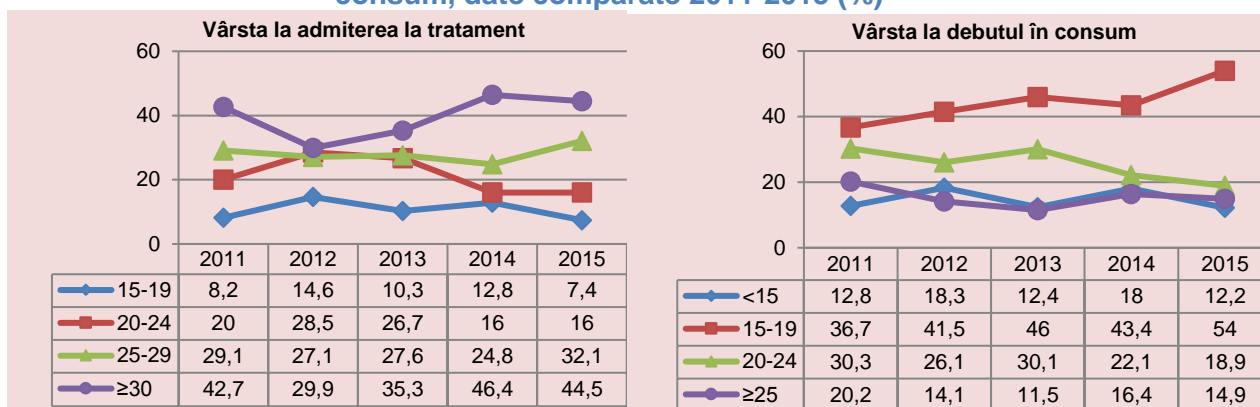
Tabel 9-2: Distribuția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri, în regim de detenție, în funcție de vârsta la admitere și cea de debut în consum, date comparate 2008-2015

Vârsta	An	Grupa de vârstă (ani)								neprecizaț	Total	Media de vârstă
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	≥45			
la admiterea actuală 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
2015	0	6	13	26	19	10	5	2	0	81	29,41	
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
2015	9	40	14	5	6	0	0	0	7	81	18,97	

Sursa ANP și ANA

Pentru **debutul în consumul de droguri**, cea mai vulnerabilă grupă de vârstă rămâne **15-19 ani**. Mai mult de jumătate (**54%**) dintre beneficiarii programelor de asistență derulate în cadrul unităților de detenție **aveau vârsta cuprinsă între 15-19 ani atunci când au consumat droguri pentru prima dată**. De asemenea, **grupa de vârstă 20-24 ani constituie o grupă cu risc crescut**, **aproximativ 20% dintre beneficiari declarând debutul în consumul de droguri la o vârstă cuprinsă între 20-24 ani**.

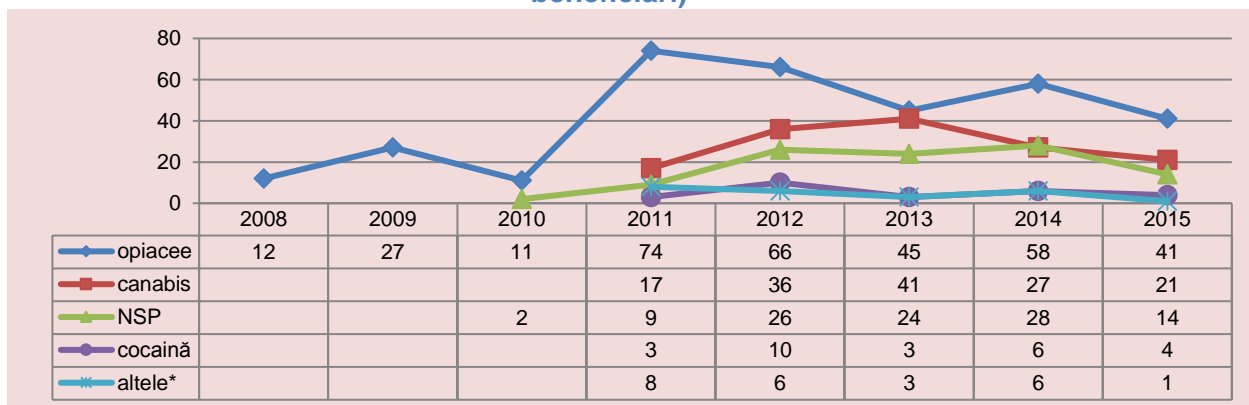
Grafic 9-7: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de variabilele vârstă la admiterea la tratament și vârstă de debut în consum, date comparate 2011-2015 (%)



Sursa: ANP și ANA

În anul 2015, jumătate (**50,6%**) dintre beneficiarii serviciilor de asistență, în regim de detenție, au solicitat asistență ca urmare a consumului de opiacee (dintre aceștia, **58,5% pentru consum de heroină și 41,5% pentru consum de metadonă**). De asemenea, **25,9% beneficiari au primit asistență pentru consumul de canabis**, **17,3% beneficiari au fost admiși la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive (NSP)**, **5% - pentru cocaină și 1,2% - pentru consum de amfetamine**.

