



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

**RAPORT NAȚIONAL
PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR**

2017

ROMÂNIA
Noi evoluții și tendințe

REITOX

Agencia 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 2016.

**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. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU	9
1.1 CADRUL LEGISLATIV	9
1.1.1 Legi, regulamente, instrucțiuni și principii directoare în domeniul drogurilor	9
1.1.2 Implementarea legilor.....	14
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE	19
1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale.....	19
1.2.1.1 Strategiile județene antidrog.....	21
1.2.1.2 Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea strategiei naționale antidrog 2013-2020	21
1.2.2 Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor	22
1.2.3 Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog	24
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE	25
1.4 CONCLUZII.....	28
2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA	29
2.1.CANABIS	29
2.1.1.Consumul de canabis în populația generală	29
2.1.2.Tratamentul pentru consum de canabis	30
2.1.3. Consum problematic de canabis	31
2.1.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de canabis.....	31
2.2.STIMULANȚI.....	35
2.2.1.Consumul de stimulanți în populația generală.....	35
2.2.1.1.Ecstasy.....	35
2.2.1.2.Cocaină/ crack.....	36
2.2.1.3.Amfetamine	37
2.2.2.Tratamentul pentru stimulanți	39
2.2.3.Consum problematic de stimulanți	40
2.2.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de stimulanți	40
2.3.HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE.....	43
2.3.1.Estimarea consumului de opiacee	43
2.3.3.1.Estimarea consumului de opiacee în populația generală	43
2.3.3.2.Estimarea consumului de opiacee în sub-populații	44
2.3.2.Injectarea și alte căi de administrare a opiaceelor	45
2.3.3.Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee	45
2.3.4.Tratamentul pentru heroină și alte opiacee	46
2.3.5.Alte consecințe ale consumului de opiacee	46
2.3.5.1.Urgențe medicale datorate consumului de opiacee	46
2.4. NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE.....	49

2.4.1.Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP	49
2.4.2.Tratament pentru consumul de NSP	51
2.4.3.Consecințe ale consumului de NSP	52
2.4.3.1.Urgențe medicale datorate consumului de NSP	52
2.5. DROGURI LICITE	54
2.5.1.Tutun.....	54
2.5.2.Alcool	54
2.5.3.Medicamente fără prescripție medicală.....	55
2.6.SURSE DE DATE UTILIZATE	55
2.7.METODOLOGIE	55
2.7.CONCLUZII.....	57
3. PREVENIRE	58
3.1. PROFIL NAȚIONAL	59
3.1.1.Politici și organizare	59
3.1.1.1.Obiectivele politicilor publice în domeniul prevenirii consumului de droguri	59
3.1.1.2. Structuri responsabile pentru dezvoltarea și implementarea de intervenții pentru prevenirea consumului de droguri	60
3.1.1.3. Plan de acțiune pentru activitățile de prevenire în mediul școlar	63
3.1.2. Intervenții în domeniul prevenirii consumului de droguri	64
3.1.2.1.Introducere	64
3.1.2.2.Intervenții de prevenire universală.....	65
3.1.2.3.Intervenții de prevenire selectivă	73
3.1.2.4.Intervenții de prevenire indicată	74
3.1.3. Asigurarea calității intervențiilor de prevenire.....	74
3.2. PROGRESE ÎNREGISTRATE	75
3.3. INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	75
3.4. SURSE ȘI METODOLOGIE.....	75
4. TRATAMENT	77
4.1.REZUMAT.....	77
4.2.PREZENTARE GENERALĂ	78
4.2.1.Politici și coordonare	80
4.2.1.1.Coordonarea și implementarea obiectivelor asistenței integrate a persoanelor consumatoare de droguri	80
4.2.2.Organizarea și resursele sistemului de asistență integrată pentru persoanele consumatoare de droguri.....	81
4.2.2.1. Sistemul de tratament ambulatoriu – principalii furnizori de servicii și caracteristicile beneficiarilor.....	81
4.2.2.2. Sistemul de tratament rezidențial – principalii furnizori de servicii și caracteristicile beneficiarilor.....	85
4.2.3.Date relevante.....	89

4.2.3.1. Date cheie privind cererea de tratament, în funcție de drogul principal consumat	89
4.2.3.2. Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament	91
4.2.4. Modalități de tratament.....	92
4.2.4.1. Servicii ambulatorii de tratament	92
4.2.4.2. Servicii rezidențiale de tratament	93
4.2.5. Tratamentul de substituție cu opioide (OST)	93
4.2.5.1. Principalii furnizorii ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee (OST)	93
4.2.5.2. Caracteristicile consumatorilor de droguri incluși în tratament substitutiv de tip opioid	94
4.2.6. Asigurarea calității serviciilor de asistență	95
4.3. TENDINȚE	96
4.4. INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	100
4.5. CONCLUZII.....	101
4.6. SURSE DE DATE UTILIZATE	102
5. BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI	104
5.1. Politici și coordonare	104
5.1.1. Principalele obiective în domeniul asigurării calității prevăzute în Strategia Națională Antidrog.....	104
5.1.2. Structurile responsabile de exemplele de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri.....	107
5.1.2.1. Structuri responsabile care promovează asigurarea calității în intervențiile din domeniul reducerii cererii de droguri și rolul acestora	107
5.1.2.2. Sistemul de acreditare pentru intervențiile furnizate în domeniul reducerii cererii de droguri.....	107
5.1.2.3. Sistemul educațional specific pentru profesioniștii din domeniul reducerii cererii de droguri.....	110
5.2. Noi abordări în furnizarea celor mai bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri	112
5.2.1. Bune practici în domeniul prevenirii consumului de droguri - aria prevenirii consumului de droguri în mediul școlar	112
5.3. Surse și metodologie.....	118
6. CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE.....	120
6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	120
6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri.....	124
6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri	125
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri	128
6.1.4. Tendințe	130
6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	133
6.2.1. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive).....	133
6.2.2. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite	134

6.2.3. Tendințe	139
6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	139
6.3.1. Notificări (cazuri nou diagnosticate)	140
6.3.2. Prevalență	141
6.3.2.1. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri admiși la tratament (date auto-raportate) în 2016	141
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) în 2016.....	148
6.3.2.3. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi în 2016	150
Infecția cu HIV	151
Infecția cu VHC	152
Infecția cu VHB	153
6.3.3. Tendințe	154
6.3.3.1. Notificări	154
6.3.3.2. Prevalență	155
6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII	156
6.4.1. Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri	156
6.4.2. Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.....	158
6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor	161
6.4.3.2. Camere de consum supravegheat de droguri	161
6.4.3.3. Servicii de asistență pentru reintegrarea socială a consumatorilor de droguri liberați din penitenciar	161
6.4.3.4. Furnizarea de echipament steril de injectare	161
6.4.3.5. Furnizarea de servicii de asistență integrată (medico-psiho-socială)	162
6.4.3.5. Intervenții de tip preventiv	165
6.4.4. Tendințe	166
6.4.5. Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri ...	168
6.5. CONCLUZII	168
7. PIAȚA DROGURILOR	171
A. ASPECTE DE NOUȚATE	171
B. ANALIZA INDICATORILOR	177
B.1. Cantități confiscate	177
B.2. Număr de capturi pe tip de drog	180
B.2.1. Cannabisul și rezina de cannabis	181
B.2.2. Cocaina	184
B.2.3. Drogurile sintetice	186
B.2.4. Heroina	189
B.2.5. Khat	189

B.2.6. Noi substanțe psihoactive (NSP)	190
B.2.7. Medicamente cu conținut stupefiant.....	190
B.3. Prețul drogurilor	192
B.3.1. Prețul drogurilor la nivelul străzii	192
B.3.2. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 de comprimate)	193
B.3.3. Prețul cu amănuntul (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză).....	194
B.4. Puritatea drogurilor	194
C. CONCLUZII.....	195
8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR	197
8.1. ASPECTE DE NOUȚATE	197
8.2. ANALIZA INDICATORILOR	197
8.2.1. Dosare penale soluționate.....	200
8.2.2. Persoane cercetate și trimise în judecată.....	204
8.2.3. Persoane condamnate	207
8.2.4. Pedepse aplicate.....	211
8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri.....	214
8.2.6. Persoane aflate în penitenciare.....	217
8.2.7. Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune	218
8.2.8. Persoane aflate sub urmărire	219
8.2.9. Persoane predate/ extrădate/ transferate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor.....	219
8.3. INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL REGIONAL	220
8.4. CONCLUZII.....	227
9. CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR	228
9.1. REZUMAT.....	228
9.2. PROFIL NAȚIONAL	228
9.2.1. Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc	228
9.2.2. Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților	230
9.2.2.1. Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție	230
9.2.2.2. Date privind consumul de droguri în timpul detenției.....	232
9.2.2.3. Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății	232
9.3. RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂȚATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE	234
9.3.1. Cadrul legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)	234
9.3.2. Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar	235
9.3.2.1. Asistența medicală în penitenciar.....	235
9.3.2.2. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri aflați în detenție	235

9.3.2.3. Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar	243
9.4 ALTE INFORMAȚII DE INTERES	243
9.4.1. Piața drogurilor în penitenciar	243
9.5. CONCLUZII.....	244
10. CERCETARE	245
10.1. REZUMAT	245
10.2. Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu:.....	246
10.3. Principalii finanțatori	246
10.4 Principalele publicații în domeniu	246
10.5 Principalele site-uri care oferă informații în domeniul cercetării	247
10.6 Cele mai recente cercetări realizate.....	247
LISTA GRAFICELOR.....	248
LISTA TABELELOR	254
LISTA HĂRȚILOR.....	256

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 2016, demersurile realizate pentru dezvoltarea cadrului legislativ în domeniu au avut ca rezultat următoarele acte normative:

Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 78/ 16.11.2016, publicată în Monitorul Oficial nr. 389/ 23.05.2016, care prevede reformarea DIICOT pe trei componente distincte:

- a) managementul, întărirea și eficientizarea funcției de conducere,
- b) organizarea internă și funcționarea direcției raportate la noile necesități de investigare și analiză a fenomenului infracțional reprezentat de criminalitatea organizată,
- c) urmărirea penală, întărirea eficacității acesteia, prin întărirea capacității de efectuare a investigațiilor financiare și prin completarea personalului direcției cu lucrători de poliție judiciară.

Actul normativ reia, totodată, o parte din prevederile deja în vigoare și le consolidează în aspectele care își mențin actualitatea.

În plus, având în vedere faptul că o parte din aspectele privind organizarea și funcționarea acestei structuri există în Legea nr. 304/ 2004 privind organizarea judiciară, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-a optat pentru varianta cuprinderii în acest din urmă act normativ, exclusiv a aspectelor care vizează funcționarea colegiului de conducere, adunarea generală a procurorilor, selecția procurorilor și organizarea interviului în vederea numirii în cadrul direcției, bugetul, organizarea departamentului economico-financiar și al celorlalte compartimente funcțional-administrative, urmând ca în legea specială de organizare și funcționare a DIICOT să fie cuprinse celelalte aspecte, precum prerogativele de conducere ale șefului direcției, numirea și revocarea procurorilor din cadrul direcției, organizarea internă.

Ordinul Ministerului Afacerilor Interne nr. 120/ 10.08.2016, privind aprobarea Metodologiei de evaluare, selectare și finanțare a proiectelor din cadrul programului de interes național în domeniul prevenirii și asistenței medicale, psihologice și sociale a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015-2018, publicat în Monitorul Oficial nr. 697 din 7 septembrie 2016, inițiator Ministerul Afacerilor Interne - Agenția Națională Antidrog.

Actul normativ este un document esențial pentru punerea în aplicare a prevederilor H.G. 659/ 2015 privind Programului de interes național în domeniul prevenirii și asistenței medicale, psihologice și sociale a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015-2018.

Ordinul vizează, în principal, următoarele aspecte:

- definirea termenilor „aplicant eligibil”, „partener eligibil” și „autoritate finanțatoare”;
- stabilirea etapelor procedurii de selecție a proiectelor;
- instituirea unui ghid al aplicantului, aplicabil fiecărui subprogram de interes național;
- stabilirea comisiilor de evaluare și selecție a fiecărui subprogram de interes național, precum și a regulamentului de organizare și funcționare a acestora;
- stabilirea comisiilor de soluționare a contestațiilor, precum și a regulamentului de organizare și funcționare a acestora;

- stabilirea unei metodologii de monitorizare, care include atribuțiile responsabililor cu monitorizarea proiectelor finanțate prin subprogramele de interes național și circuitul documentelor în activitatea de monitorizare, precum și procedura de decontare a cheltuielilor eligibile;
- stabilirea unor termene de depunere a propunerilor de proiecte și a documentelor aferente, de evaluare a acestora, de comunicare a rezultatelor și de soluționare a eventualelor contestații.

Ordinul Casei Naționale de Asigurări de sănătate nr. 736/ 15.09.2016, privind modificarea și completarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curativă pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul nr. 185/ 2015.

Este un document amplu de tip organizatoric, în cadrul căruia sunt stipulate completări la unele arii de intervenție medicale, tipuri de medicație aferente, modalități de decontare.

În concret la completarea de la punctul 11, sunt prevăzute modalitățile de acordare a tratamentului de specialitate pentru anumite boli, dar și pentru tratamentul substitutiv cu metadonă.

De asemenea Anexa 13 H stabilește "*Chestionarul de Evaluare pentru includerea în Programul național de sănătate mintală*", care prevede criteriile (structură organizatorică, personal, dotare) necesar a fi îndeplinite de operatorul medical pentru a fi inclus în program. *Hotărârea de Guvern nr. 157/ 10.03.2016* pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Legii nr. 254/ 2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate, care prevede, la art. 241 specificații cu privire la acordarea asistenței medicale pentru consumatorii de droguri.

Regulamentul de aplicare a Legii nr. 254/ 2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate este un document de tip organizatoric, care stabilește în aceeași măsură drepturile și obligațiile reținuților/ deținuților, dar și obligațiile care revin locului de deținere/ reținere.

În acest context, mai amplu, regulamentul conține prevederi specifice privind acordarea asistenței medicale consumatorilor de droguri, în special privind recunoașterea consumatorului de droguri, a acestei dependențe, instituirea măsurilor specifice pentru continuarea tratamentului substitutiv cu metadonă, prin informarea Centrului de Asistență Integrată Antidrog.

Totodată, au fost inițiate și elaborate propuneri de modificare a cadrului normativ din domeniul de competență, care se află în diferite stadii ale procesului de avizare:

- Proiectul de Lege privind aplicarea regimului juridic al precursorilor de droguri;
- Proiectul de modificare a HG nr. 860/ 28.07.2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 26.07.2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Proiectul de HG privind aprobarea Planului de acțiune în perioada 2017-2020 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020;
- Proiectul de hotărâre de modificare și completare a HG nr. 461/ 11.05.2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog;

Proiectul de modificare și completare a OMAI nr. 1389/ 04.08.2008 privind aprobarea criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri.

În cursul anului 2016, parlamentarii români au formulat 6 întrebări și interpelări, care au avut ca obiect problematica domeniului drogurilor.

Tabel 1- 1: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor 2016

Nr crt	Nr. de ordine/ data interpelării/ întrebării	Conținutul interpelării/ întrebării	Răspunsul la interpelare/ întrebare
1	<p>9017A/ 09.02.2016</p> <p>Comercializarea de etnobotanice prin intermediul internetului.</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>1. Care este numărul de magazine etnobotanice identificate pe piața online din România în anul 2015? 2. Dacă a crescut numărul față de 2014? 3. Ce măsuri vor fi luate în vederea închiderii acestor magazine online?</p>	<p>A fost menționat proiectul ITOM (Illegal Trade on Online Marketplaces), derulat la nivel european, care are drept scop dezvoltarea de metode pentru combaterea comerțului ilicit prin intermediul piețelor virtuale. La nivel național, Agenția Națională Antidrog a dezvoltat un indicator de monitorizare online a interesului pentru etnobotanice, cel mai folosit termen pentru noile substanțe psihoactive. La nivel național, s-a identificat o tendință descendentă privind acest fenomen.</p>
2	<p>2820B/ 08.03.2016</p> <p>Corelările dintre prevalența consumului de droguri cu cel al consumului de alcool și tutun.</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>1. Ce programe de prevenire a consumului ilicit de droguri derulează MAI? 2. Ce strategii de informare a categoriilor vulnerabile desfășoară MAI privind deținerea și consumul de droguri ilegale? 3. Ce acțiuni a întreprins MAI privind eliberarea medicamentelor tranchilizante, sedative, antidepresive? 4. Câte dosare penale au fost instrumentate în anul 2014 sau sunt în lucru în anul 2015 privind deținerea și consumul ilicit de droguri?</p>	<p>Programele, proiectele și intervențiile universale selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, derulate la nivel național sau local, sunt subsumate obiectivelor globale de prevenire: întârzierea debutului consumului de droguri, promovarea comportamentelor de non-consum, reducerea frecvenței și/ sau cantității în cazul utilizării, prevenirea trecerii de la consumul recreațional de uz/ abuz/ dependență, prevenirea sau reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.</p> <p><i>Documentele publice Strategia Națională Antidrog 2013-2020 și Planul de Acțiune 2013-2016.</i></p> <p>1. Programului Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 2. Programul de Interes Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018.</p> <p>MESAJUL MEU ANTIDROG</p> <p>Dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflate într-o formă de învățământ, prin intermediul programelor școlare și de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri; Creșterea influenței factorilor de protecție pentru evitarea sau cel puțin întârzierea debutului consumului de alcool, tutun și droguri; Sensibilizarea și educarea populației școlare în scopul evitării consumului experimental/ recreațional de droguri și trecerii la cel regulat.</p> <p>„NECENZURAT”</p> <p>Formarea de abilități de viață sănătoasă în rândul populației școlare de 12-14 ani în cadrul a 12 activități interactive; Formarea de abilități generale privind consolidarea relațiilor familiale, controlul și soluționarea conflictelor; Exersarea comunicării în familie și formarea de atitudini potrivite cu privire la consumul de droguri, în special alcool și tutun.</p> <p>“FRED GOES NET - Intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/</p>