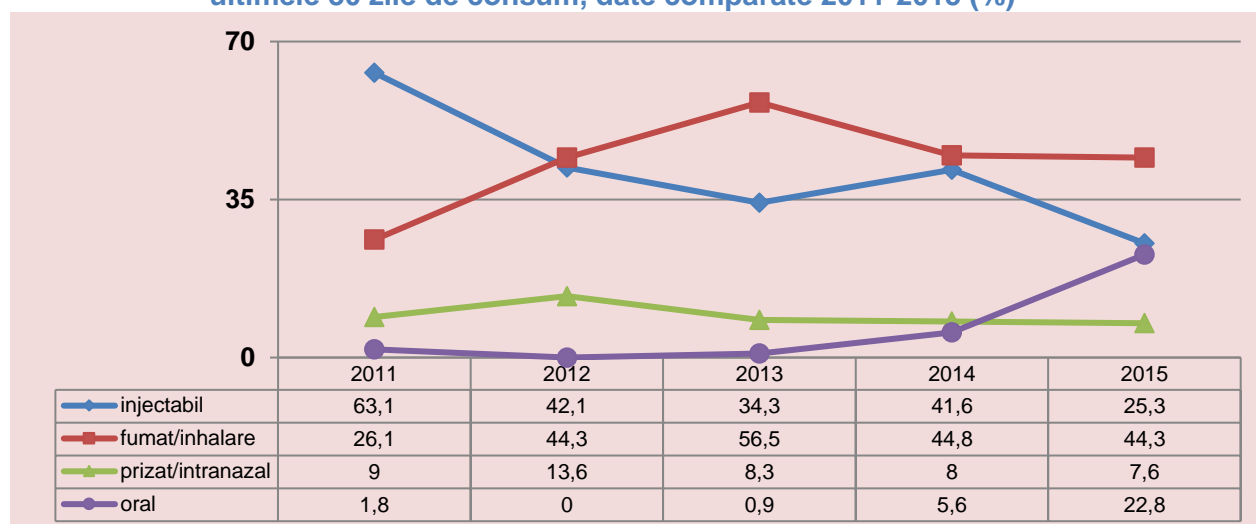
Grafic 9-8: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008-2015 (număr de beneficiari)



Notă: altele* - solvenți, stimulente și halucinogene
Sursa: ANP și ANA

În cadrul populației penitenciare care a accesat, în anul 2015, servicii de asistență specializate în unitățile penitenciare, **calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum a fost cea pulmonară/ fumat, menționată de 44,3%** dintre beneficiari. Principalele droguri administrate pulmonar, au fost **canabisul (60%) și noile substanțe psihoactive – NSP (34,5%)**⁹⁵. Comparativ cu anul 2014, în anul de referință, se constată **scăderea cu 16,3% a numărului de beneficiari care și-au administrat drogurile prin injectare și, totodată, creșterea cu 16,6% a celor care au menționat administrarea orală a drogurilor**. Astfel, **25,3% dintre beneficiari și-au injectat heroină sau NSP, iar 22,8% beneficiari au declarat consumul de metadonă sau heroină (1 beneficiar) pe cale orală**.

Grafic 9-9: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum, date comparate 2011-2015 (%)

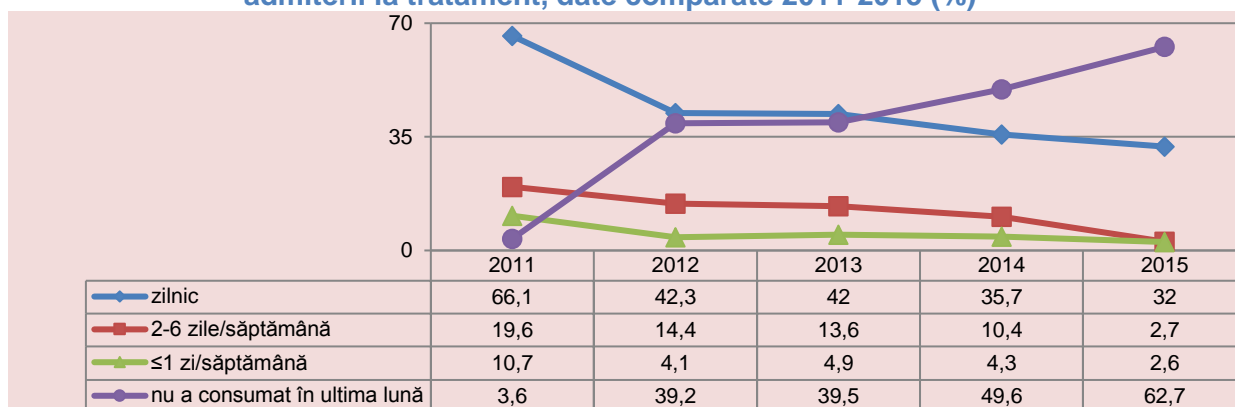


Sursa: ANP și ANA

În privința **frecvenței consumului de droguri în ultimele 30 zile** anterioare admitterii la tratament, se observă că mai mult de jumătate (**62,7%**) dintre **beneficiarii serviciilor de asistență acordate în anul 2015, nu au consumat droguri în luna premergătoare** includerii în programul de asistență. Procentul celor care **au consumat droguri zilnic** reprezintă aproximativ **o treime (32%)** dintre beneficiari.

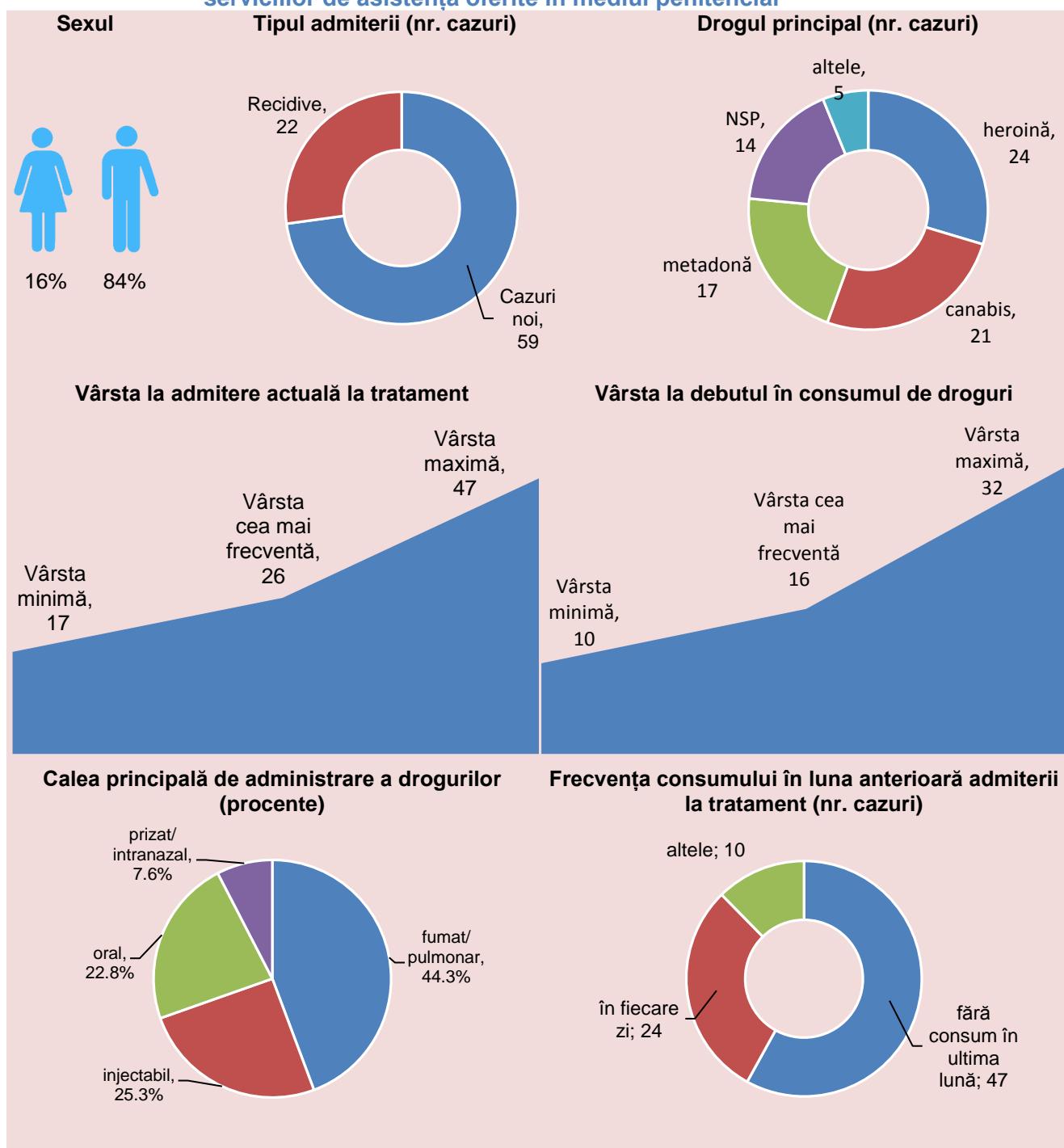
⁹⁵ Restul de 5,7% dintre beneficiarii care și-au administrat drogul principal pe cale pulmonară a recurs la această modalitate de administrare pentru a consuma heroină.

Grafic 9-10: Dinamica admitterilor al tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare admerii la tratament, date comparate 2011-2015 (%)



Sursa: ANP și ANA

Tabel 9-3: Caracteristicile populației de consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență oferite în mediul penitenciar



Sursa: ANA

Având în vedere aspectele socio-demografice și cele legate de istoricul și comportamentul de consum, prezentate anterior, **consumatorul de droguri aflat în asistență în mediul penitenciar are următorul profil:**

- este de **sex masculin (84%)**
- are **vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (55,6%)**

- a accesat pentru prima dată serviciile de asistență specifice (72,8%)
- drogul pentru care este admis la tratament face parte din **categoria opiaceelor (50,6%)**
- **a consumat pentru prima dată** droguri la o **vârstă cuprinsă în intervalul 15-19 ani (54%)**
- **calea cea mai frecventă de administrare** a drogului în ultima lună de consum a fost **cea pulmonară/ fumat (44,3%)**
- **nu a consumat droguri în luna anterioară aditerii la tratament (62,7%)**.

Agenția Națională Antidrog, prin structurile teritoriale, a asigurat continuitatea programului de menținere cu metadonă pentru 9 beneficiari eliberați din penitenciar. Totodată, specialiștii din centrele teritoriale ale Agenției au desfășurat proiecte locale destinate foștilor consumatori de droguri aflați în unitățile penitenciare, după cum urmează:

- **Programul destinat persoanelor private de libertate cu antecedente în consumul de droguri**, inițiat de Penitenciarul Găești, de care au beneficiat **20 deținuți**.
- **Proiectul de prevenire a recăderilor**, desfășurat în cadrul Penitenciarului Vaslui, de care au beneficiat **15 foști consumatori de droguri aflați în stare privativă de libertate**.

De asemenea, Direcția Națională de Probațiune a demarat, în anul 2015, **proiectul „Consolidarea capacității sistemului românesc de probațiune de a furniza servicii eficiente alternative închisorii”**, finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014 și având ca termen de finalizare – aprilie 2017. Prin acest proiect, se urmărește, în principal, **elaborarea unui program de intervenție de tip „Alegerea mea”, care să fie utilizat în activitatea cu consumatorii de droguri/ alcool aflați în supravegherea serviciilor de probațiune**. Programul va fi implementat, în regim pilot, la nivelul Serviciilor de Probațiune: București, Brașov, Suceava, Hunedoara, Timiș, urmând ca, după finalizare, să fie aplicat la nivel național.