			<p>depistați pentru prima oară”</p> <p>Crește accesibilitatea tinerilor care se află în riscul de a deveni dependenți de droguri la serviciile integrate de prevenire și asistență;</p> <p>Sunt inițiate măsuri în vederea schimbării comportamentului acestui grup țintă;</p> <p>Sunt stabilite legături/ rețele între instituțiile care lucrează cu tinerii și cele din domeniul prevenirii și asistenței dependentei de droguri;</p> <p>Se sporește șansa intervenției timpurii și rapide, evitându-se/ diminuându-se astfel riscul condamnării, discriminării sau marginalizării tinerilor cu risc de a deveni dependenți;</p> <p>Sunt responsabilizați mai mulți factori în corectarea comportamentului la risc, nu doar poliția, ci și școala, angajatorii sau familia;</p> <p>Este asigurat caracterul integrat al intervențiilor de prevenire și al celor de asistență a consumatorilor de droguri.</p> <p>La nivel național, Agenția Națională Antidrog derulează campanii de informare/ prevenire privind consumul de droguri.</p>
3	<p>460920/ 28.03.2016</p> <p>Privind măsuri pentru combaterea migrației clandestine</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Dacă este pregătit MAI pentru a preîntâmpina, limita și controla fenomenul migrației clandestine; Măsuri specific implementate de structuri ale MAI, inclusiv Agenția Națională Antidrog.</p>	<p>Competențele specifice Agenției Naționale Antidrog sunt în aria politicilor publice privind prevenirea și combaterea consumului ilicit de droguri.</p> <p>Agenția Națională Antidrog în colaborare cu structurile competente cu gestionarea migrației va lua toate măsurile pentru a monitoriza problematica traficului și consumului de droguri în rândul migranților.</p>
4	<p>462211/ 18.04.2016</p> <p>Implicațiile consumului de droguri în ceea ce privește conducătorii auto</p>	<p>Destinatar: Agenția Națională Antidrog</p> <p>Acțiunile întreprinse de Agenția Națională Antidrog în parteneriat cu I.G.P.R. privind acest fenomen: conducerea sub influența substanțelor psihoactive.</p>	<p>La nivel național, Agenția Națională Antidrog asigură implementarea politicilor privind prevenirea și combaterea traficului ilicit de droguri. Între Agenția Națională Antidrog și alte structuri ale Ministerului Afacerilor Interne au fost derulate mai multe sesiuni de formare având scop perfecționarea personalului cu atribuții în domeniul prevenirii consumului de droguri.</p> <p>În acest context, au fost derulate 787 sesiuni de informare și documentare, fiind instruiți și lucrători din cadrul I.G.P.R. privind utilizarea de teste de depistare a consumului de droguri în rândul conducătorilor auto.</p>

5.	<p>462559/ 22.04.2016</p> <p>Măsuri de combatere a consumului de etnobotanice și efectelor acestora pe raza județului Vaslui.</p>	<p>Destinatar: Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Care sunt principalele măsuri întreprinse de către MAI pentru prevenirea și combaterea consumului de etnobotanice?</p> <p>Care sunt rezultatele evaluărilor naționale privind acest fenomen?</p> <p>Dacă se are în vedere crearea unor centre specializate de recuperare pentru consumatori?</p> <p>Ce reglementări pot fi modificate pentru a eficientiza acțiunea autorităților implicate?</p>	<p>Raportat la competențele specifice reglementate prin H.G. nr. 461/ 2011, Agenția Națională Antidrog și-a propus să creeze un nou sistem național al politicilor publice în domeniul antidrog prin alinierea la standardele europene în ceea ce privește rolul societății civile și al celorlalte entități cu responsabilități în domeniul antidrog, prin consolidarea parteneriatului cu acestea și identificarea, împreună, a unei soluții optime, unitare și adecvate realităților actuale românești pentru realizarea cu succes a tuturor activităților și obiectivelor incluse în Planurile de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog.</p> <p>Prin măsuri legislative specifice, numărul magazinelor de "etnobotanice" a fost redus de la 158 în anul 2011, la niciun magazin în anul 2013.</p> <p>Campaniile de prevenire derulate la nivelul județului Vaslui: <i>Mesajul meu Antidrog 2016</i> <i>Colorează-ți viața altfel, fără droguri, prin sport!</i> <i>Un stil de viață durabil pentru mine și cei din jur</i> <i>Educația pentru un stil de viață sănătos</i> <i>Anturajul negativ</i> <i>FUMSTOP!</i> <i>Dă-i vieții culoare și altfel!</i></p>
6.	<p>3018 B/ 26.04.2016</p> <p>Trafic de droguri în Constanța</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Ce măsuri sunt luate pentru intensificarea combaterii traficului de droguri pe raza județului Constanța?</p> <p>Ce programe de prevenire se implementează privind prevenirea traficului și consumului de droguri?</p>	<p>Activitățile de prevenire sunt dezvoltate în acord cu principiile și obiectivele Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, cele universale în mediul școlar fiind derulate, în special, de către Ministerul Educației, cele 47 CPECA ale Agenției Naționale Antidrog, în parteneriat cu organizații neguvernamentale.</p> <p>În România, școala este spațiul predilect pentru dezvoltarea intervențiilor de prevenire universală, incluzând activități standard de informare, dezvoltare de abilități și competențe personale, modalități de instruire-formare de tip <i>peer-to-peer</i> (educație între egali). De exemplu, proiectul Necenzurat, centrat pe dezvoltarea aptitudinilor și competențelor elevilor de 12-14 ani a fost inițial implementat într-un sector din București și extins, în anul 2012, la nivel național. Similar, sunt dezvoltate numeroase proiecte locale care au ca scop fie conștientizarea asupra consecințelor consumului de droguri, fie oferirea de alternative sănătoase la un astfel de consum, precum activitățile sportive. Intervențiile preventive în familie sunt implementate preponderent la nivel local și urmăresc întărirea rolului părinților ca factor de protecție în prevenirea debutului precoce în consum de droguri al copiilor.</p> <p>Prevenirea în comunitate este în mare măsură orientată către furnizarea de informații despre substanțele ilicite prin intermediul diverselor campanii locale sau naționale. Prevenirea selectivă este preponderent orientată către tinerii care frecventează spațiile recreative, precum festivaluri, concerte, grupurile populaționale de etnie romă, persoanele aflate în detenție, foști consumatori de droguri, victime ale violenței domestice și tineri care părăsesc sistemul public de protecție socială.</p> <p><i>Proiecte de prevenire naționale/ regionale/ locale:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Necenzurat - derulat în 16 unități școlare din Constanța, vizează prevenirea consumului de droguri pentru adolescenți. Mesajul meu antidrog – dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul populației școlare, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos Programul „Să știi mai multe, să fii mai bun” - „Ora

		<p>antidrog altfel" (au participat 18 unități de învățământ)</p> <p>4. „Fred goes Net” - intervenții timpurii asupra consumatorilor depistați prima oară</p> <p>5. Proiectul „Safe party” - conștientizarea riscurilor privind consumul de tutun, alcool și alte droguri</p> <p>6. Proiectul „Cutiuța cu emoții” - prevenirea debutului în consumul de droguri (11 activități, 226 preșcolari beneficiari)</p> <p>7. Proiectul „Învăț să decid” - creșterea nivelului de informare privind riscurile asociate consumului de alcool și tutun</p> <p>8. Proiectul „Marijuana - un drog periculos” 2016, creșterea nivelului de informare privind riscurile asociate consumului de marijuana</p> <p>9. Proiectul „Adolescența fără droguri și violență” - prevenirea consumului de droguri și a violenței în unitățile de învățământ liceale</p> <p>10. Proiectul „Siguranța ta are prioritate”, axat pe prevenirea comportamentelor de risc</p> <p>11. Proiectul „Prin sport pentru sănătate”</p> <p>12. Proiectul „Nu în casa mea, nu pe strada noastră, nu în școala noastră - STOP Drogurilor și Violenței” - axat pe prevenirea comportamentelor de risc la vârsta adolescenței</p> <p>14. Proiectul „Spune Nu comerțului cu moartea” - formare de voluntari, cu accent pe necesitatea formării unor deprinderi pentru un stil de viață sănătos</p> <p>15. Proiectul „Emoțiile - prieten sau dușman” - dezvoltarea abilităților la elevi în vederea prevenirii apariției unor comportamente indezirabile.</p>
--	--	--

Sursa: ANA

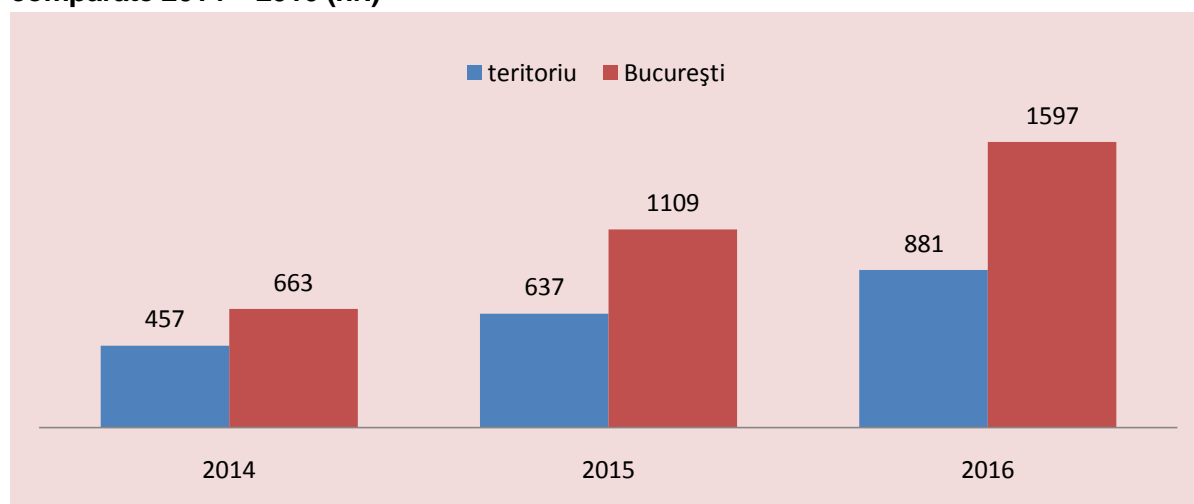
În 2016, a avut loc evaluarea Planului de Acțiune 2013-2016 privind implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2012-2020, raportul de evaluare fiind în curs de finalizare.

1.1.2 Implementarea legilor

Principalul act normativ care a produs efecte în domeniu și în anul 2016 este reprezentat de Noul Cod de Procedură Penală. Intrarea în vigoare a prevederilor, 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, a generat restructurarea nevoii de tratament, scoțând la „suprafață” consumatorii de cannabis și determinându-i să urmeze un program de tratament.

În contextul menționat mai sus, Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT) a emis, în anul 2016, ordonanțe de evaluare pentru consum de droguri pentru 2478 persoane (1597 în București și 881 în restul țării), cu 42% mai mult decât în anul precedent.

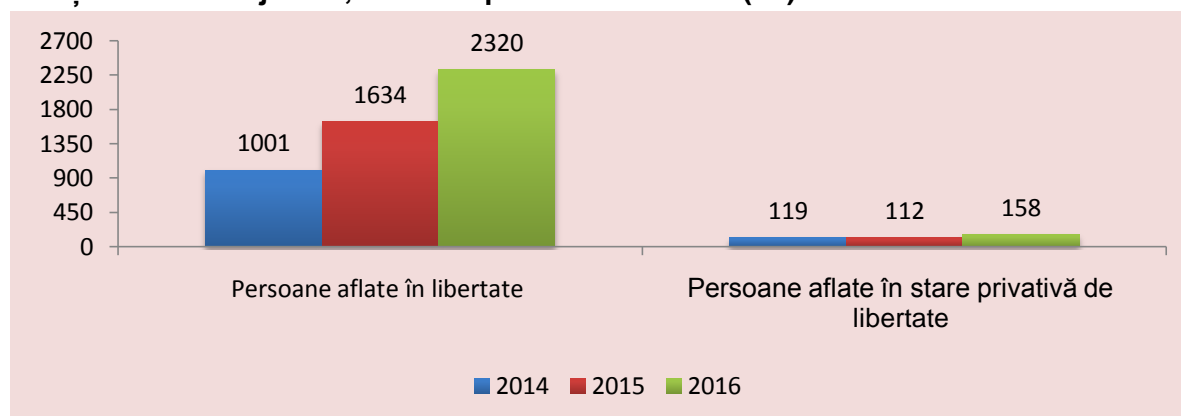
Grafic 1-1: Distribuția teritorială a ordonanțelor de evaluare emise de DIICOT, date comparate 2014 – 2016 (nr.)



Sursa: ANA

În funcție de statutul juridic al persoanelor pentru care a fost emisă ordonanța de evaluare, 94% - erau în libertate și 158 persoane - 6% - erau în stare privativă de libertate.

Grafic 1-2: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de statutul juridic, date comparate 2014 – 2016 (nr.)

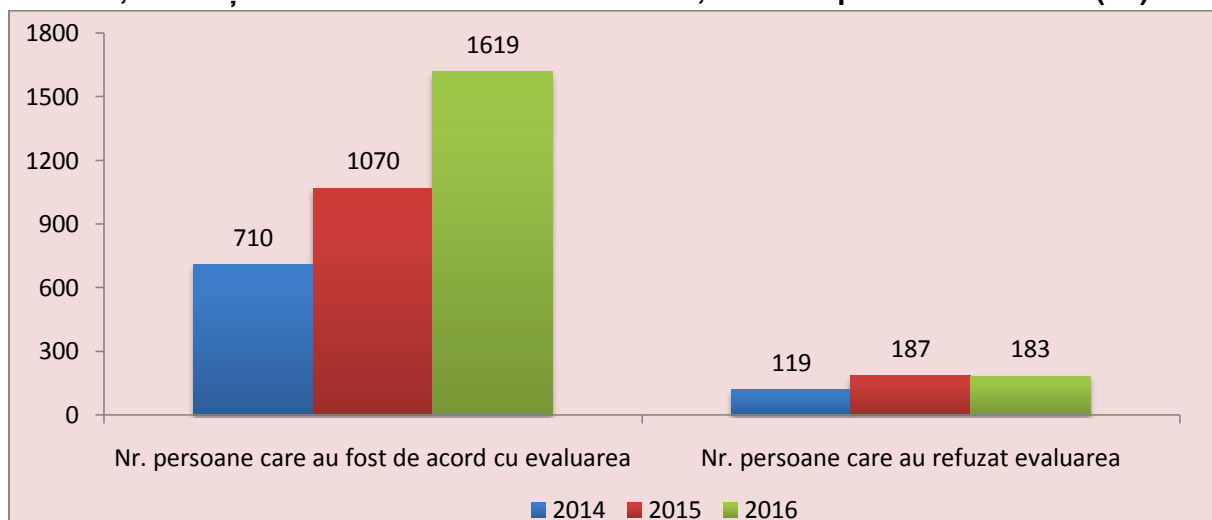


Sursa: ANA

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.

În comparație cu anii anteriori, se remarcă o creștere a adresabilității pentru serviciile de evaluare, de la 71 în anul 2014, la 1619 în anul 2016 și o diminuare a raportului dintre persoanele care au refuzat evaluarea și cele care au fost de acord cu efectuarea sa.

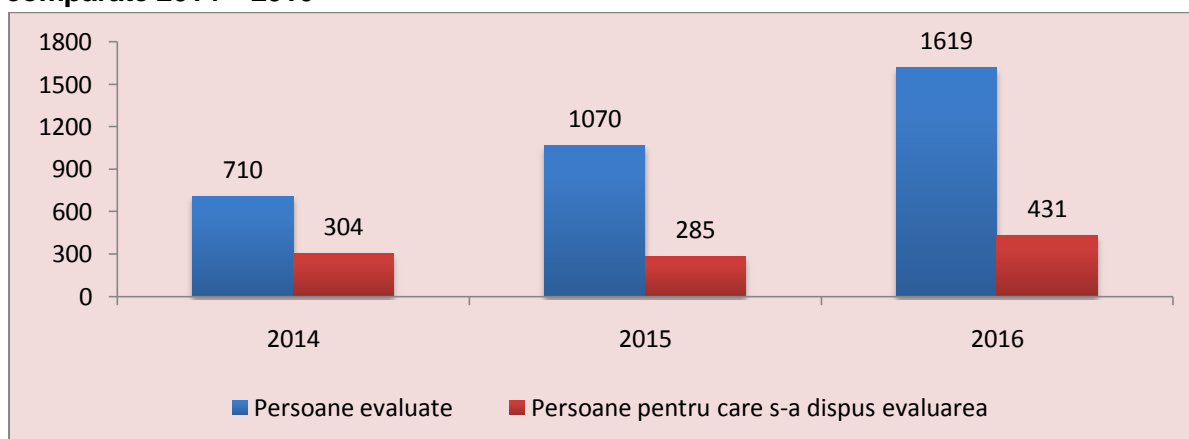
Grafic 1-3: Distribuția numărului de persoane pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de acordul/ dezacordul evaluării, date comparate 2014 – 2016 (nr.)



Sursa: ANA

Pentru 183 persoane, reprezentând 10,2% din totalul celor evaluate pentru consum de droguri, a fost formulată recomandarea privind includerea în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri. În cazul acestora, severitatea dependenței a impus acordarea unor intervenții specializate.

Grafic 1-4: Distribuția numărului de persoane care au fost incluse în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri, din numărul total de persoane evaluate, date comparate 2014 – 2016



Sursa: ANA

De asemenea, în anul 2016, 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.

Fără a reprezenta, în mod explicit, implementarea unor reglementări juridice în domeniul drogurilor, verificările realizate de comisiile mixte de control¹ au avut ca scop stoparea comercializării de noi substanțe psihoactive, prin aplicarea dispozițiilor legale existente în diferite domenii, cum ar fi: legislația societăților comerciale; legislația referitoare la documentele de proveniență a mărfurilor; legislația referitoare la respectarea condițiilor de depozitare, păstrare și expunere la comercializare prevăzute de producător; legislație referitoare la etichetarea produselor supuse comercializării; legislația în domeniul financiar-contabil și al respectării normelor fiscale în vigoare; legislația referitoare la condițiile igienico-sanitare de funcționare a unităților și a stării de sănătate a personalului etc.

Măsurile operative au vizat identificarea tuturor locurilor în care se comercializează și se consumă noi substanțe 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.