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, **în anul 2015, 2037 deținuți cu antecedente de consum de droguri au beneficiat de asistență psihologică specifică în sistemul penitenciar**.

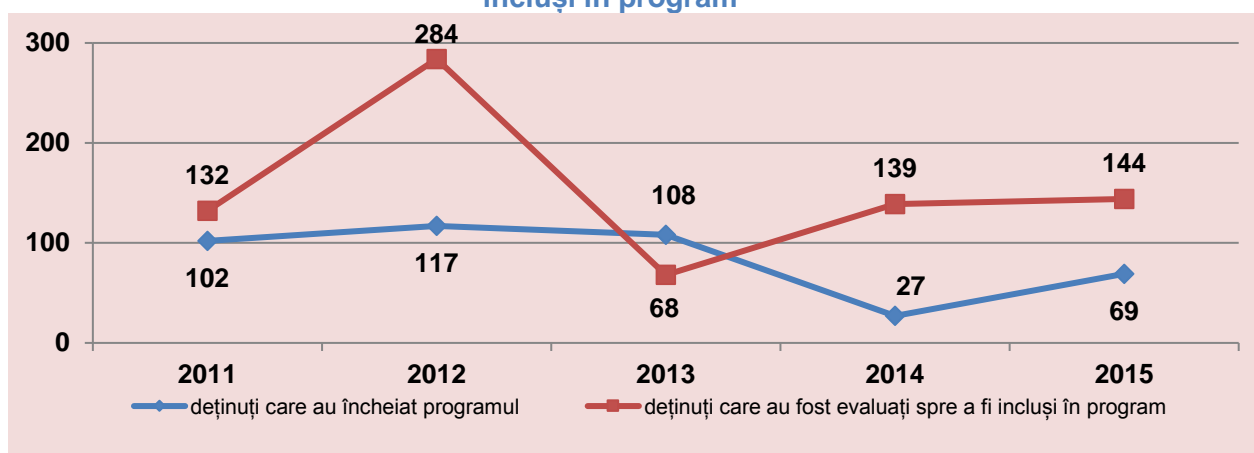
Comunități terapeutice

În mediul penitenciar funcționează **3 comunități terapeutice (în penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor)**, în cadrul cărora sunt acordate servicii de asistență medicală, psihologică și socială.

În cursul anului 2015, **144 deținuți au fost evaluați spre a fi incluși în programul de tip Comunitate Terapeutică**, iar **69 deținuți au finalizat acest program**. La sfârșitul anului 2015, **34 deținuți erau incluși în programul de tip comunitate terapeutică**⁹⁶.

Atât **numărul persoanelor evaluate în vederea includerii în program, cât și cel al persoanelor care au încheiat programul au crescut, față de anul 2014, cu 3,6%, respectiv de 2,6 ori.**

Grafic 9-11: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip Comunitate terapeutică, comparativ cu cea a numărului de deținuți care au fost evaluați spre a fi incluși în program



Sursa: ANP

Este important de subliniat faptul că România, alături de Regatul Unit și Spania, se numără printre puținele țări europene care au introdus programe de tip comunitate terapeutică în penitenciar.

9.3.2.3. Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar

Așa cum a fost menționat la începutul capitolului, în anul 2015 a fost aprobată **Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019**, document strategic important în crearea cadrului instituțional care să asigure facilitarea reintegrării sociale a persoanelor aflate în custodia penitenciarelor. În cadrul acestui document, procesul de reintegrare socială este definit ca o succesiune de 3 etape în asistența deținuților, care se finalizează cu reintegrarea socială a acestora: **etapa instituțională** – se desfășoară de la încarcerare până la aproximativ 90 zile înainte de liberare când debutează **etapa de pregătire pentru liberare** care durează până în ziua liberării, moment din care

⁹⁶ În luna decembrie 2015 au fost transferați 11 rezidenți din CT Rahova în CT Jilava, întrucât în CT Rahova nu se mai aplică regimul de detenție semideschis.

începe **etapa post-detenție** care se poate desfășura pe o perioadă de până la 2 ani după liberare.⁹⁷

Direcția Națională de Probațiune a încheiat, în anul 2015, **proiectul „Drink and Drive – Schimb de bune practici în vederea elaborării unui program specific de reabilitare a persoanelor condamnate pentru infracțiuni săvârșite pe fondul conducerii autovehiculelor sub influența băuturilor alcoolice”**, finanțat prin Programul „Justiție Penală” 2011 al Comisiei Europene și desfășurat în intervalul ianuarie 2013 - ianuarie 2015. Astfel cum este menționat și în titlul proiectului, obiectivul acestui demers a constat în elaborarea unui program specific de reabilitare a conducătorilor auto condamnați pentru conducerea autovehiculelor sub influența băuturilor alcoolice, care să contribuie la reducerea riscului de recidivă. Acest proiect s-a adresat persoanelor aflate în evidența serviciilor de probațiune și a fost implementat, în regim pilot, de Serviciile de Probațiune Olt, Sibiu, Suceava, Timiș și Vâlcea. După finalizarea proiectului, programul a fost aplicat și în cadrul Serviciilor de Probațiune București, Brașov, Iași, Ilfov și Mureș.

Centrul European pentru Prevenirea Adicțiilor a implementat, în anul 2015, proiectul „Drumul spre casă”, în cadrul căruia au fost prezentate, la sediile penitenciarelor Jilava și Rahova, modele de bune practici în domeniu. Acest proiect beneficiază de sprijinul Asociației Phoenix Haga, Serviciile Corecționale din Regiunea Sud și Trondheim Kommune din Norvegia.

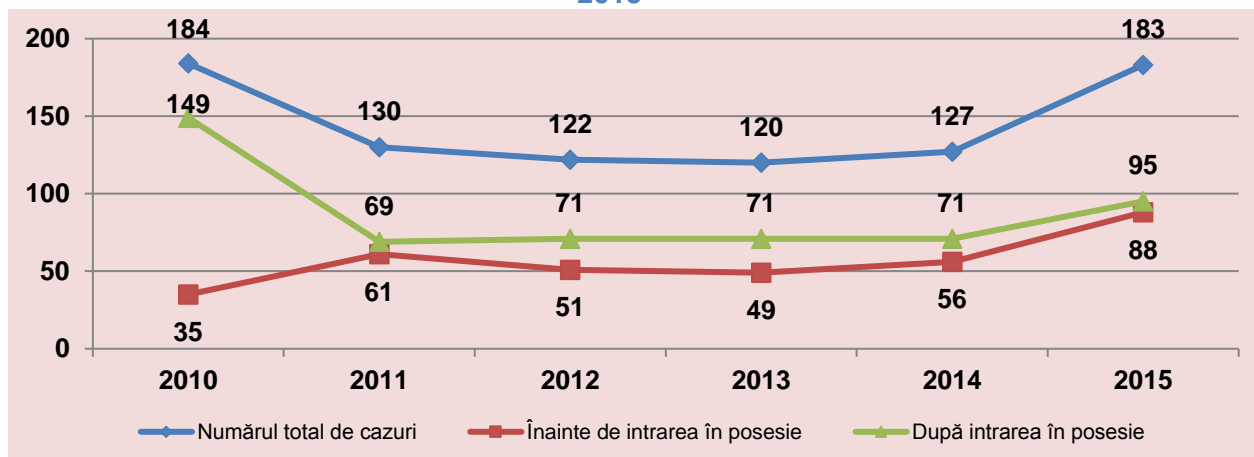
9.4.ALTE INFORMAȚII DE INTERES

9.4.1.Piața drogurilor în penitenciar

În urma controalelor efectuate, **în anul 2015, au fost înregistrate 183 cazuri de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante**. Dintre acestea, **88 cazuri (48,1%) au fost înregistrate înainte de intrarea în posesie și 95 cazuri (51,9%) după intrarea în posesie**. Comparativ cu anul precedent, se constată **o creștere cu 44,1% a cazurilor de descoperire a stupefiantelor**.

⁹⁷ <http://anp.gov.ro/programe-si-strategii>

Grafic 9-12: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2015



Sursa: ANP

9.5.CONCLUZII

- Consumul de droguri în mediul penitenciar rămâne o prioritate pentru factorii decidenți din România, aspect reflectat în documentele programatice din sfera politicilor antidrog și nu numai, cât și în derularea de proiecte/ programe menite să îmbunătățească serviciile de asistență oferite consumatorilor de droguri.
- Numărul consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în mediul penitenciar a scăzut cu aproximativ o treime.
- Majoritatea celor care au beneficiat de asistență specifică în anul 2015 a accesat pentru prima dată serviciile de asistență oferite în mediul penitenciar.
- Cea mai vulnerabilă grupă de vârstă pentru debutul consumului de droguri rămâne 15-19 ani.
- Jumătate dintre beneficiarii serviciilor de asistență în regim de detenție a solicitat asistență ca urmare a consumului de opiacee, iar un sfert – pentru consumul de canabis.

10. CERCETARE

10.1.REZUMAT

Cercetarea în domeniul drogurilor este realizată, în principal, de instituții și autorități publice, dar și de către organizații neguvernamentale, rezultatele fiind diseminate prin intermediul *website*-urilor și revistelor de specialitate. Atât instituțiile și autoritățile publice, cât și organizațiile neguvernamentale pot beneficia de fonduri externe, din partea unor finanțatori, cum ar fi: Comisia Europeană, 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**, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 784/2013, odată cu Strategia Națională Antidrog pentru perioada 2013 – 2010, 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 și aprobate de Comisia de etică a Consiliului Științific.

La propunerea Agenției Naționale Antidrog, în anul 2015, Guvernul României a aprobat **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018**⁹⁸, în cadrul căruia este prevăzut un subprogram adresat cercetării în domeniul adicțiilor. Unul dintre obiectivele specifice ale acestuia vizează promovarea cercetării științifice, ca nucleu fundamental în definirea și dezvoltarea măsurilor de răspuns la fenomenul drogurilor, propunându-se implementarea unor studii și cercetări la nivel național, regional și local, în diferite grupuri populaționale, de la populația generală, la populația consumatoare de droguri.

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 2015) 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.