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 noi substanțe psihoactive, în martie 2011, la momentul adoptării Programului de măsuri, fiind identificate 158 astfel de unități.

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.

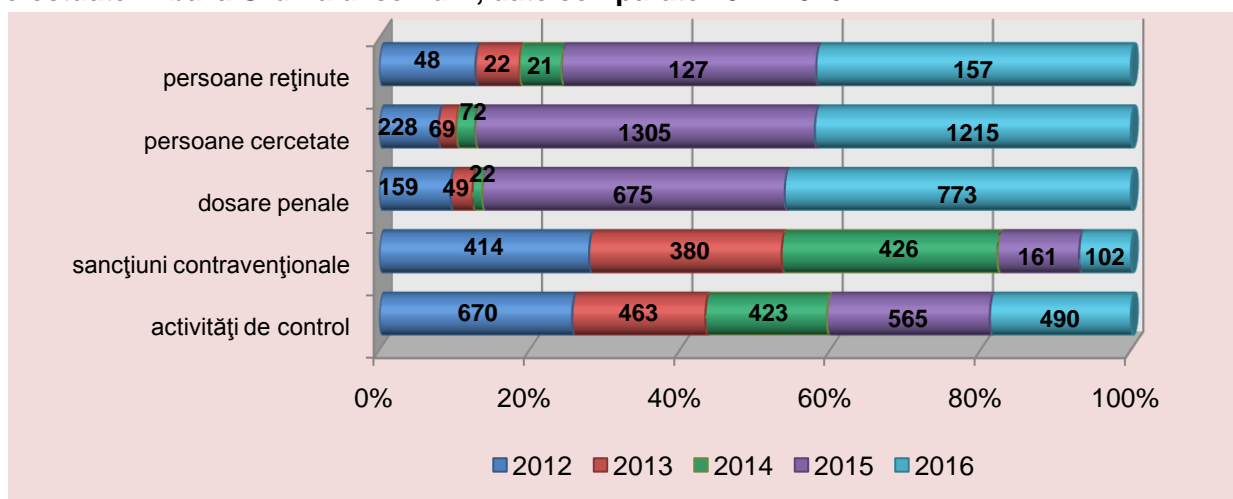
Cele mai importante rezultate înregistrate în anul 2016, ca urmare a implementării măsurilor menționate mai sus, au fost:

- au fost verificate 89 unități comerciale suspecte de a pune în vânzare noi substanțe psihoactive (de tip sex shop, internet-cafe, baruri, cluburi, florării, magazine de semințe etc.) - cu 81% mai puține decât în anul anterior - și s-au efectuat 490 controale (cu 13% mai puține decât în anul anterior), unele dintre unități fiind reverificate în cadrul acestora. Ca urmare a acestor activități, organele de control au aplicat în 2016, 102 sancțiuni contravenționale, fiind constatate încălcări ale dispozițiilor legale în vigoare privind: unele norme de conviețuire socială, nerespectarea ordinii și liniștii publice, drepturile consumatorului și protejarea populației împotriva activităților comerciale ilicite. De asemenea, au fost întocmite 773 dosare penale (cu 15% mai multe decât în anul anterior), au fost cercetate 1215 persoane (cu 7% mai puține decât în 2015) și reținute 157 persoane (cu 24% mai mult decât în 2015), sub aspectul săvârșirii de infracțiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și 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.

¹ 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)

Anul 2016 consemnează o scădere a disponibilității noilor substanțe psihoactive pe piața drogurilor din România. Astfel, au fost realizate 182 capturi (în scădere față de anul 2015, când au fost realizate 284 capturi) și au fost confiscate doar 0,336 kg și 40 de comprimate de noi substanțe psihoactive, cantitate în scădere față de anii precedenți (2015 – 5,188 kg, 2014 – 6,7 kg, 2013 – 16,431 kg, 2012 – 1,5 kg). Cu toate acestea, se constată o creștere a numărului de capturi de 2C-X.

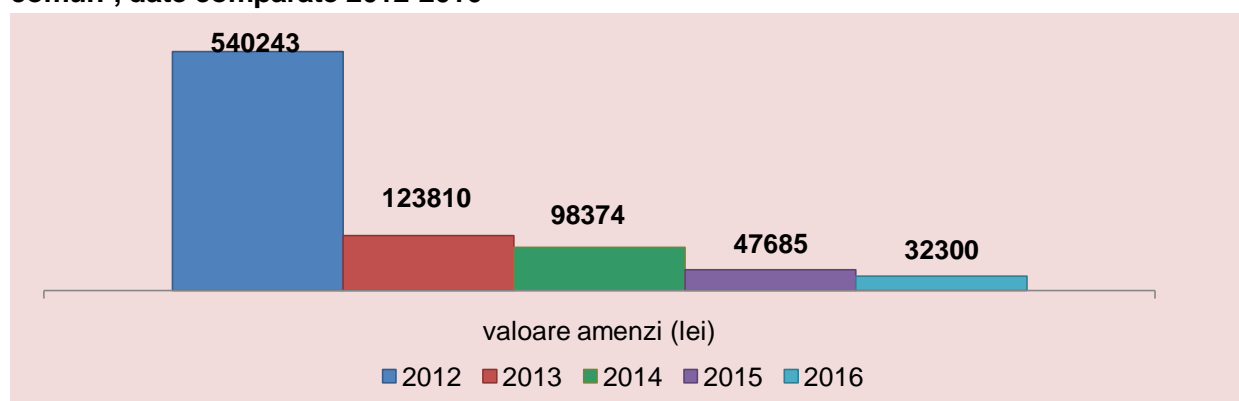
Grafic 1-5: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun², date comparate 2012-2016



Sursa: ANA

Totodată, au fost aplicate amenzi în valoare de 32,298 lei și au fost confiscate 17272 grame și 4802 plicuri conținând noi substanțe psihoactive.

Grafic 1-6: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor, efectuate în baza Ordinului comun³, date comparate 2012-2016



Sursa: ANA

În ultimii cinci ani, datele privind capturile de NSP evidențiază o tendință în scădere a disponibilității pe piața ilicită a drogurilor. În anul 2016, nu au fost înregistrate capturi semnificative de noi substanțe psihoactive.

² Idem

³ Idem

Pentru prevenirea comercializării și consumului substanțelor/ produselor noi cu efecte psihoactive, în anul 2016, au continuat acțiunile de monitorizare și control prevăzute în planul de măsuri.

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), Agenția Națională Antidrog a monitorizat semnalările comunicate de statele membre. În anul 2016, au fost transmise la nivel european 76 notificări și 15 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 17 substanțe noi identificate pe teritoriul național.

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

România a adoptat gradual, alături de statele membre ale Uniunii Europene, un ansamblu de măsuri legislative destinate construcției și consolidării continue a cadrului legal și instituțional național, în scopul prevenirii și combaterii traficului și consumului de droguri. Astfel, țara noastră înregistrează progrese importante în lupta împotriva fenomenului drogurilor, având în prezent, reglementări naționale unitare și coerente, conforme cu standardele europene și internaționale actuale, pe care dorește să le ajusteze în perspectiva implementării prevederilor operaționale cuprinse în documentele de rezultat post - UNGASS 2016.

În calitatea sa de coordonator național al politicilor antidrog, Agenția Națională Antidrog a elaborat și a continuat să implementeze, pe parcursul anului 2016, alături de alte autorități naționale responsabile, următoarele documente de politici publice: *Strategia națională antidrog 2013-2020 și Planul de acțiune pentru perioada 2013-2016, 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.*

Finanțarea activităților prevăzute în Planul de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 a fost gândită a se realiza și prin punerea în aplicare a Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015-2018 (buget general de 27836140 lei) și a Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015-2018 (buget general de 12571160 lei).

Anual, Agenția Națională Antidrog a elaborat rapoarte de monitorizare a activităților prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale

Documentul programatic central de politici publice specifice, care orientează sinergic eforturile întreprinse în domeniul luptei antidrog la nivel național, de autoritățile responsabile și organisme specializate ale societății civile, este Strategia Națională Antidrog 2013-2020⁴, care își propune *“să aducă un plus de valoare în ceea ce privește reacția statului român la*

⁴ Aprobata prin 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, disponibil la http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/documente%20strategice%20nationale/SNA_PNA.pdf

problematica drogurilor, prin dezvoltarea mecanismelor de coordonare, colaborare interinstituțională, transparență decizională, cercetare și analiză strategică”.

Strategia dezvoltă cadrul național de politici, vizând abordarea fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și precursori. Documentul a fost elaborat în urma unui proces de largă consultare cu toți actorii instituționali relevanți la nivel național și reflectă îndeaproape obiectivele și prioritățile Strategiei Europene Antidrog 2013-2020.

Strategia se înscrie în cadrul normativ european și național și respectă principiile fundamentale ale Uniunii Europene: respectul față de demnitatea umană, libertatea, democrația, egalitatea și statul de drept și propune o abordare integrată, echilibrată, fundamentată științific, în ceea ce privește noile probleme cu care se confruntă societatea românească din perspectiva fenomenului drogurilor:

- policonsumul de droguri, inclusiv consumul de combinații de droguri și alcool;
- extinderea rapidă a consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive;
- dinamica piețelor drogurilor, generată inclusiv de utilizarea internetului ca mijloc de distribuție a drogurilor;
- abuzul de medicamente;
- deturnarea precursorilor de droguri;
- calitatea serviciilor de reducere a cererii de droguri;
- incidența Hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri injectabile și riscul unei epidemii HIV și a altor boli asociate.

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 abordează integrat și echilibrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea a 5 obiective generale:

1. **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 (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 20 de obiective specifice);
2. **Reducerea ofertei** de droguri prin identificarea și destructurarea rețelelor de trafic, reducerea disponibilității drogurilor pe piață și utilizarea eficientă a sistemului de aplicare a legii, concomitent cu dezvoltarea unor mecanisme instituționale de monitorizare și control, coordonate și adaptate nevoilor actuale și situației reale a fenomenului și care să susțină în mod viabil măsurile de luptă împotriva acestuia (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 4 obiective specifice);
3. **Coordonarea în domeniul drogurilor** - urmărește asigurarea unui concept unitar de acțiune în domeniul problematicei drogurilor și precursorilor, monitorizarea implementării politicilor naționale în domeniul drogurilor, utilizarea eficientă a resurselor și maximizarea rezultatelor intervențiilor realizate (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 8 obiective specifice);
4. În domeniul **cooperării internaționale**, se urmărește reafirmarea angajamentului României, asumat prin documentele internaționale și prin cele bilaterale sau multilaterale la care țara noastră este parte și consolidarea poziției ca partener activ

în efortul mondial de reducere a cererii și ofertei de droguri precum și a traficului de precursori (direcție principală de acțiune pentru care sunt 6 obiective specifice);

5. **Îmbunătățirea nivelului de cunoaștere a problematicii drogurilor la nivel național** pornind de la evidențe științifice, prin monitorizare, cercetare și informare (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 7 obiective specifice).

Pe fiecare dintre direcțiile principale de acțiune prevăzute, Agenția Națională Antidrog cooperează cu o serie de actori instituționali specializați, care și-au asumat ca priorități obiectivele specifice și acțiunile subsecvente acestora, de la Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ministerul Tineretului și Sportului, Ministerul Justiției, Direcția pentru Combaterea Criminalității Organizate, Poliția Română, serviciile de informații naționale și până la structurile interesate din zona societății civile – culte și organizații neguvernamentale care activează preponderent în domeniul reducerii cererii de droguri.

Perioada de referință pentru Strategia Națională Antidrog acoperă intervalul 2013-2020, îndeplinirea obiectivelor propuse fiind asigurate prin transpunerea în practică a două planuri de acțiune, ale căror rezultate vor fi evaluate individual la finalul fiecăruia. Planurile de acțiune necesare implementării Strategiei, cuprind activitățile concrete și *indicatorii cantitativi și calitativi aferenți fiecărei acțiuni* asumate de instituțiile responsabile.

Suportul financiar al strategiei este prevăzut a fi asigurat prin utilizarea a două paliere de finanțare, respectiv:

1. atragerea și valorificarea optimă a fondurilor externe nerambursabile la nivelul Uniunii Europene și a altor organisme internaționale în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri;
2. asigurarea creditelor bugetare necesare susținerii financiare a programelor și activităților destinate reducerii cererii și ofertei de droguri prin bugetele ordonatorilor principali de credite, potrivit obiectivelor și priorităților stabilite de aceștia prin bugetele anuale, la nivelul instituțiilor publice naționale și locale implicate, cu încadrarea în limitele bugetare alocate acestora conform legilor bugetare anuale.

În documentul final de aprobare se prevede că *“Strategia Națională Antidrog 2013-2020 se implementează în limita fondurilor alocate, conform prevederilor legale în vigoare, ordonatorilor de credite implicați, prin legile anuale ale bugetului de stat.”*

1.2.1.1 Strategiiile județene antidrog

Agenția Națională Antidrog este structura specializată din cadrul Ministerului Afacerilor Interne, mandatată de Guvernul României să asigure elaborarea și coordonarea implementării Strategiei Naționale Antidrog, alături de celelalte autorități implementatoare relevante.

Prin intermediul rețelei sale naționale de unități teritoriale specializate (47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog), asigură coordonarea necesară la nivel local pentru implementarea a 48 de strategii locale antidrog, asumate de autoritățile din fiecare județ și municipiul București.

1.2.1.2 Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea strategiei naționale antidrog 2013-2020

Din punct de vedere al documentului strategic principal în domeniu, Strategia Națională Antidrog 2013-2020, anul 2016 a reprezentat implementarea și monitorizarea planului de

acțiune pentru perioada 2013-2016 și elaborarea și promovarea planului de acțiune pentru perioada 2017-2020. Acesta din urmă, întocmit cu consultarea partenerilor instituționali, se află în circuitul instituțional de avizare de către instituțiile abilitate și aprobare de către Guvernul României.

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.

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

Evaluarea implementării politicilor publice antidrog se realizează periodic prin intermediul monitorizării stadiului implementării strategiei naționale antidrog și a performanței înregistrate în atingerea obiectivelor acesteia, precum și prin intermediul unor evaluări independente.

Cea mai recentă evaluare a unei strategii antidrog în România este cea realizată în anul 2013 de către Fundația Romanian Angel Appeal (RAA), cu sprijinul financiar al UNICEF România, având ca obiect Strategia Națională Antidrog 2005-2012, implementată anterior. Utilizând criteriile precum relevanța, eficacitatea, eficiența, sustenabilitatea și impactul în estimarea gradului de realizare a obiectivelor și direcțiilor principale de acțiune ale strategiei menționate, studiul evaluativ al RAA a furnizat și o serie de recomandări necesare a fi avute în vedere în procesul de elaborare al următoarei strategii naționale antidrog, precum: întărirea cooperării dintre instituțiile publice cu responsabilități în implementarea Strategiei Naționale Antidrog sau consolidarea instituțională a ANA și a rolului său de coordonator național al politicilor antidrog.

În 2017, a fost realizată (în variantă preliminară) evaluarea primului Plan de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog. Concluziile acestui demers sunt luate în considerare la aplicarea următorului Plan de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog.

Derulată în perioada aprilie – septembrie 2017, evaluarea a fost inițiată și elaborată de o echipă de specialiști din cadrul Agenției Naționale Antidrog (evaluare internă), respectând prevederile Strategiei Naționale Antidrog în ceea ce privește metodologia și mecanismele de monitorizare și evaluare a acesteia.

Evaluarea a fost una de tip ex-post, analizând performanțele înregistrate la finalizarea implementării primului Plan de acțiune 2013-2016 și este, în același timp, o evaluare intermediară a implementării Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020. Demersul a abordat integral toate componentele strategiei: cele două domenii de politică (sau piloni) privind reducerea cererii și ofertei de droguri, precum și cele trei teme transversale de coordonare, cooperare internațională și informare, cercetare, monitorizare și evaluare.

Obiectivele misiunii de evaluare au fost:

1. Evaluarea acțiunilor/ măsurilor propuse și implementate prin Strategia Națională Antidrog 2013-2020 și planurile de acțiune (2013-2016) în toate ariile: reducerea cererii (1) și ofertei de droguri (2), cooperare internațională (3), coordonare interinstituțională (4), informare, cercetare și evaluare (5).
2. Identificarea realizărilor și a lecțiilor învățate în urma implementării Planului de acțiune 2013-2016.

Evaluarea a vizat 13 dimensiuni de cercetare care se referă la criteriile eficacității, eficienței, relevanței și coerenței Strategiei Naționale Antidrog și a planului de acțiune.

Evaluarea s-a bazat pe trei abordări :

1. Analiza informațiilor disponibile în statistici oficiale, în rapoarte de activitate și de cercetare (emise de ANA sau de alte instituții care au legătură cu domeniul drogurilor), în documente legislative, comunicate oficiale, pagini de Internet. Datele astfel colectate au fost utilizate la descrierea contextului socio-legislativ al implementării Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 prin Planul de acțiune 2013-2016, precum și la completarea/ confirmarea informațiilor colectate de la diverse instituții sau organizații care au participat la procesul de evaluare.
2. Colectarea și analiza datelor calitative prin interviuri individuale, realizate cu reprezentanții instituțiilor sau organizațiilor partenere care au contribuit la implementarea Planului de acțiune 2013-2016.
3. Colectarea și analiza datelor cantitative, obținute prin completarea chestionarelor transmise pe fiecare domeniu a Planului de acțiune, de la instituțiile sau organizațiile partenere care au contribuit la implementarea Planului de acțiune 2013-2016 (71 de chestionare transmise, la care au trimis răspuns 40 parteneri în 2015; 71 de chestionare transmise, la care au trimis răspuns 50 parteneri în 2016; 70 de chestionare transmise, la care au trimis răspuns 40 parteneri în 2017).

Raportul de evaluare a Planului de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020 reflectă rezultatele obținute de instituțiile guvernamentale și organizațiile neguvernamentale în efortul de definire, implementare și monitorizare a politicilor naționale în domeniul drogurilor pe segmentele de reducere a cererii și ofertei de droguri. Cu mențiunea că datele prezentate sunt unele preliminare și fără a putea prezenta deocamdată concluzii de ordin calitativ, situația sintetică în ceea ce privește implementarea Planului de acțiune 2013-2020 este următoarea: din totalul celor 171 de activități specifice (subsecvente celor 44 de obiective) – 122 (71%) au fost realizate; 30 (18%) erau în curs de realizare la finalul perioadei de implementare și 19 activități (11%) au fost identificate ca nerealizate.