⁹⁸ Hotărârea Guvernului nr. 684/2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 3 septembrie 2015

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
- Asociația Carusel
- Romanian Harm Reduction Network
- Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România - Comitetul Helsinki

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 având ca finanțatori: **Banca Mondială, Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, Fundația Soros, UNICEF, UNODC**
- **Uniunea Europeană** oferă granturi pentru proiecte care vizează studii transnaționale în domeniul politicii antidrog. Sunt eligibile autoritățile publice locale, regionale și naționale, ONG-urile, asociațiile, instituțiile de educație, universitățile, centrele de cercetare și sindicatele.
- 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 9-1: 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 Inovația socială	Sociologie	Română	Română, Engleză
Revista Caiete sociologice	Sociologie	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de Cercetare și intervenție socială	Științe sociale	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de Neurologie și Psihiatrie a copilului și Adolescentului din România	Sănătate	Română	Română
Revista de asistență socială	Științe sociale	Română, Engleză	Română, Engleză

Sursa: ANA

10.5 Principalele site-uri

- [Agenția Națională Antidrog](#)
- [Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice](#)
- [Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale](#)
- [Ministerul Sănătății](#)
- [ALIAT](#)
- [ARAS](#)
- [Romanian Harm Reduction Network](#)
- [Carusel](#)

10.6 Cele mai recente cercetări realizate (2012-2015)

Publicate:

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 (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>

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>

LISTA GRAFICELOR

Grafic 1- 1: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2015.....	16
Grafic 1- 2: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor, efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2015.....	17
Grafic 1- 3: Distribuția activităților de prevenire în familie, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015, în funcție de mediul de rezidență.....	25
Grafic 1- 4: Distribuția activităților de prevenire în comunitate, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015, în funcție de mediul de rezidență.....	25
Grafic 1- 5: Evoluția numărului de campanii de prevenire, desfășurate de Agenția Națională Antidrog în perioada 2014-2015.....	26
Grafic 1- 6: Distribuția activităților de asistență acordate persoanelor consumatoare de droguri de Agenția Națională Antidrog, în perioada 2014-2015, în funcție de tipul acestora.....	26
Grafic 1- 7: Evoluția bugetului (RON) alocat Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/proiectelor specifice, în perioada 2009-2015.....	29
Grafic 2 - 1: Consumul de cannabis (%), în funcție de gen și perioada de timp analizată.....	34
Grafic 2 - 2: Consumul de cannabis - debutul precoce și percepția riscurilor.....	35
Grafic 2 - 3: Prevalența consumului de cannabis la adolescenții de 16 ani, 1999 - 2015.....	36
Grafic 2 - 4: Consumul problematic de cannabis (%), în funcție de rezultatele scalei CAST.....	41
Grafic 2 - 5: Prevalența consumului de ecstasy în populația școlară (16 ani), în funcție de perioada de timp analizată și sexul respondentului.....	42
Grafic 2 - 6: Consumul de ecstasy - debutul precoce și percepția riscurilor.....	43
Grafic 2 - 7: Prevalența consumului de ecstasy în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015.....	43
Grafic 2 - 8: Prevalența consumului experimental și recent de cocaină și crack în populația școlară (16 ani), în funcție de sexul respondentului.....	44
Grafic 2 - 9: Debutul precoce în consumul de cocaină/ crack (%).....	45
Grafic 2 - 10: Prevalența consumului de cocaină/ crack la adolescenții de 16 ani, 1999-2015.....	45
Grafic 2 - 11: Prevalența consumului experimental și recent de amfetamine și metamfetamine în populația școlară (16 ani), în funcție de sexul respondentului.....	46
Grafic 2 - 12: Consumul de amfetamine/ metamfetamine – debutul precoce și percepția riscurilor.....	47
Grafic 2 - 13: Prevalența consumului experimental de amfetamine în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015.....	47
Grafic 2 - 14: Consumul de heroină în rândul elevilor de 16 ani, în funcție de gen.....	51
Grafic 2 - 15: Prevalența consumului experimental de heroină în rândul elevilor de 16 ani, 1999-2015.....	52
Grafic 2 - 16: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2015.....	53
Grafic 2 - 17: Consumul de NSP în ultimul an, în funcție de forma de prezentare.....	59
Grafic 2 - 18: Consumul de NSP (%), în funcție de gen și perioada de timp analizată.....	59
Grafic 2 - 19: Consumul de NSP – debutul precoce și percepția riscurilor.....	60
Grafic 2 - 20: Prevalența consumului de NSP la adolescenții de 16 ani, 1999-2015.....	61
Grafic 2 - 21: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2014 (număr cazuri).....	62
Grafic 4 - 1: Proporțiile persoanelor admise la tratament, în funcție de drogul principal consumat ...	100
Grafic 4 - 2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015.....	104
Grafic 4 - 3: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărului total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015.....	105
Grafic 4 - 4: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2015.....	107

Grafic 4 - 5: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2015	108
Grafic 5- 1: Situația ordonanțelor de evaluare emise și a persoanelor pentru care au fost emise, date comparate 2014-2015	128
Grafic 5- 2: Distribuția teritorială a persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare ...	129
Grafic 5- 3: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare – mediu privativ/neprivativ de libertate, date comparate 2014-2015	130
Grafic 5- 4: Adresabilitatea persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, date comparate 2014-2015	131
Grafic 5- 5: Includerea persoanelor evaluate în circuitul integrat de asistență, date comparate 2014-2015	131
Grafic 6- 1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006 - 2015	136
Grafic 6- 2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2015 (nr. cazuri)	137
Grafic 6- 3: Evoluția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, în intervalul 2000 - 2015 (număr de cazuri).....	137
Grafic 6- 4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2015	138
Grafic 6- 5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2015.....	138
Grafic 6- 6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2015 (%)	140
Grafic 6- 7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2015.....	141
Grafic 6- 8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2015	143
Grafic 6- 9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2015.....	144
Grafic 6- 10: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, pe luni, date comparate 2012-2015 (număr cazuri).....	149
Grafic 6- 11: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate	150
Grafic 6- 12: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2015	151
Grafic 6- 13: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2015, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %).....	155
Grafic 6- 14: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2015 (TDI)	162
Grafic 6- 15: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2015 (TDI)	163
Grafic 6- 16: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admiterii la tratament, 2015 (TDI)	164
Grafic 6- 17: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2015 (status serologic testat)	166
Grafic 6- 18: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2015 (status serologic testat)	166
Grafic 6- 19: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2015 (status serologic testat).....	167
Grafic 6- 20: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2015.....	170
Grafic 6- 21: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu VHC în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, în 2015.....	170
Grafic 6- 22: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu VHB în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2015	171

Grafic 6- 23: Prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC (date autodeclarate vs. date din testare, %) 172	172
Grafic 6- 24: Co-morbidități (%)	173
Grafic 6- 25: Distribuția cazurilor (nr.) după tipul de consum al drogului declarat (consum singular sau mixt).....	180
Grafic 6- 26: Distribuția cazurilor în funcție de istoricul de injectare (%)	181
Grafic 6- 27: Practici de injectare (%)	182
Grafic 6- 28: Comportamente sexuale de risc (%).....	183
Grafic 6- 29: Surse de informare utilizate în ultimele 12 luni în ce privește infecția cu HIV, VHB și VHC (%).....	184
Grafic 6- 30: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007 – 2015 (nr. cazuri)	185
Grafic 6- 31: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2015 (%)	186
Grafic 6- 32: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2015 (%).....	187
Grafic 6- 33: Evoluția prevalențelor infectării cu HIV, VHB, VHC în cadrul studiilor de supraveghere bio-comportamentală realizate în rândul CDI din București în perioada 2009 - 2015 (%)	188
Grafic 6- 34: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2015	197
Grafic 7-1: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, canabis, M.D.M.A., N.S.P. și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate	201
Grafic 7-2: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2011 – 2015	206
Grafic 7-3: Evoluția cantităților totale (<i>kilograme</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2015	208
Grafic 7-4: Evoluția cantităților totale (<i>comprimate</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2015	208
Grafic 7-5: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri capturate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2015	209
Grafic 7-6: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2011 – 2015	210
Grafic 7-7: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2011 – 2015 ...	211
Grafic 7-8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate, în perioada 2011 – 2015	211
Grafic 7-9: Evoluția cantităților de iarbă de canabis capturate vs numărul capturilor de iarbă de canabis, în perioada 2011 – 2015	212
Grafic 7-10: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate, în perioada 2011 – 2015	212
Grafic 7-11: Evoluția cantităților de rezină de canabis capturate vs numărul capturilor de rezină de canabis, în perioada 2011 – 2015.....	213
Grafic 7-12: Evoluția cantităților de masă plante de canabis capturate, în perioada 2011 – 2015. ...	213
Grafic 7-13: Evoluția cantităților de masă plante de canabis capturate vs numărul capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2015.....	214
Grafic 7-14: Evoluția cantităților de cocaină capturate, în perioada 2011 – 2015	215
Grafic 7-15: Evoluția cantităților de cocaină capturate vs numărul capturilor de cocaină, în perioada 2011 – 2015	216
Grafic 7-16: Evoluția capturilor de comprimate de tip amfetamină, în perioada 2011 – 2015.....	218
Grafic 7-17: Evoluția capturilor de MDMA vs capturi semnificative de MDMA, în perioada 2011 – 2015 (comprimate)	219
Grafic 7-18: Evoluția cantităților de heroină capturate, în perioada 2011 – 2015.....	220
Grafic 7-19: Evoluția cantităților de heroină capturate vs. numărul de capturi de heroină realizate, în perioada 2011 – 2015	220
Grafic 7-20: Evoluția capturilor de metadonă, în perioada 2011 – 2015	223
Grafic 7-21: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2011 – 2015.....	224
Grafic 7-22: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2015	226
Grafic 7-23: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2015	227
Grafic 7-24: Evoluția prețului minim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2015 ..	227

Grafic 7-25: Evoluția prețului maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2015	228
Grafic 7-26: Evoluția purității minime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2015	229
Grafic 7-27: Evoluția purității maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2015	229
Grafic 8- 1: Evoluția proporției numărului de persoane condamnate prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată și a proporției numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate, în perioada 2002 – 2015	232
Grafic 8- 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2015, în funcție de tipul soluției dispuse (%)	232
Grafic 8- 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2015	233
Grafic 8- 4: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001 – 2015	233
Grafic 8- 5: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2014	234
Grafic 8- 6: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției	235
Grafic 8- 7: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2015, comparativ cu anul 2014	236
Grafic 8- 8: 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 - 2015	238
Grafic 8- 9: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001 - 2015 (%)	238
Grafic 8- 10: Ponderea numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., în anul 2015 (%)	239
Grafic 8- 11: Numărul persoanelor trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T. – Situație comparativă 2014 – 2015 (%)	239
Grafic 8- 12: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2015	240
Grafic 8- 13: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2001 – 2015	241
Grafic 8- 14: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 2 din Legea 143/2000 și a ponderii acestui indicator din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor	241
Grafic 8- 15: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/2000 și a ponderii prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor	242
Grafic 8- 16: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor	243
Grafic 8- 17: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2015	244
Grafic 8- 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2015	244
Grafic 8- 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei	245
Grafic 8- 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea condiționată a executării și cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 – 2015	246
Grafic 8- 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/2000, în perioada 2010 – 2015	247
Grafic 8- 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2015	248