Tabel 1- 2: Implementarea Planului de acțiune 2013-2020

	Nr. obiective	Nr. activități	Realizate	În curs de realizare	Nerealizate
PLAN DE ACȚIUNE 2013-2016	44 obiective	171 activități	122	30	19
			71%	18%	11%
Cap. I. REDUCEREA CERERII DE DROGURI	20 obiective	77 activități	47	18	12
A. Prevenirea consumului de droguri	10 obiective	28 activități	19	6	3
A.1 Prevenirea în școală	2 obiective	12 activități	7	3	2
A.2. Prevenirea în familie	2 obiective	4 activități	3	1	0
A.3. Prevenire comunitară	3 obiective	6 activități	5	0	1
A.4. Campanii de reducere a cererii de droguri	3 obiective	6 activități	4	2	0
B. Asistența consumatorilor de droguri	10 obiective	49 activități	28	12	9
B.1. Identificarea, atragerea și motivarea consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată	5 obiective	28 activități	16	5	7
B 2. Asistența specializată în vederea integrării sociale a consumatorilor de droguri	5 obiective	21 activități	12	7	2
Cap. II. REDUCEREA OFERTEI DE DROGURI	4 obiective	20 activități	20	0	0
Cap.III. COORDONARE	8 obiective	34 activități	26	6	2
Cap. IV. COOPERARE INTERNAȚIONALĂ	6 obiective	15 activități	7	3	5
Cap.V. CERCETARE, EVALUARE ȘI INFORMARE	6 obiective	25 activități	22	3	0

Sursa: ANA

1.2.3 Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 își propune să aducă un plus de valoare în ceea ce privește reacția statului român la problematica drogurilor, prin dezvoltarea mecanismelor de coordonare, colaborare inter-instituțională, transparență decizională, cercetare și analiză strategică.

Conform documentului juridic de înființare, Agenția Națională Antidrog, organizată în subordinea Ministerului Afacerilor Interne, este entitatea instituțională cu rol coordonator în România în ceea ce privește politicile publice antidrog, mandatată să :

- elaboreze, pe baza propunerii instituțiilor cu atribuții în domeniu, proiectul Strategiei naționale antidrog și planul său de acțiune și să le supună spre aprobare Guvernului;
- asigure coordonarea activității desfășurate de instituțiile, organizațiile guvernamentale implicate în realizarea obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog.

Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT) este structura din cadrul Ministerului Public, specializată în combaterea și investigarea infracțiunilor de criminalitate organizată și terorism, arie în care se încadrează și infracționalitatea la regimul drogurilor. Conform prevederilor celui mai recent document de organizare, DIICOT are atribuții esențiale în coordonarea implementării segmentului de reducere a ofertei de droguri al Strategiei Naționale Antidrog. Începând cu data de 29 decembrie 2016 în cadrul structurii centrale a DIICOT funcționează o secție de combatere a traficului de droguri, cu două servicii: serviciul de combatere a traficului intern de droguri și serviciul de combatere a traficului transfrontalier de droguri.

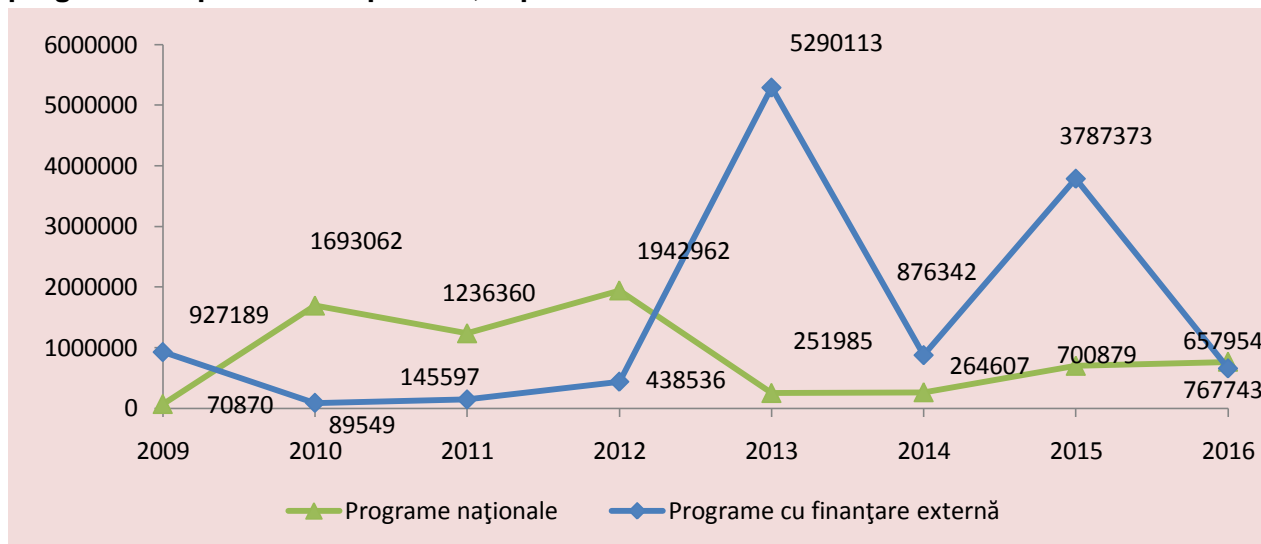
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

În România, alocările financiare necesare îndeplinirii obiectivelor și implementării măsurilor strategice antidrog sunt decise și prevăzute în bugetele anuale ale diverselor autorități implementatoare. Deși sunt disponibile o serie de estimări ale alocărilor financiare și cheltuielilor destinate realizării unor activități cu specific antidrog, completitudinea datelor variază semnificativ în timp.

Similar rapoartelor precedente, în realizarea celui de față nu a fost posibilă aplicarea metodologiei propuse, în special în ceea ce privește cheltuielile publice, întrucât bugetul de stat nu respectă ca structură standardul european COFOG la care se face referire. De asemenea, în bugetele instituțiilor care desfășoară activități antidrog nu sunt prevăzute și nu se pot identifica, separat, cheltuielile specifice pentru aceste activități.

Astfel, la momentul actual, este imposibil de realizat o estimare realistă și fundamentată a cheltuielilor realizate de România pentru implementarea politicilor sale antidrog în anul 2016. Bugetul Agenției Naționale Antidrog este singurul pentru care s-au înregistrat raportări consistente în timp, dar chiar și astfel, nu se poate stabili proporția sa din totalul cheltuielilor înregistrate la nivel național în domeniu. Pentru implementarea măsurilor și priorităților din Strategia Națională Antidrog 2013-2020, ANA a dezvoltat în anul 2016 programe cu finanțare de la bugetul public în valoare de 767743 lei și din resurse financiare internaționale în valoare de 657954 lei.

Grafic 1-7: Evoluția bugetului (RON) Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/ proiectelor specifice, în perioada 2009-2016



Sursa: ANA

CHELTUIELI DIN SURSE PUBLICE

Reducerea cererii de droguri

Începând cu anul 2015, Agenția coordonează implementarea a două programe cu impact strategic, menite să acopere o serie de priorități din domeniul reducerii cererii de droguri, prevăzute în Planul de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog, finanțate exclusiv de la bugetul de stat: Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 (cu un buget estimat de 27836140 lei) și Programul de interes național de prevenire și asistență

medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 (cu un buget estimat de 12571160 lei).

Pe parcursul anului 2016, ANA a utilizat 767743 lei din alocările financiare pentru anul de referință în scopul implementării obiectivelor Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 și 657954 lei pentru implementarea Acordului de finanțare încheiat cu EMCDDA.

Prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative emise prin Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Programului național de sănătate mintală i-a fost alocat în anul 2016 un credit bugetar de 1810 mii lei. Resursele alocate programului trebuiau să acopere asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru 1257 persoane cu toxicodependență (la un cost mediu/ bolnav cu tratament de substituție/ an de 1180 lei) și testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului (12600 teste de depistare a drogurilor în urină la un cost mediu/ test rapid de 9,53 lei). Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog a cheltuit, în anul de referință, în cadrul Programului Național de sănătate mintală pentru tratamentul dependențelor suma de 1732032,6 lei.

Ministerul Tineretului și Sportului a utilizat din fondurile alocate instituției suma de 60124 lei, în cadrul Programului de sprijinire a inițiativelor tinerilor - 15 proiecte desfășurate în 11 județe și în cadrul Programului de centre de Tineret - 3 proiecte desfășurate în 2 județe.

Administrația Națională a Penitenciarelor (Penitenciarul Spital Rahova) a cheltuit, în cadrul subprogramului de inițiere și menținere a tratamentului substitutiv din cadrul penitenciarului, suma de 146878 lei.

Reducerea ofertei de droguri

În anul 2016, Inspectoratul General al Poliției Române a utilizat în întregime bugetul alocat instituției pentru activități antidrog și anume, suma de 2215326 lei.

Autoritatea Națională de Administrare Fiscală - Direcția Generală a Vămilelor a raportat un total al cheltuielilor pentru categoria bunuri și servicii de 1302517 lei.

Tabel 1- 3: Cheltuieli publice realizate în anul 2016 pentru domeniul drogurilor

Suma cheltuită (lei)	Comentarii
767743	ANA – Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 (Reducerea cererii de droguri – prevenire/ asistență)
1732033	Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog (Reducerea cererii de droguri - asistență)
60124	Ministerul Tineretului și Sportului (Reducerea cererii de droguri - prevenire)
146878	ANP- Rahova (Reducerea cererii de droguri - asistență)
2215326	Inspectoratul General al Poliției Române (Reducerea ofertei de droguri)
1302517	Autoritatea Națională de Administrare Fiscală - Direcția Generală a Vămilelor (Reducerea ofertei de droguri – bunuri și servicii)

Sursa: ANA

CHELTUIELI DIN SURSE EXTERNE

Cheltuielile „vizibile” în bugetele sau bilanțurile anuale ale autorităților publice sunt cele alocate programelor cu specific antidrog, inițiate sau implementate de acestea de sine

stător sau în parteneriat cu organisme ale societății civile. Datele colectate vizează așadar nivelul de alocări bugetare și cheltuieli publice nestandardizate.

Reducerea cererii de droguri

Direcția Națională de Probațiune - Proiectul "Consolidarea capacității sistemului românesc de probațiune de a furniza servicii eficiente alternative închisorii"- subprogramul "Alegerea mea", adresat persoanelor consumatoare de alcool și droguri aflate în supravegherea ofițerilor de probațiune. În cadrul acestui proiect, au fost derulate activități, precum: interviuri cu persoane consumatoare de droguri, elaborarea unui ghid pentru experții din cadrul Serviciului de Probațiune, sesiuni de formare. Suma cheltuită în anul 2016 pentru acest proiect a fost de 11038 lei.

Reducerea ofertei de droguri

DIICOT - Proiectul JUST/ 2013/ ISEC/ DRUGS/ AG/ 6412, finanțat de Comisia Europeană și Guvernul României. Obiectivul urmărit în cadrul acestui proiect este întărirea cooperării internaționale în livrarea supravegheată de droguri, activitățile desfășurate în anul 2016 constând în organizarea a 3 grupuri de lucru și a unei conferințe, cuantumul sumei cheltuite fiind de 101788,89 lei.

IGPR - Proiectul "Întărirea capacității administrative și operaționale a structurilor de luptă împotriva traficului de droguri, precursori și substanțe chimice esențiale", finanțatorul fiind Comisia Europeană, prin ISF Police. Termenul de implementare a proiectului este 2016-2018, în anul 2016 nefiind raportate cheltuieli.

CHELTUIELI ALE ORGANIZAȚIILOR NEGUVERNAMENTALE

Organizațiile neguvernamentale cu activitate antidrog relevantă au continuat, în anul 2016, să implementeze proiecte și acțiuni specifice, circumscrise obiectivelor strategice naționale în domeniu utilizând în majoritate surse externe de finanțare.

Astfel, activând în domeniul programelor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, Asociația CARUSEL a cheltuit, în anul de referință, 479030 lei, pentru achiziționarea de consumabile, seringi, materiale sterile necesare funcționării centrului Caracuda - Ferentari; pentru realizarea de activități de *advocacy*, în vederea dezvoltării camerelor de consum de droguri; pentru organizare celei de-a 8-a ediții a școlii de vară "Grupuri de risc și servicii sociale de suport"; și pentru desfășurarea de activități specifice în săptămâna europeană dedicată testării HIV și a VHC și VHB.

În anul 2016, Asociația Română Anti-Sida (ARAS) a furnizat servicii de reducere a riscurilor în cadrul unor proiecte cu finanțare externă (organizația franceză SIDACTION, Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, TBC și Malariei – Proiectul Tratament pentru toți, acum!) sau națională – autoritățile locale, prin contribuția Consiliul General al Municipiului București în cadrul unui proiect comun al Direcției Generale de Asistență Socială a Municipiului București și ARAS (Proiectul "Un pas înainte pentru integrarea socială și profesională a consumatorilor de droguri").

De asemenea, pe parcursul anului 2016 a continuat implementarea proiectului "Întărirea controlului și prevenției HIV/ AIDS, Hepatita B și Hepatita C în România", finanțat în cadrul Mecanismului Financiar Norvegian 2009–2014, programul RO 19, cu un buget alocat de 1373470 Euro, promovat de Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" și având ca partener un consorțiu format din Asociația Română Anti-SIDA, Asociația ALIAT, Asociația PARADA și Romanian Harm Reduction Network (RHRN).

1.4 CONCLUZII

Aspectele principale ale anului 2016, din punct de vedere al cadrului legislativ și al instrumentelor specifice pentru punerea în aplicare a politicilor antidrog în România, sunt următoarele:

- Promovarea și aprobarea proiectelor de modificare a cadrului legislativ în domeniul prevenirii și combaterii traficului, precum și consumului ilicit de droguri, necesare implementării eficiente a politicilor în domeniu.
- Implementarea măsurilor prevăzute în documentele strategice naționale.
- Realizarea evaluării stadiului implementării Planului de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, conform căreia 71% dintre activități au fost realizate, în timp ce, 11% nu au fost realizate, fiind reportate pentru a fi desfășurate în următoarea perioadă de implementare a Strategiei.
- Utilizarea în complementaritate a fondurilor bugetare și din proiecte cu finanțare externă nerambursabilă, în scopul asigurării intervențiilor în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri.

2. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

Potrivit rezultatelor ultimului studiu în populația generală – GPS 2016, la nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului oricărui tip de drog ilicit de 7,6%. Prevalența în ultimul an a acestui tip de consum este de 4,1%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,8%. Față de studiul anterior, se observă creșteri pentru toate cele trei tipuri de consum. Diferențele de tendință, înregistrate pot fi explicate prin revigorarea interesului pentru noile substanțe psihoactive, dar și prin evoluția consumului de cannabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă.

Cannabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România.

După cannabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive (NSP) – 2,5%. Urmează: cocaină/ crack și LSD – câte 0,7%, ecstasy – 0,5%, ciuperci halucinogene – 0,4%, heroină, amfetamine și ketamină – câte 0,3%.

În continuare, sunt prezentate cele mai importante rezultate ale acestui studiu, împreună cu alte date relevante desprinse din analiza altor indicatori epidemiologici, precum “Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri”, “Urgențe medicale datorate consumului de droguri”, “Boli infecțioase asociate consumului de droguri” și “Decese asociate consumului de droguri”.

2.1.CANABIS

2.1.1.Consumul de cannabis în populația generală

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de cannabis de 5,8%. Prevalența în ultimul an a consumului de cannabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.

Indiferent de perioada de timp analizată, consumul de cannabis este mai prevalent în rândul bărbaților, valorile înregistrate fiind de două ori mai mari, comparativ cu nivelul observat în cazul femeilor. Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață cannabis, 4,3% dintre bărbați și 2% dintre femei au consumat în ultimul an, iar 2,1% dintre bărbați și 0,7% dintre femei au declarat un consum actual de cannabis. Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul de cannabis pentru toate cele 3 perioade de referință.

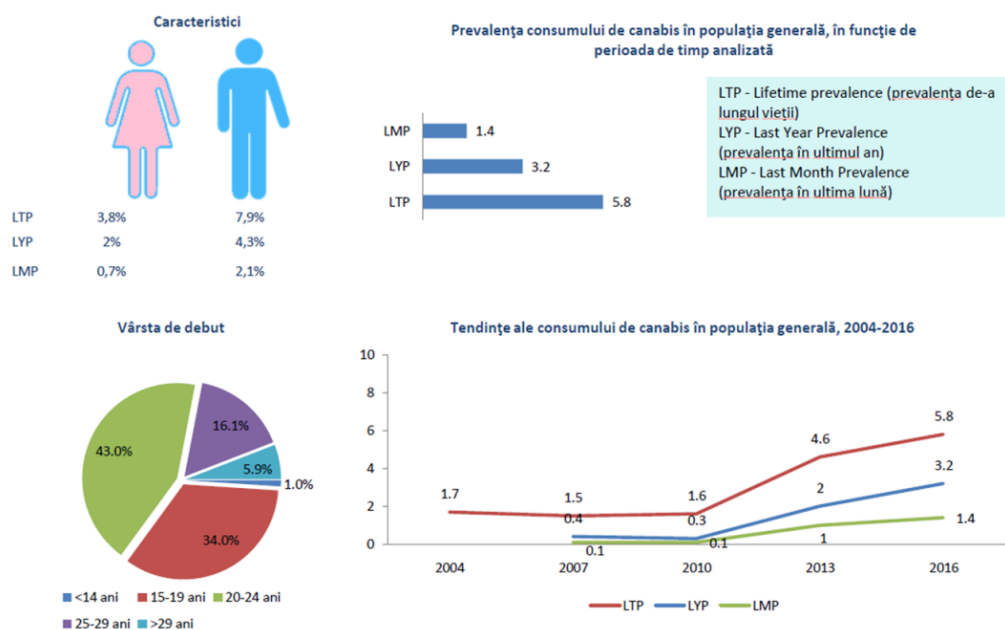
Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 14 ani, iar media vârstei de debut, 21,3 ani. Peste o treime dintre respondenți (35%) au început acest tip de consum la vârsta adolescenței (sub 19 ani), în timp ce, 43% dintre cei chestionați au declarat debut în consumul de cannabis la vârste tinere, 20-24 ani.

Unul din 10 (10%) adulți tineri (15-34 ani) au încercat de-a lungul vieții să fumeze cannabis, unul din 20 (5,8%) au fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de cannabis în ultima lună. Ca și în cazul populației generale, raportul bărbaților tineri consumatori de cannabis la femeile consumatoare din aceeași categorie de vârstă, înregistrează valoarea 2 pentru consumul experimental sau recent și chiar 3 pentru consumul actual. Majoritatea adulților tineri care au fumat cannabis în ultima lună (60% dintre bărbații tineri și 83% dintre

femeile tinere) au declarat un astfel de comportament cu o frecvență între o zi și 3 zile pe săptămână.

Comparativ cu studiul anterior, cannabisul este singura substanță pentru care s-au înregistrat creșteri ale consumului pentru toate cele trei intervale de referință, între 26% (pentru consumul de-a lungul vieții) și 60% (pentru consumul recent).

Grafic 2-1: Caracteristici ale consumului de cannabis în populația generală



Sursa: ANA

2.1.2. Tratatamentul pentru consum de cannabis

Și în anul 2016, cannabisul 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 (48,5%), cât și în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 64,6%). Este pentru al doilea an consecutiv când se înregistrează o astfel de situație, alt drog decât heroina fiind principala substanță de consum pentru care se solicită asistență.

Este important de remarcat faptul că 91% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis reprezintă cazuri noi în sistemul de asistență.

Dintre cele 1719 persoane admise la tratament pentru consum de cannabis în anul 2016, 92% au fost bărbați și 8% femei. Ca urmare a modificărilor legislative din anul 2014 și punerea în aplicare a măsurilor alternative la pedeapsa închisorii, 85% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis, indiferent dacă au mai fost tratate anterior sau nu (cazuri noi), au fost referite către serviciile de asistență de la nivelul instituțiilor de aplicare a legii (instanță, poliție sau probațiune). Dacă pentru toate cazurile care au intrat în tratament în anul 2016, adresabilitatea la serviciile de asistență ca urmare a consumului de cannabis a fost similară pentru persoanele referite de către alte servicii din sistemul medico-

social și a celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (8,7%, respectiv 8,4%), în ceea ce privește cazurile noi, se înregistrează o mai mare adresabilitate către servicii a persoanelor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (7,3% față de 5,4%).

Indiferent de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), 95% dintre consumatorii de cannabis care au solicitat asistență fac parte din populația tânără, în vârstă de cel mult 34 ani.

În corelație cu vârsta, 73,6% din totalul cazurilor de consumatori de cannabis admiși la tratament în anul de referință au declarat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale și 21,8% au absolvit studii superioare. Procente similare se înregistrează și în ceea ce privește nivelul de educație absolvit de persoanele consumatoare de cannabis care nu au mai fost în tratament anterior anului de raportare (73% și 22,6%).

Indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență, 43% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis au declarat că aveau vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani atunci când au inițiat un astfel de comportament.

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, în anul 2016, s-a înregistrat următoarea distribuție a cazurilor în care cannabisul a fost înregistrat ca și drog principal de consum: 84,7% în centre de tip ambulatoriu, 14,4% în regim de tip rezidențial (internare) și 0,9% în regim penitenciar.

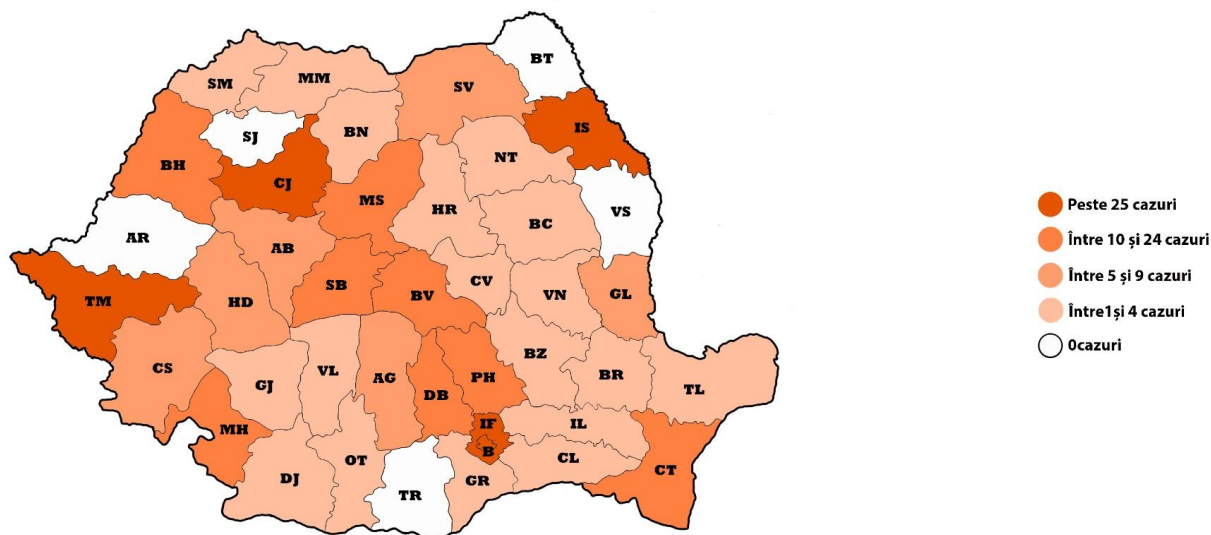
2.1.3. Consum problematic de cannabis

2.1.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de cannabis

În 2016, au fost raportate 543 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de cannabis (consum singular sau în combinație). În ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național, cannabisul a fost menționat în 17,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Cazuistica rămâne concentrată în 4 unități teritoriale (Cluj, Timiș, Municipiul București, și Iași), unde se înregistrează 60,3% din numărul total de cazuri.

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

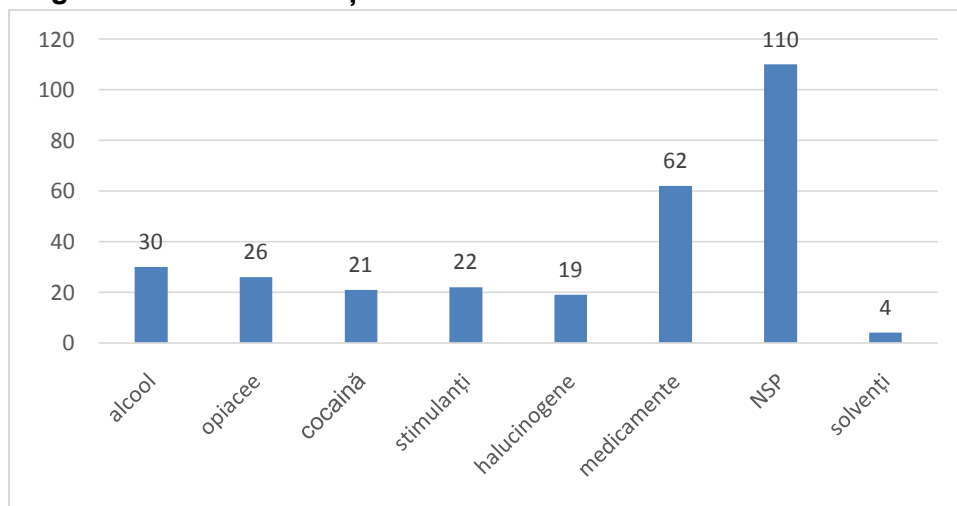


Sursa: ANA

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 – 65,9%. Acest diagnostic a fost urmat de dependență – 10,7%, utilizare nocivă – 8,7%, tulburări mentale și de comportament – 7,6%, sevraj – 2,9%, alte diagnostice – 2,9%. De asemenea 1,3% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.

Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de cannabis, în 57,1% acesta a fost raportat ca și consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple cannabisul a fost declarat, în special, în combinație cu consumul de NSP, medicamente, alcool.

Grafic 2- 2: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de cannabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta



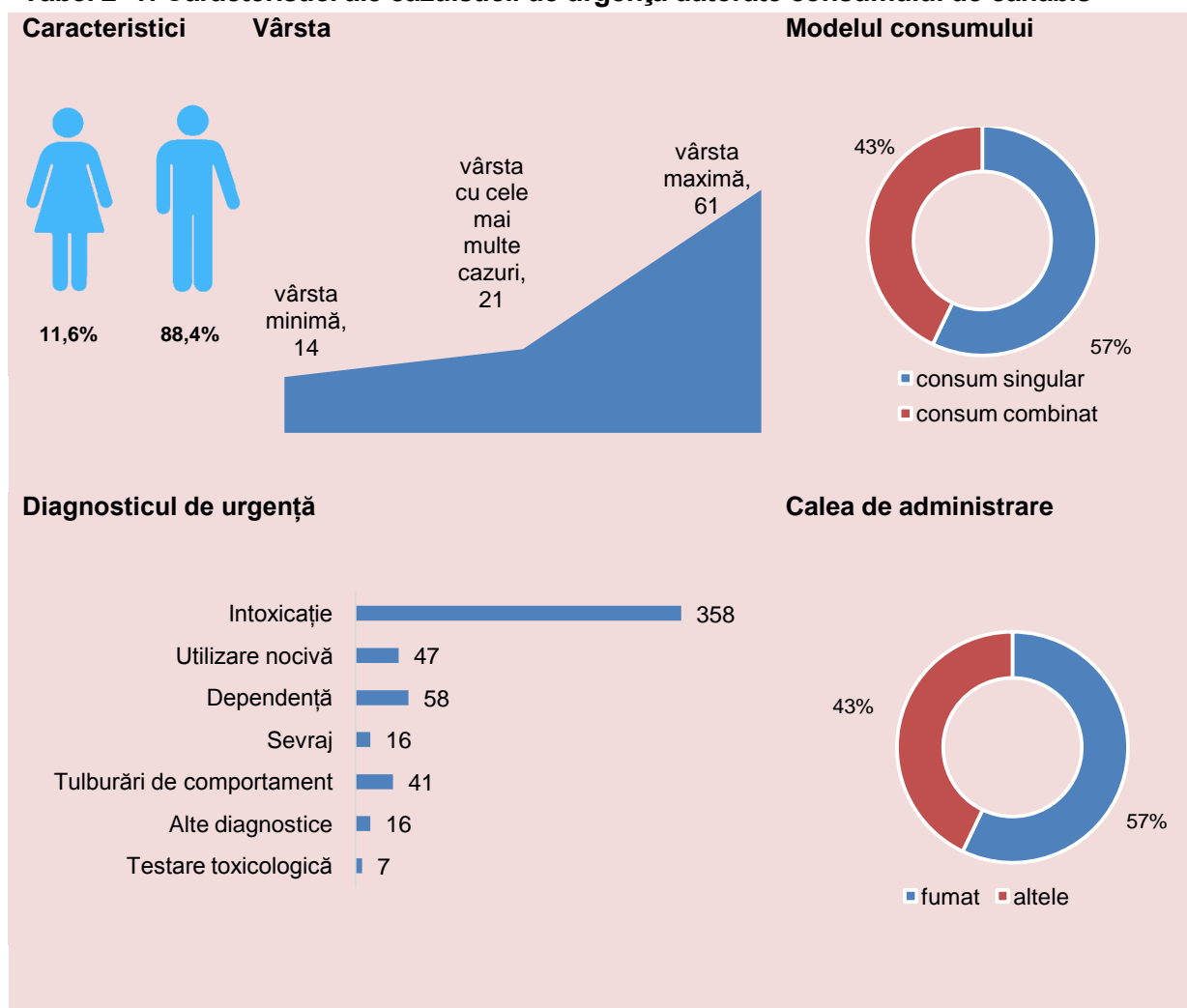
Sursa: ANA

Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (57,1%), administrarea canabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.

În majoritatea (57,5%) cazurilor prezentate în unitățile de primiri urgență pentru consum de canabis, vârsta persoanelor a fost sub 25 ani, 34,9% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, doar în 7,6% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta peste 35 ani.

În ceea ce privește sexul persoanelor înregistrate la nivelul secțiilor de specialitate pentru consum de canabis, 88,4% dintre acestea erau bărbați și 11,6% femei.

Tabel 2- 1: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de canabis

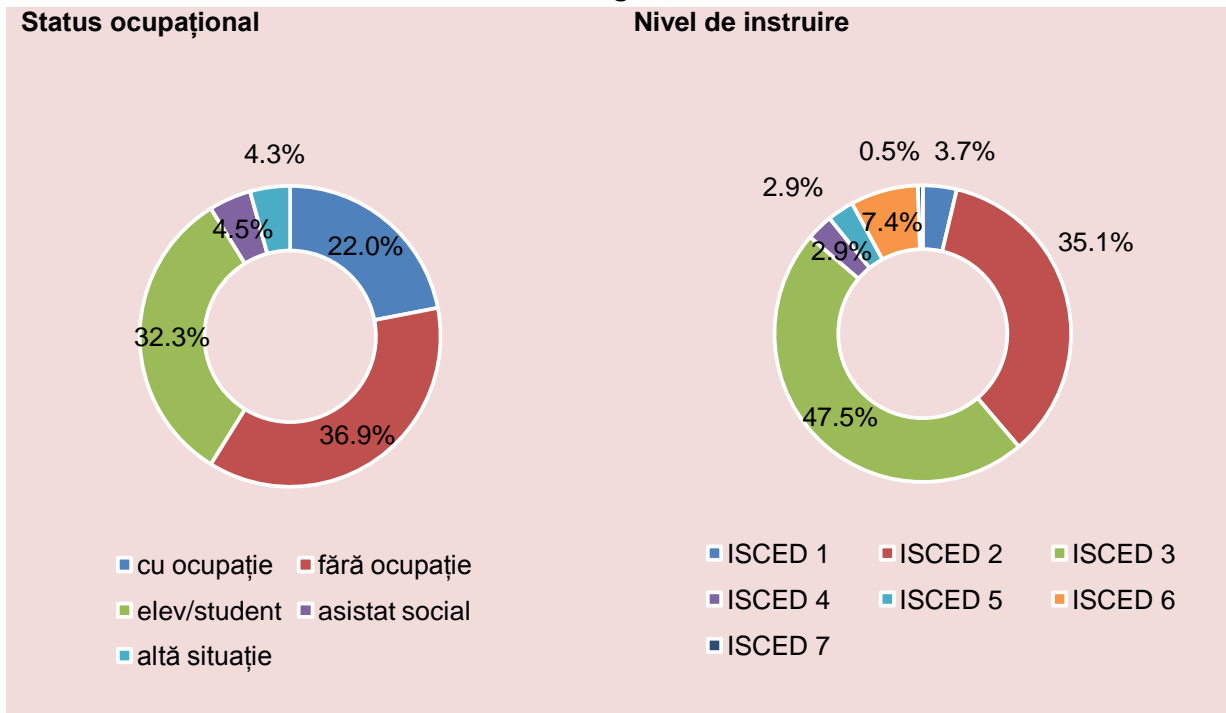


Sursa: ANA

Referitor la studiile absolvite, 82,6% dintre persoanele consumatoare de canabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui comportament (număr de cazuri cu informații), au menționat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 13,7% au declarat că au studii superioare (ISCED 4 – ISCED 7).

În 32,3% dintre cazurile de urgențe medicale datorate consumului de canabis (număr de cazuri cu informații) au fost înregistrați elevi sau studenți, în timp ce, 22% au menționat că sunt angajați. În schimb, 36,9% dintre aceștia au declarat că sunt fără ocupație.

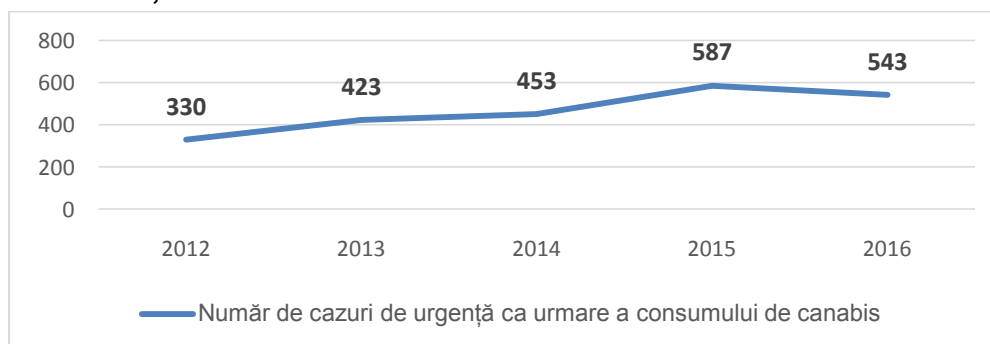
Tabel 2- 2: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de cannabis



Sursa: ANA

Comparativ cu anul anterior se observă o scădere cu 7,5% a numărului cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de cannabis (singular sau în combinație), dar o creștere cu 22% a preponderenței acestei problematice în ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național (consumul de cannabis – singular sau în combinație - a fost menționat în 17,7% dintre cazuri, față de 14,5% în anul anterior).

Grafic 2- 3: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de cannabis, 2012-2016



Sursa: ANA

În concluzie, cannabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară. De asemenea, odată cu intrarea în vigoare a Noului Cod Penal (februarie 2014) și implementarea măsurilor privind tratamentul ca alternativă la închisoare, a devenit și drogul principal pentru care se solicită cu preponderență asistență în sistemul de tratament ambulatoriu.

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, 0,5% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,1% dintre respondenți au menționat un astfel de consum în ultimul an. Nu s-a înregistrat consum în ultimele 30 zile.

Dacă în cazul bărbaților, 0,8% au declarat că au consumat ecstasy de-a lungul vieții și 0,2% au menționat că au consumat și în ultimul an, ponderea femeilor consumatoare este aceeași și pentru consumul experimental și pentru consumul recent, respectiv 1%.