Grafic 8- 23: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2011 – 2015	249
Grafic 8- 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2015	251
Grafic 9-1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2015	262
Grafic 9-2: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2015.....	262
Grafic 9-3: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2015	264
Grafic 9-4: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2015	267
Grafic 9-5: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri ilicite, date comparate 2008–2015 (nr. de persoane)	267
Grafic 9-6: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de variabila sex, date comparate 2008-2015 (nr. de persoane)	268
Grafic 9-7: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de variabilele vârstă la admiterea la tratament și vârstă de debut în consum, date comparate 2011-2015 (%).....	269
Grafic 9-8: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de tipul drogului principal, date comparate 2008-2015 (număr de beneficiari).....	269
Grafic 9-9: Dinamica admitterilor la tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum, date comparate 2011-2015 (%)	270
Grafic 9-10: Dinamica admitterilor al tratament în regim de detenție, pentru consum de droguri, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare admitterii la tratament, date comparate 2011-2015 (%)	271
Grafic 9-11: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip <i>Comunitate terapeutică</i> , comparativ cu cea a numărului de deținuți care au fost evaluați spre a fi incluși în program	274
Grafic 9-12: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2015	276

LISTA TABELELOR

Tabel 1- 1: Inițiative legislative ale Parlamentului României, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor în anul 2015	13
Tabel 2 - 1: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de cannabis	39
Tabel 2 - 2: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de cannabis	40
Tabel 2 - 3: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de stimulanti.....	50
Tabel 2 - 4: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de stimulanti.....	51
Tabel 2 - 5: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de opiacee	57
Tabel 2 - 6: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de opiacee	58
Tabel 2 - 7: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de NSP	64
Tabel 2 - 8: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de NSP	65
Tabel 4-1: Caracteristicile centrelor ambulatorii.....	88
Tabel 4-2: Caracteristicile clienților centrelor ambulatorii	89
Tabel 4-3: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul ambulatoriu, în anul 2015.....	90
Tabel 4- 4: Caracteristicile centrelor rezidențiale.....	93
Tabel 4-5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2015	94
Tabel 4-6: Caracteristicile beneficiarilor centrelor rezidențiale	96
Tabel 4-7: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2015 ...	98
Tabel 4-8: Numărul de beneficiari aflați în tratament.....	100
Tabel 6- 1: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011 – 2015	149
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).....	153
Tabel 6- 3: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (status ocupațional, nivel de instruire).....	154
Tabel 6- 4: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2015.....	158
Tabel 6- 5: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2015	160
Tabel 6- 6: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2015 (per total populație și pe sexe)	161
Tabel 6- 7: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi în anul 2015.....	168
Tabel 6- 8: Distribuția bolilor infecțioase în funcție de grupa de vârstă, gen, vârsta de debut în consumul de droguri și tipul de drog declarat	173
Tabel 6- 9: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile recrutați în cadrul studiului BSS 2015	176
Tabel 6- 10– Factori de risc pentru infectarea cu VHC.....	178
Tabel 6- 11: Factori de risc pentru infectarea cu HIV	179
Tabel 8- 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2014 – 2015	237
Tabel 8- 2: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 – 2015	249

Tabel 9-1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2015...	261
Tabel 9-2: Distribuția admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri, în regim de detenție, în funcție de vârstă la admitere și cea de debut în consum, date comparate 2008-2015	268
Tabel 9-3: Caracteristicile populației de consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență oferite în mediul penitenciar	272
Tabel 10-1: Principalele publicații în domeniu	279

LISTA HĂRȚILOR

Harta 2 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de cannabis (singular sau în combinație).....	38
Harta 2 - 2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație).....	49
Harta 2 - 3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație).....	56
Harta 2 - 4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație).....	63
Harta 7-1: Rutele de traficare a cannabisului (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)	215
Harta 7-2: Rutele de traficare a cocainei (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)	217
Harta 7-3: Rutele de traficare a heroinei (capturi semnificative în perioada 2013 – 2015)	221
Harta 7-4: Rutele de traficare ale medicamentelor cu conținut stupefiant (capturi semnificative în anul 2015)	225
Harta 8- 1: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității la regimul drogurilor	253
Harta 8- 2: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și distribuția capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog.....	254
Harta 8- 3: Situația la nivel teritorial a infracționalității la regimul drogurilor și a capturilor semnificative realizate de formațiunile antidrog	254
Harta 8- 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor	255

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

Supervizare: Cristina – Maria MANDA, Subsecretar de Stat, Ministerul Afacerilor Interne

Coordonare: Sorin OPREA – Director Agenția Națională Antidrog, doctor în ordine publică și siguranță națională

Contribuția pe capitole:

Capitolul 1 - CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

- *Drd. Laura Izabela PIȘCOCIU, specialist în științe juridice*
- *Valentin ZAHARENCO, specialist în științe juridice*
- *Florentina Lucia MARIN, specialist în științe juridice*
- *Delia TIMBUȘ, economist*

Capitolul 2 - PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

- *Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie*
- *Dr. Bogdan GHEORGHE, medic*
- *Drd. Viviana Manolache, sociolog*

Capitolul 3 - PREVENIRE

- *Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie*
- *Radu POP, specialist în științe juridice*

Capitolul 4 - TRATAMENT

- *Milica GEORGESCU, doctor în sociologie*

Capitolul 5 - BEST PRACTICE

- *Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie*
- *Monica IONIȚĂ, specialist în științe juridice*

Capitolul 6 - CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI

- *Laura Gina CUSA, specialist în științe juridice*
- *Dr. Gabriel GORUN, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)*
- *Dr. Bogdan GHEORGHE, medic*
- *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

- *Valentina ȘTEFAN, psiholog*

Capitolul 10 - CERCETARE

- *Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie*
- *Drd. Viviana Manolache, sociolog*