În funcție de categoria de vârstă a respondenților, indiferent de perioada de referință a prevalenței (de-a lungul vieții sau în ultimul an), cele mai multe persoane consumatoare se încadrează în grupa de 15-24 ani (0,7% și 0,3%), pe următorul loc situându-se cele din categoria 25-34 ani (0,6% și 0,2%). De altfel, consumul experimental de ecstasy se înregistrează în populația generală din toate grupele de vârstă analizate, în timp ce, consumul recent a fost menționat doar de persoane în vârstă de până la 44 ani.

În funcție de nivelul educațional, analiza datelor privind consumul de ecstasy indică cele mai mari valori ale acestui tip de consum pentru persoanele care au absolvit cel mult studii gimnaziale (0,6% în cazul consumului experimental și 0,3% pentru consumul în ultimul an), în această categorie înscriindu-se și cei care la momentul realizării studiului erau liceeni. Pe poziția a doua, atât pentru consumul experimental, cât și pentru cel recent, se situează respondenții care au declarat studii liceale și postliceale (0,4%, respectiv 0,1%). Populația cu un nivel de școlaritate ridicat a menționat doar consum experimental (0,4%).

Din perspectiva ocupării economice, consumul experimental înregistrează valori mai mari în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „active economic” (0,5%, față de 0,3%), în timp ce, în cazul consumului recent, ponderea este aceeași atât pentru populația activă, cât și pentru cea inactivă (0,1%).

În urma analizei datelor, în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de ecstasy de 3 ori mai ridicat în mediul urban (0,6% față de 0,2%), în timp ce, consumul recent este la fel de prezent în ambele medii (0,1%).

Cu prevalențe variind de la 1,1% (Regiunea Nord-Vest), la 0,1% (Regiunea Centru și Regiunea Nord-Est), consumul experimental de ecstasy este prezent în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepția o reprezintă Regiunea Sud), în timp ce, consumul recent se înregistrează doar în 4 regiuni.

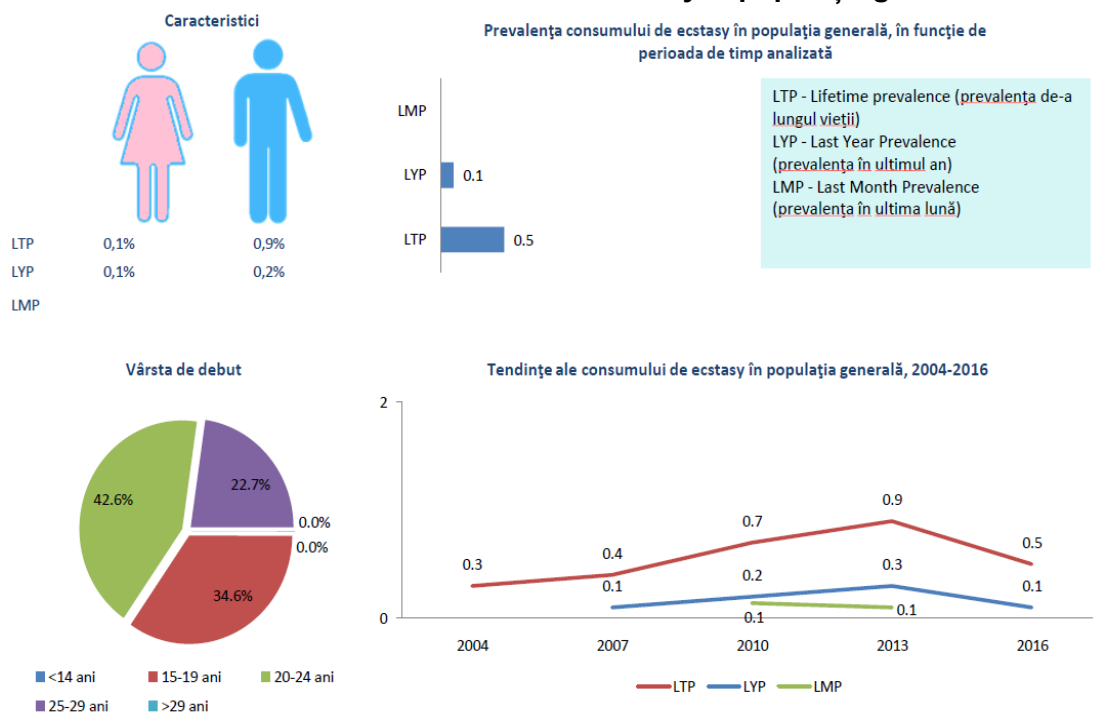
Cea mai mică vârstă de debut, declarată de cei care au afirmat consum de ecstasy pe parcursul vieții, a fost 15 ani, iar cea mai mare, 29 ani. Deși nu se înregistrează debut

precoce (înainte de 14 ani) în consumul de ecstasy, proporția celor care au început acest tip de consum la vârste cuprinse între 15 și 19 ani este de 34,6%.

Referitor la percepția riscului privind experimentarea consumului de ecstasy, 4,4% din populația generală consideră că nu există nici un risc dacă ”încerci ecstasy o dată sau de două ori”.

În concluzie, în România, rezultatele studiului realizat în anul 2006 indică o scădere a nivelului consumului de ecstasy în populația generală până la cel înregistrat în 2007, după ce, în acest interval, fuseseră observate creșteri.

Grafic 2- 4: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația generală



Sursa: ANA

2.2.1.2.Cocaină/ crack

Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,7% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de cocaină/ crack, iar 0,1% au menționat că au consumat și în ultima lună.

Acest comportament este specific în special adulților tineri (15-34 ani), care au experimentat consumul de cocaină/ crack în proporție de 1%, 0,2% au consumat în ultimul an, pentru ca, în ultima lună, să se înregistreze consum al acestor substanțe doar în populația cu vârste între 35 și 64 ani (0,1%).

Dacă în ceea ce privește experimentarea stimulanzilor de tip cocaină/ crack, procentul bărbaților consumatori este aproape dublu față de cel al femeilor consumatoare, 0,8% față de 0,5%, în privința consumului recent și al celui actual, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack

din ultimul an, respectiv 0,1% masculin și 0,1% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultima lună.

În funcție de nivelul de educație sau de statusul ocupațional declarate de respondenți, se înregistrează valori similare ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință.

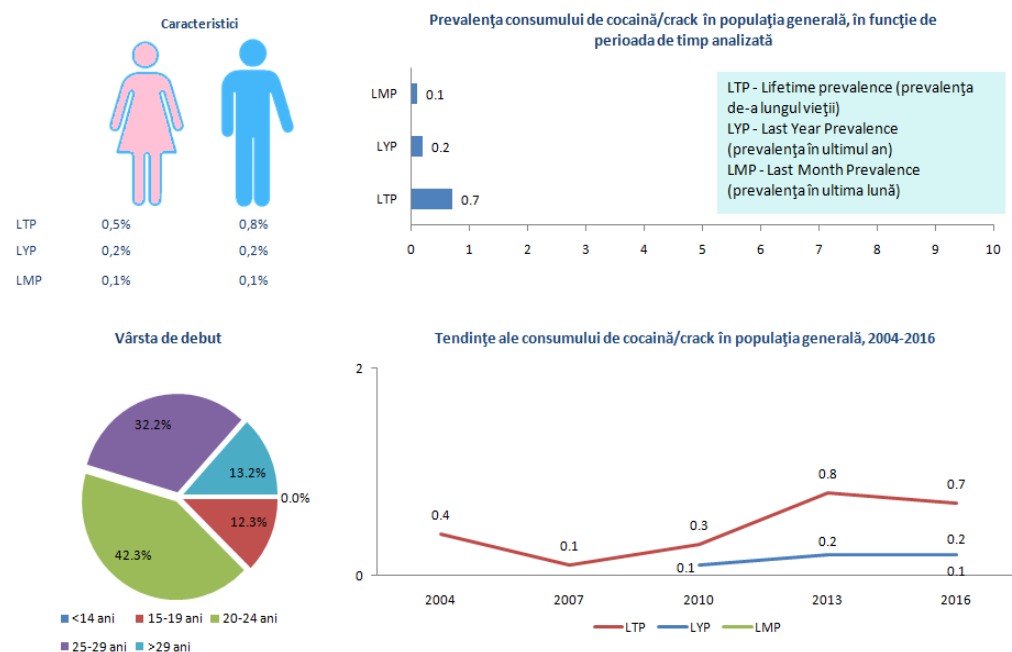
Consumul de cocaină/ crack este experimentat atât în mediul urban, cât și în mediul rural raportul prevalențelor înregistrate în cele două medii fiind de 4,5, doar persoanele din mediul urban manifestând un astfel de comportament în ultimul an și în ultima lună.

Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în București-Ilfov (1,3%), Regiunea Vest (1,1%) și Regiunea Nord-Vest (0,8%). În schimb, consumul actual de cocaină/ crack se restrânge în Regiunea Vest (0,6%) și Regiunea Nord-Vest (0,2%).

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de cocaină/ crack, a fost 18 ani, iar cea mai mare, 34 ani. 42,3% dintre respondenți au debutat în consumul de cocaină/ crack la vârste cuprinse între 20 și 24 ani, 32,2% au început acest tip de consum între 25 și 29 ani.

După o perioadă de creștere începută în anul 2010, în 2016 se remarcă o stabilizare a prevalențelor consumului de cocaină/ crack de-a lungul vieții și în ultimul an la nivelul celor identificate în studiul anterior (2013), dar se înregistrează o revenire a consumului actual al acestor substanțe stimulante.

Grafic 2- 5: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația generală



Sursa: ANA

2.2.1.3. Amfetamine

În 2016, amfetaminele înregistrează în România o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, în timp ce, pentru consumul recent se constată o prevalență de 0,1%. Pentru acest tip de drog, nu se constată la nivel național consum în ultimele 30 de zile.

Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența în rândul populației masculine este de 6 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,6%, față de 0,1%), doar bărbații continuă să consume în ultimul an – 0,1%.

Cea mai mare prevalență de-a lungul vieții se înregistrează în grupa de vârstă 25-34 ani (0,6%). Nu se înregistrează consum de amfetamine pentru respondenții cu vârsta peste 54 ani.

Deși nu există diferențe semnificative între categoriile educaționale considerate și ratele de prevalență a consumului experimental de amfetamine înregistrate, cea mai mare rată a acestui tip de consum se constată pentru respondenții care au finalizat cel mult studii gimnaziale (0,6%). Pentru respondenții încadrați pe celelalte categorii educaționale – liceale și postliceale, respectiv universitare și postuniversitare, se observă o rată a prevalenței de 0,2% și, respectiv 0,3%.

În funcție de statutul ocupațional, raportul dintre consumatorii experimentali încadrați în categoria "activ economic" și cei încadrați în categoria "inactiv economic" este de 3 la 1.

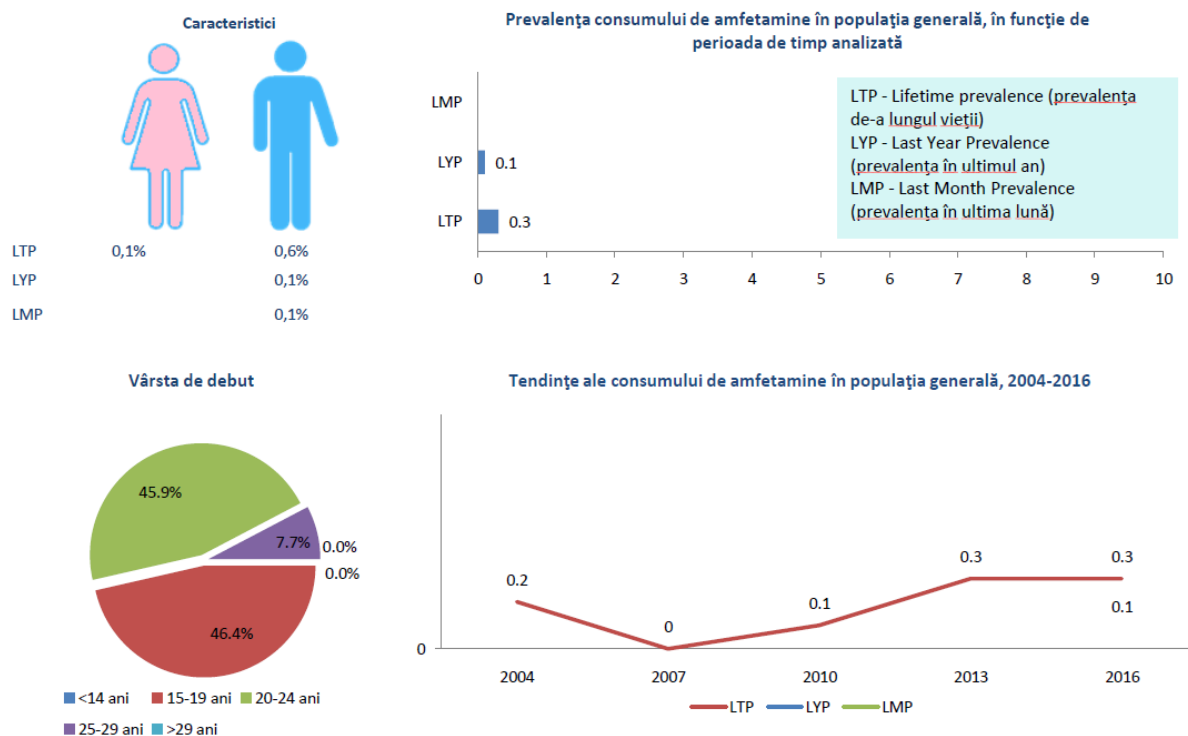
Ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri analizate, amfetaminele sunt consumate cu predilecție în mediul urban, decât în cel rural, unde se înregistrează o prevalență de 5 ori mai mare: 0,5%, față de 0,1%.

Exceptând populația din Regiunea Sud-Vest, respondenții din celelalte 7 regiuni de dezvoltare economică a României au declarat consum de amfetamine, cei mai mulți fiind din București-Ilfov (0,7%) și din Regiunea Nord-Vest (0,7%). Aceste regiuni sunt cele în care s-a înregistrat consum recent - București-Ilfov, 0,1% și Regiunea Nord-Vest, 0,4%.

Pentru debutul în consumul de amfetamine se înregistrează o vârstă medie de 21 ani. Debutul în consumul de amfetamine s-a realizat în proporții similare la vârste cuprinse între 15-19 ani (46,4%) și 20-24 ani (45,9%). Cea mai mică vârstă de debut a fost 16 ani.

Consumul experimental de amfetamine se stabilizează la un nivel foarte scăzut.

Grafic 2- 6: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația generală



Sursa: ANA

2.2.2. Tratatamentul pentru stimulanți

2,2% dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2016 au fost ca urmare a consumului de stimulante (1% pentru cocaină, 0,6% ecstasy, 0,4% amfetamine și 0,2% metamfetamine). Ca și în anii anteriori, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulante reprezintă cazuri noi (31 din cele 36 cazuri de cocaină sau 33 cazuri din cele 43 cazuri de stimulante, altele decât cocaina).

Raportul bărbați/ femei consumatori de cocaină care s-au adresat serviciilor de asistență este 2,6 pentru cocaină și 3,8 pentru celelalte stimulante. Raportul este și mai mare (4,2, respectiv 5,6) dacă se iau în considerare cazurile noi incluse în sistemul de tratament.

Vârsta medie de debut în consumul de stimulante, declarată de populația din serviciile de asistență, variază de la aproximativ 30 ani pentru cocaină, la aproximativ 23 ani pentru stimulante, altele decât cocaina. Consumatorii de stimulante (altele decât cocaina) solicită tratament după o perioadă medie de consum de 2 ani, în timp ce consumatorii de cocaină apelează la serviciile specializate după o perioadă medie de consum de 3 ani. Populația din tratament face parte din categoria adulților tineri, cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani (pentru cocaină, 29 din cele 36, situație și mai evidentă pentru cazurile incluse în sistemul de asistență pentru consum de stimulante, altele decât cocaina, 42 din cele 43 cazuri).

Sursa principală de referință o reprezintă instituțiile din sistemul de aplicare a legii atât pentru consumatorii de cocaină (44%), cât și pentru cei de alte stimulante (53%). Din punct de vedere al situației locative, consumatorii de stimulante, locuiesc cu familia de origine (13

din cei 36 consumatori de cocaină și 24 din cei 43 consumatori de stimulante, altele decât cocaina) în locuințe stabile (24 din 36, respectiv 34 din 43).

Majoritatea (57 din 79) consumatorilor de stimulante care au fost admiși la tratament în anul 2016 au absolvit studiile învățământului secundar.

Serviciile de tratament pentru consum de stimulante sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulante a solicitat servicii în anul 2016 a fost foarte mic. Preponderent, cazurile au fost tratate în comunitate, în funcție de tipul centrului, distribuția lor fiind următoarea: din cele 79 cazuri incluse în sistemul de tratament pentru consum de stimulante, 45 au fost înregistrate în regim ambulatoriu, 32 în regim rezidențial (intra-spitalicesc) și doar 2 în regim penitenciar.

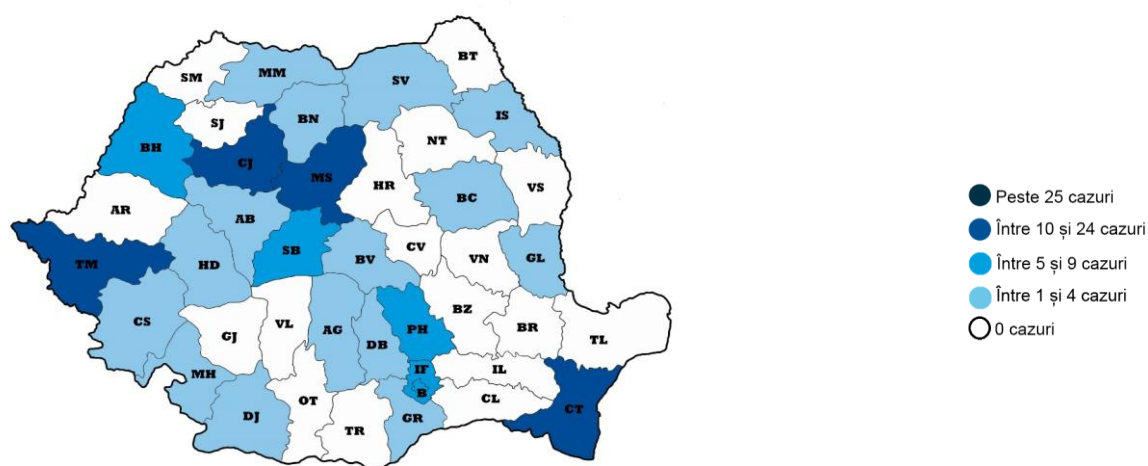
2.2.3. Consum problematic de stimulante

2.2.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de stimulante

În 2016, au fost raportate 107 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de stimulante (consum singular sau în combinație). În categoria substanțelor stimulante au fost incluse cocaina, amfetamina, metamfetamina și ecstasy. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, substanțele stimulante au fost menționate în 8,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de stimulante, 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 numărul total de cazuri.

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



Sursa: ANA

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de stimulante (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 58%. Acest diagnostic a fost urmat de utilizare nocivă – 14%, dependență – 13% și în același procent de 4,7% tulburări

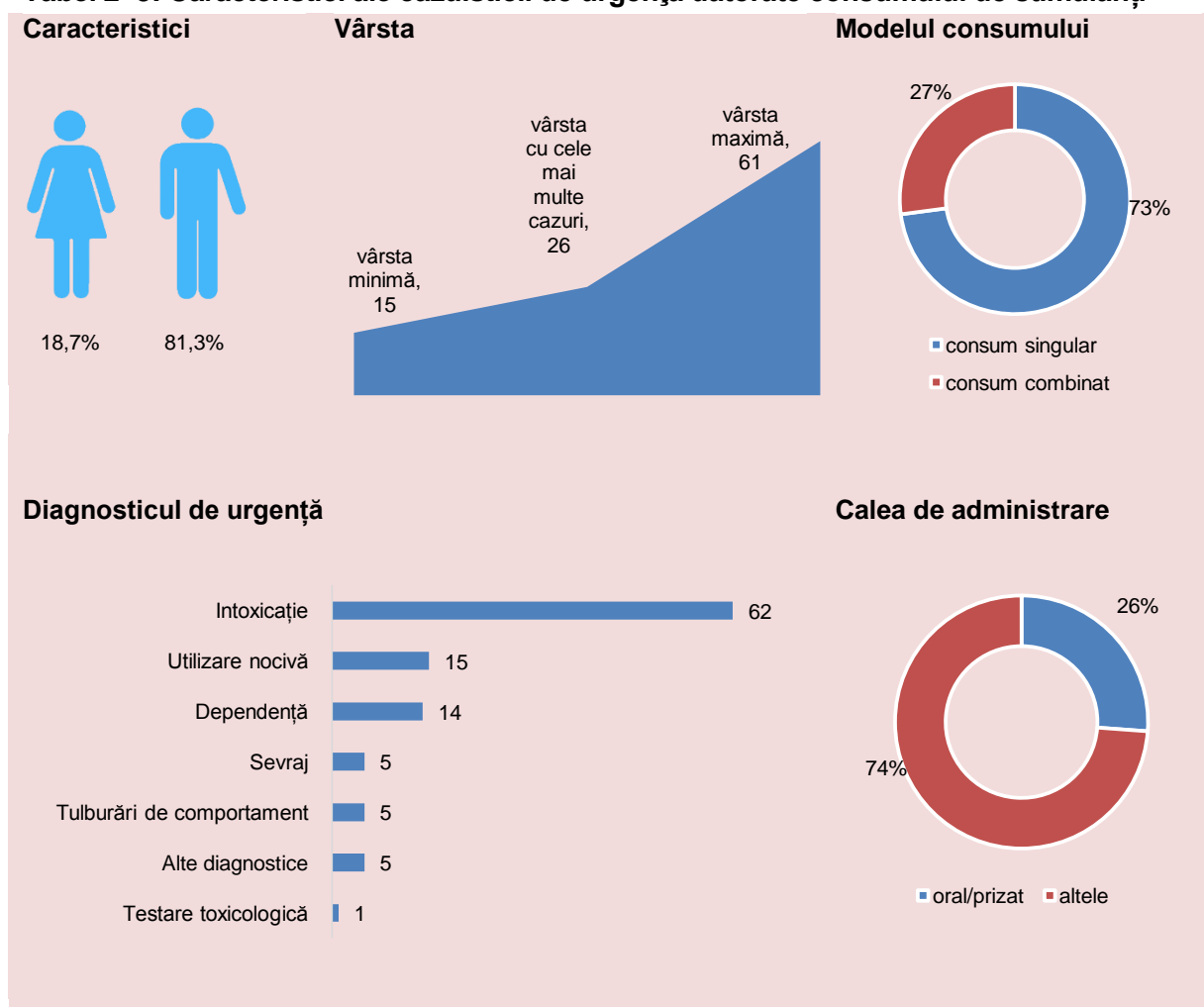
mentale și de comportament, sevraj și alte diagnostice. De asemenea 0,9% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.

Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de stimulanti, în 27,1% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple, substanțele menționate ca fiind administrate în combinație cu stimulanti au fost cannabisul, noile substanțe psihoactive, medicamentele, alcoolul, opiaceele și halucinogenele.

În cele mai multe dintre cazurile de urgență, în care s-a raportat consum de stimulanti (singular sau mixt), administrarea s-a făcut oral, fumat/ inhalat sau intranasal/ prizat (26,2%).

Ca și în cazul serviciilor de tratament, preponderent (81,3%), populația din serviciile de urgență face parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

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



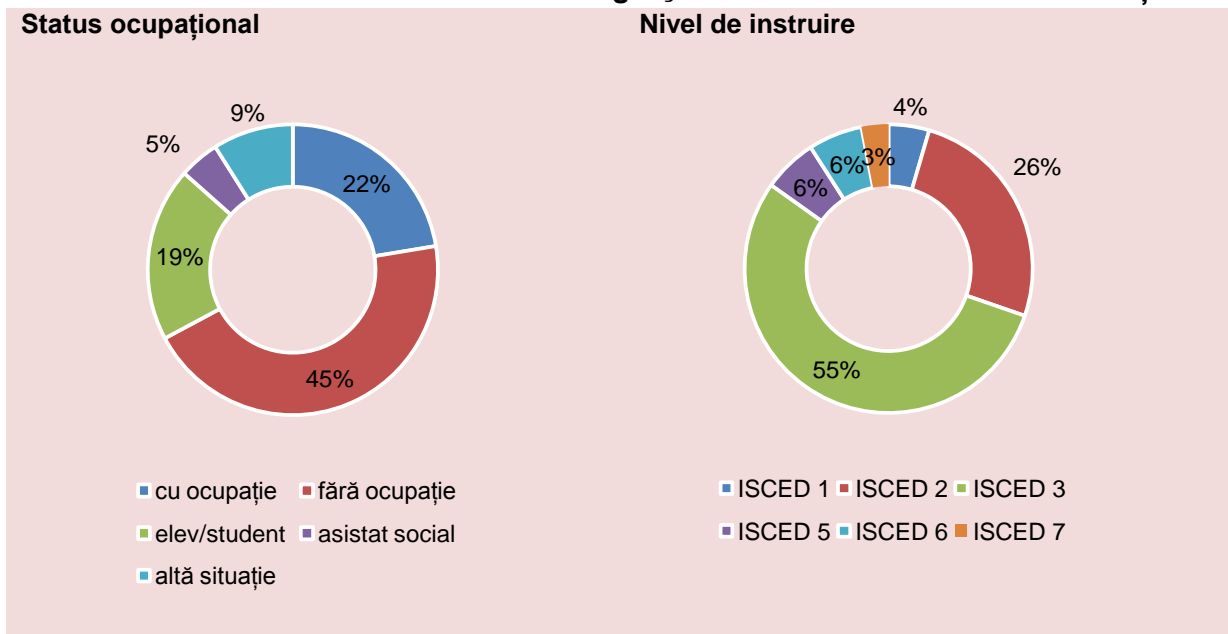
Sursa: ANA

În privința nivelului de instruire (număr de cazuri cu informații) pe care îl au persoanele consumatoare de stimulanti care au apelat la 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, 15% s-au declarat absolvenți ale unui nivel superior de educație (ISCED 5 – ISCED 7).

Lipsa ocupației a fost menționată de cele mai multe persoane (45%) care s-au prezentat în urgență pentru probleme datorate consumului de stimulanti (număr de cazuri cu informații), iar 19% dintre aceștia sunt elevi sau studenți.

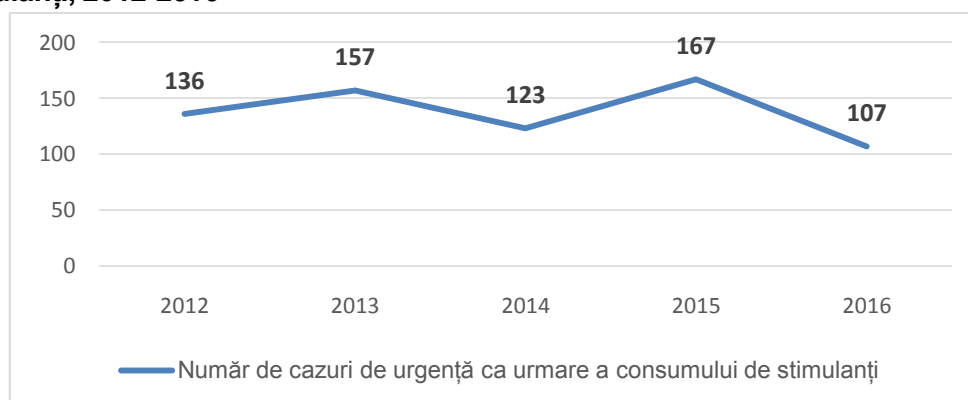
Tabel 2- 4: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti
Status ocupațional **Nivel de instruire**



Sursa: ANA

Numărul cazurilor înregistrate în anul 2016 este cel mai mic din ultimii 5 ani.

Grafic 2- 7: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de stimulanti, 2012-2016



Sursa: ANA

2.3. HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE

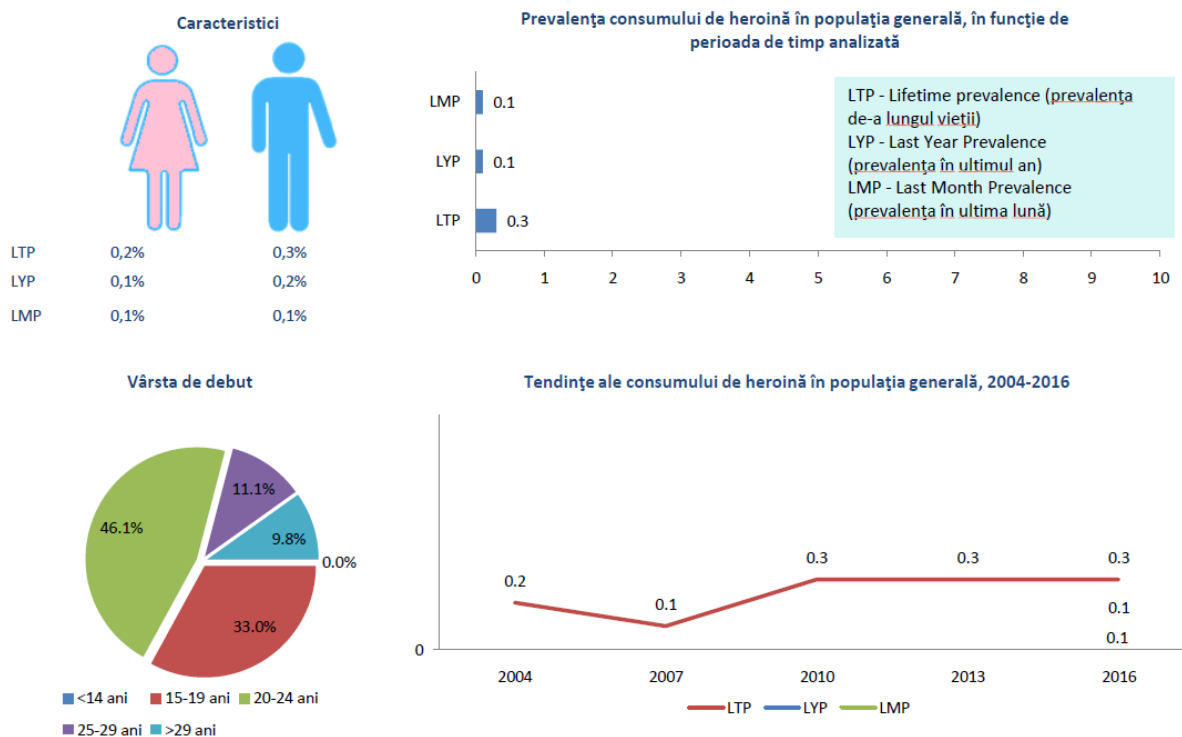
La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de heroină de 0,3%. Prevalența atât în ultimul an, cât și în ultima lună, prezintă aceeași valoare, 0,1%.

În cazul consumului de heroină, bărbații înregistrează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, față de 0,2% în rândul femeilor. În cazul consumului recent, nu există o diferențiere a consumului de heroină între cele două sexe: 0,2% pentru bărbați, respectiv 0,1% pentru femei. Cât privește consumul actual de heroină, acesta înregistrează aceeași valoare – 0,1%, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 16 ani, iar media vârstei de debut este de 22,3 ani. O treime dintre respondenți (33%) au început acest tip de consum la vârste foarte fragede (sub 19 ani), în timp ce, 46,1% dintre cei chestionați au declarat debut în consumul de heroină la vârste cuprinse între 20-24 ani.

În ceea ce privește tendințele înregistrate în perioada analizată, 2004-2016, se remarcă o stabilizare a consumului de heroină de-a lungul vieții la nivelul anului 2010, dar și apariția consumului recent și actual (la valori foarte mici).

Grafic 2- 8: Caracteristici ale consumului de heroină în populația generală



Sursa: ANA

2.3.1. Estimarea consumului de opiacee

2.3.3.1. Estimarea consumului de opiacee în populația generală

Pentru prima oară în acest an, s-a realizat o estimare națională a numărului de consumatori problematici de opioide. Astfel, în 2016, numărul estimat de consumatori problematici de

opioide, la nivel național, este 20937 (95% CI: 16311 – 27368), rata fiind 1,4⁵ (95% CI: 1,1 – 1,8) consumatori problematici de opioide la 1000 de locuitori din România, cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani. Estimarea s-a realizat prin metoda captură-recaptură utilizând 3 baze de date "caz cu caz" privind admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri (n=963 cazuri unice), urgențe datorate consumului de droguri (n=117 cazuri unice) și schimbul de seringi (n=2257 cazuri unice). Primele două sunt baze naționale de date, ultima acoperă doar zona Bucureștiului, unde sunt dezvoltate astfel de servicii. Majoritatea consumatorilor problematici de opioide din cele trei baze analizate sunt bărbați (80,6%), tineri, cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (50,5%), heroina fiind drogul principal de consum (83,1%).

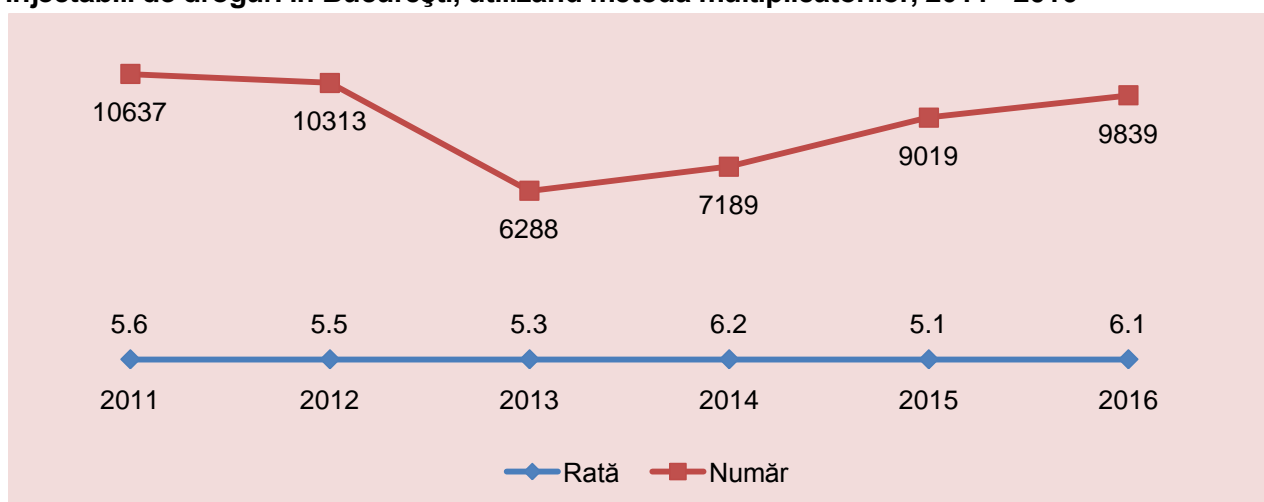
2.3.3.2. Estimarea consumului de opiacee în sub-populații

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri în București, la nivelul anului 2016, 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 serviciile 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 2016, rezultat din analiza datelor, este 9839 (95% CI: 7296 – 15103), rata fiind 6,1 (95% CI: 4,6 – 9,4) consumatori de droguri injectabile la 1000 de locuitori din București.

Grafic 2- 9: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane⁶) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2016



Sursa: ANA

⁵ 15481321 locuitori cu vârsta între 15 - 64 ani înregistrați la 1 ianuarie 2016 la nivel național, conform datelor prezentate Institutul Național de Statistică

⁶ 1601467 locuitori cu vârsta între 18 - 64 ani înregistrați la 1 ianuarie 2016 pe raza regiunii București - Ilfov, conform datelor prezentate Institutul Național de Statistică

Din cei 912 consumatori de droguri injectabile aflați în tratament (benchmark), 91,2% au menționat heroina ca și drog principal de consum, 1,8% metadonă și 0,1% alte opioide (restul reprezentând consumatori de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, ketamină, benzodiazepine).

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 9,4 ani, vârsta medie de debut în consum fiind 19,2 ani. Cohorta este una îmbătrânită, peste 2/ 3 dintre CDI din București având vârsta peste 30 ani.

2.3.2. Injecția și alte căi de administrare a opiaceelor

Din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (3544 persoane) în anul 2016, 967 (27,3%) dintre consumatori își administrau injectabilul drogul.

91,1% din totalul consumatorilor de opiacee își injectaseră droguri cândva în viață, reprezentând 24,7% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință.

În ceea ce privește consumatorii curenți de opiacee injectabile (care au consumat în ultimele 30 de zile), aceștia (580 persoane) reprezentau 60,2% din totalul consumatorilor de opiacee și 16,4% din totalul celor admiși la tratament. 63,8% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injecție de peste 10 ani, urmași de cei cu istoric de injecție între 5-10 ani (16,6%).

În funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre următorul profil al populației de consumatori curenți (în ultimele 30 de zile) de opiacee administrate injectabil, admiși la tratament în anul 2016: bărbat (82,8%), din grupa de vârstă 25-34 de ani (57,8%), care a debutat în consum între 15-19 ani (44%), cu un consum zilnic de droguri injectabile anterior admiterii la tratament (80,9%), tratat ambulatoriu (60,9%), care locuiește cu familia de origine (51,2%) în București (87,8%), cu studii gimnaziale (29,1%), admis anterior la tratament (59,3%), a utilizat în comun echipamente de injecție, dar nu în ultimele 12 luni (46,7%).

În ceea ce privește populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați, în 2016, în programele de schimb de seringi (3679 persoane), 79% din totalul celor 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 78,3% au consumat doar heroină.

2.3.3. Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee

Din analiza cazurilor de consumatori actuali de opiacee injectabile (care și-au administrat drogul în ultimele 30 de zile), admiși la tratament în 2016, 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 2016, se înregistrează o prevalență a HIV de 10,1%, a HVC de 32,6% și a HVB de 4,2%, cifre similare cu cele înregistrate în cazul întregii populații de consumatori actuali de droguri injectabile aflate în tratament. Heroina fiind principalul drog administrat pe cale injectabilă, tendința înregistrată în prevalența bolilor infecțioase fiind atribuită, în principal acestei substanțe și, în consecință, a căii de administrare a sa.

2.3.4.Tratamentul pentru heroină și alte opiacee

Și în anul 2016, consumul de opioide ocupă locul al doilea, după canabis, în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (27,2%) . Din această clasă, heroina este substanța pentru care s-au înregistrat cele mai multe admiteri la tratament (26,1%). Populația consumatoare de opioide, în principal heroină, este reprezentată de persoane care au mai fost anterior în tratament (67,6%), procentul celor care au fost admiși pentru prima dată la tratament fiind de 32,4%. Raportul bărbați femei consumatori de opioide înregistrat în sistemul de tratament este 4,7.

Deși ponderea (37%) populației adulte, în vârstă de peste 35 ani care a fost admisă la tratament pentru consum de opioide, este mai mare față de cea înregistrată pentru consumul altor substanțe, aproximativ 2/3 (63%) dintre persoanele admise la tratament pentru consum de opioide fac parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

Adresabilitatea la serviciile de tratament pentru consum de heroină din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor se realizează în aceeași măsură (aproximativ 60% dintre consumatorii de opioide), indiferent de tipul contactului cu serviciile de asistență. În schimb, sistemul de aplicare a legii a referit 22,8% dintre cazurile noi admise la tratament pentru consum de opioide și 11,1% din numărul total de cazuri admise la tratament pentru consum de opioide, medicii de medicină generală (medicii de familie) fiind cei care au "compensat" situația (11,4% din numărul total de cazuri fiind referiți către serviciile specializate la recomandarea lor și doar 1,6% pentru cazurile noi).

Din punct de vedere al situației locative, 80% dintre consumatorii de heroină din serviciile de tratament locuiește cu familia de origine sau cu partenerul și copiii într-o locuință stabilă, indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență.

Nivelul de educație absolvit de cei mai mulți (63%) dintre consumatorii de heroină din tratament l-a reprezentat învățământul liceal.

Conform datelor statistice, vârsta medie de debut în consumul de opioide a fost 20 ani, iar vârsta medie de intrare în tratamentul actual a fost 33 ani, cu o perioadă de latență de 9,4 ani.

Serviciile de tratament pentru consum de opioide, respectiv heroină sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în majoritatea cazurilor (63,4%) s-a înregistrat admitere la un centru ambulatoriu, în 32,9% s-a înregistrat admitere în centru rezidențial (intra-spitalicesc), în regim penitenciar fiind înregistrate doar 3,7% din cazuri.

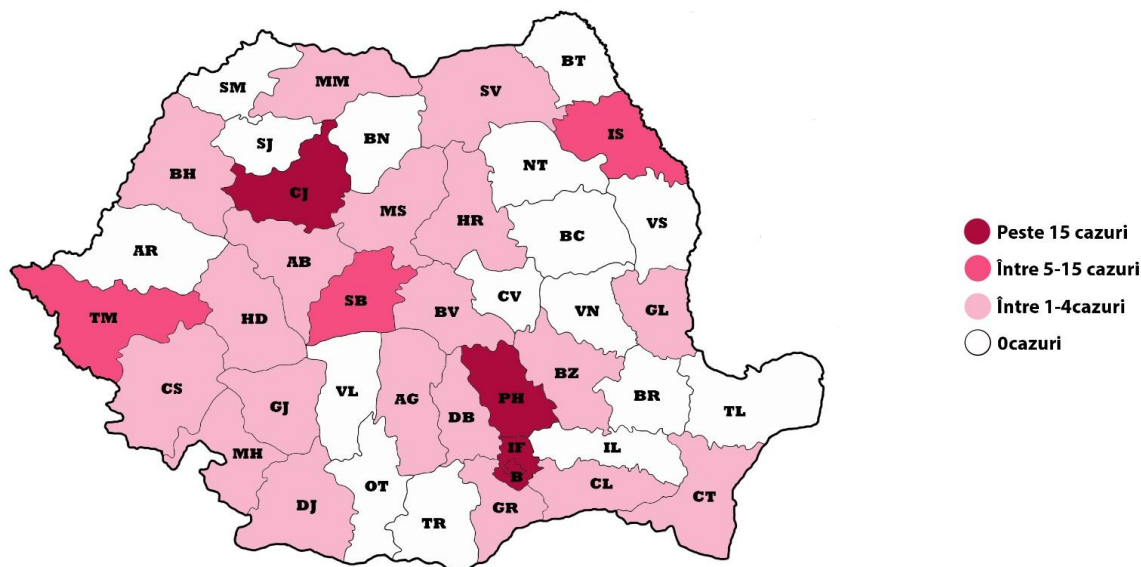
2.3.5.Alte consecințe ale consumului de opiacee

2.3.5.1.Urgențe medicale datorate consumului de opiacee

În 2016, au fost raportate 282 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opioide (consum singular sau în combinație).

În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opioide, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (62,8%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în alte două județe mari ale României – Cluj și Prahova, cele două unități teritoriale, cumulând 17,7% din toată cazuistica.

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

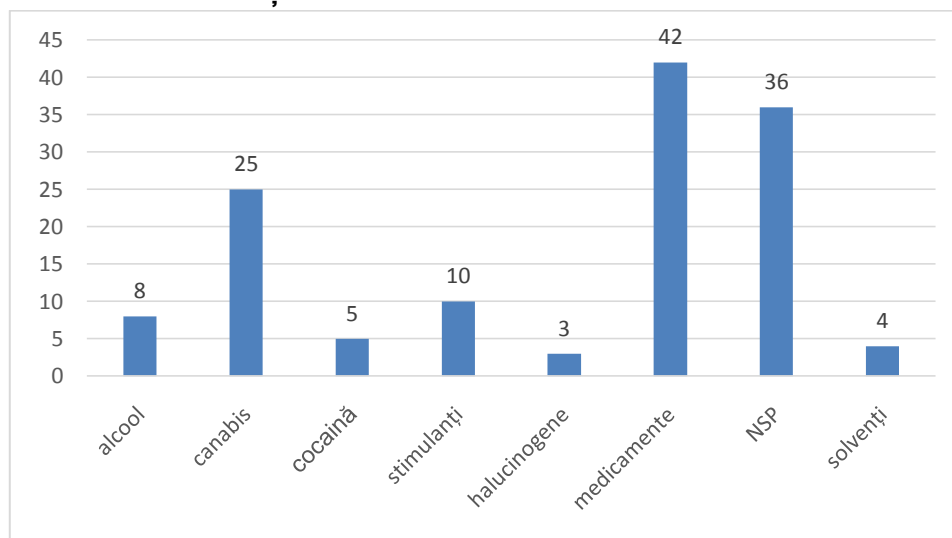


Sursa: ANA

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 – 61,3%. Acest diagnostic a fost urmat de intoxicație – 31,6%, sevraj – 3,5%, într-o proporție similară de 1,1%, utilizare nocivă, tulburări mentale și de comportament și supradoză, iar în 0,4% din cazuri au fost menționate alte diagnostice.

Din totalul cazurilor de urgență datorate consumului de opiacee, în 55% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple opiaceele au fost raportate în combinație cu consumul de medicamente, NSP, cannabis.

Grafic 2- 10: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de opiacee, în funcție de droguri utilizat în combinație cu acestea

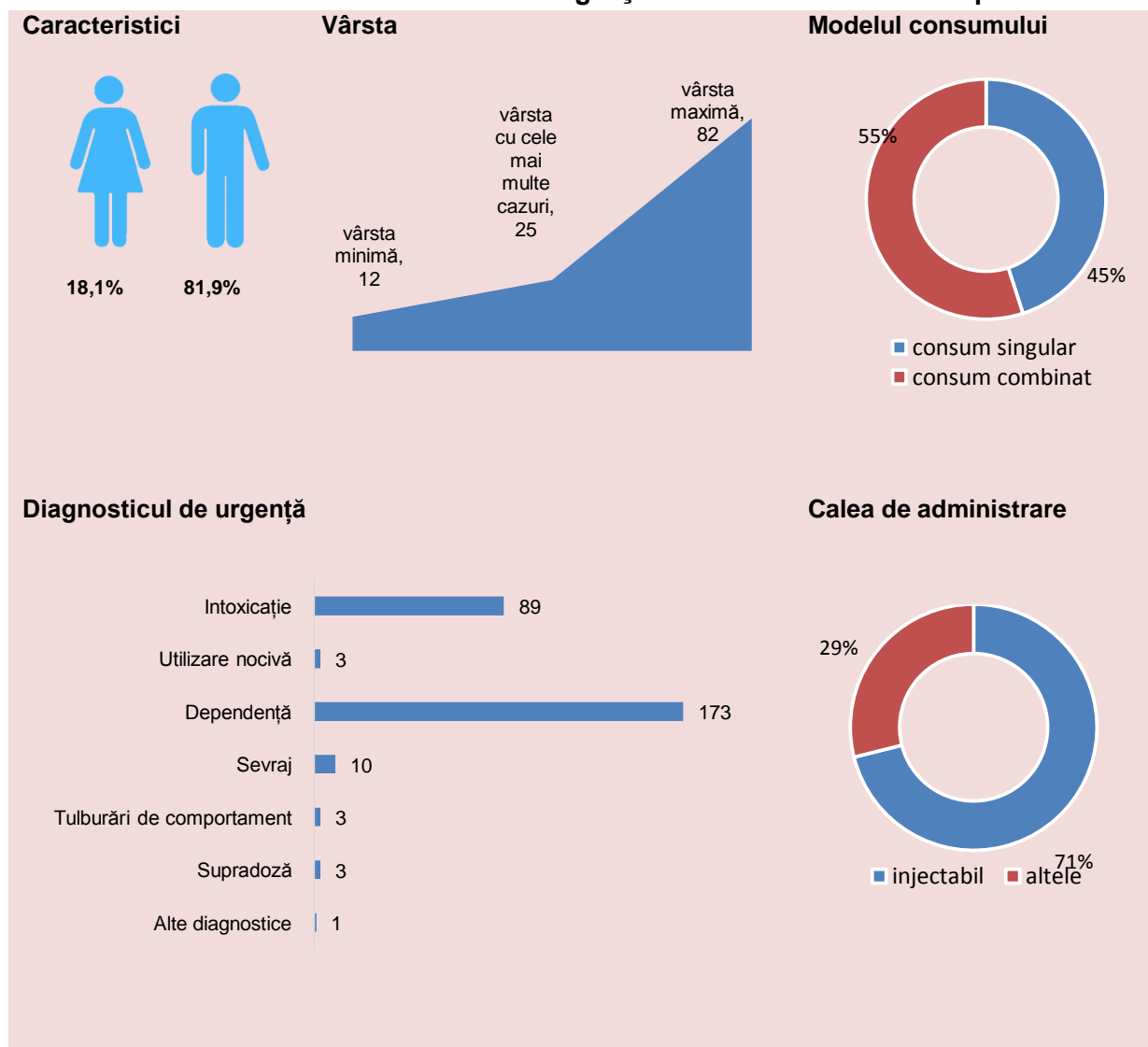


Sursa: ANA

În majoritatea cazurilor de urgență datorate consumului de opioide, administrarea s-a făcut injectabil (71%).

Spre deosebire de situațiile prezentate anterior, raportul dintre adulții tineri (15-64 ani) consumatori de opioide din urgență și adulți (35-64 ani) este de 1,5. În 17,4% dintre cazurile analizate, persoanele aveau vârsta sub 25 ani, în 43,3% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în 38,3% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-64 ani, în timp ce, în 1% cazuri persoanele aveau vârsta peste 64 ani.

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

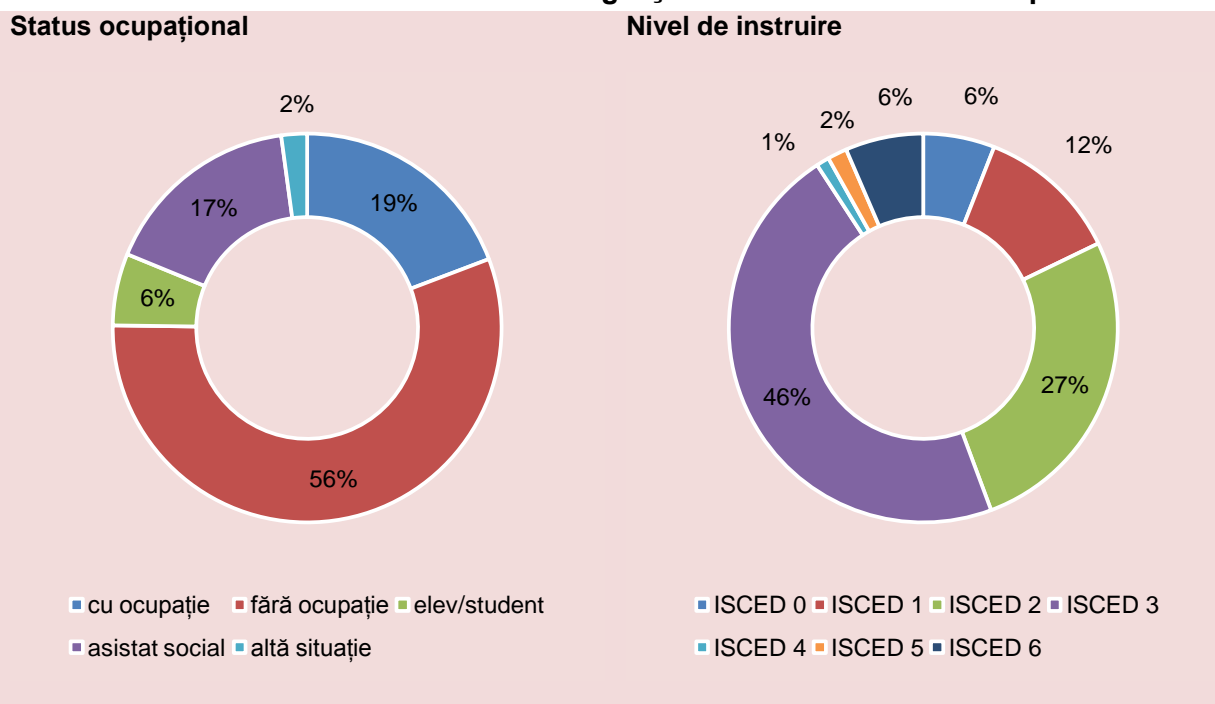


Sursa: ANA

În privința nivelului de instruire pe care îl au persoanele consumatoare de opioide care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, (număr de cazuri cu informații) majoritatea (73%) au absolvit cel mult un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

Ca și caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de opioide (număr de cazuri cu informații), aproximativ jumătate (56%) au declarat că sunt fără ocupație.

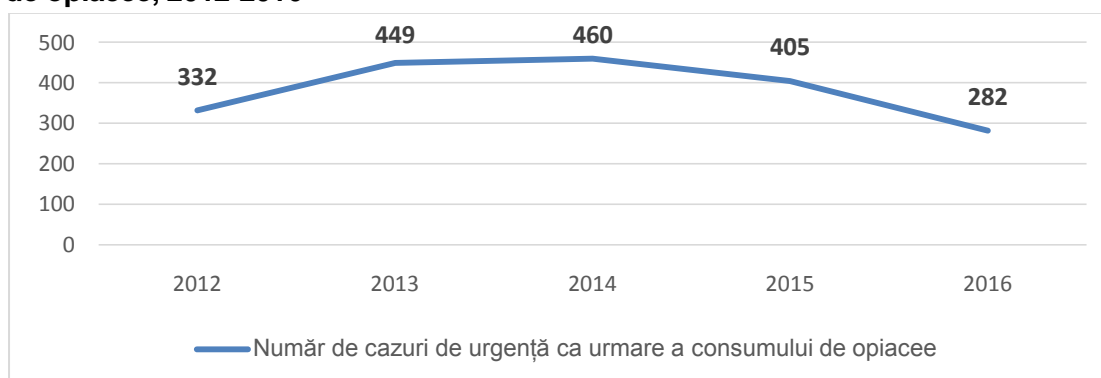
Tabel 2- 6: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de opiacee



Sursa: ANA

Ca și la stimulanzii, numărul cazurilor înregistrate în anul 2016 este cel mai mic din ultimii 5 ani. Comparativ cu anul anterior, se observă o scădere cu 30,4% a acestei problematice. și în ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, opiaceele au scăzut ca pondere, de la 11% în 2015 la 9,2% în 2016.

Grafic 2- 11: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de opiacee, 2012-2016



Sursa: ANA

2.4. NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

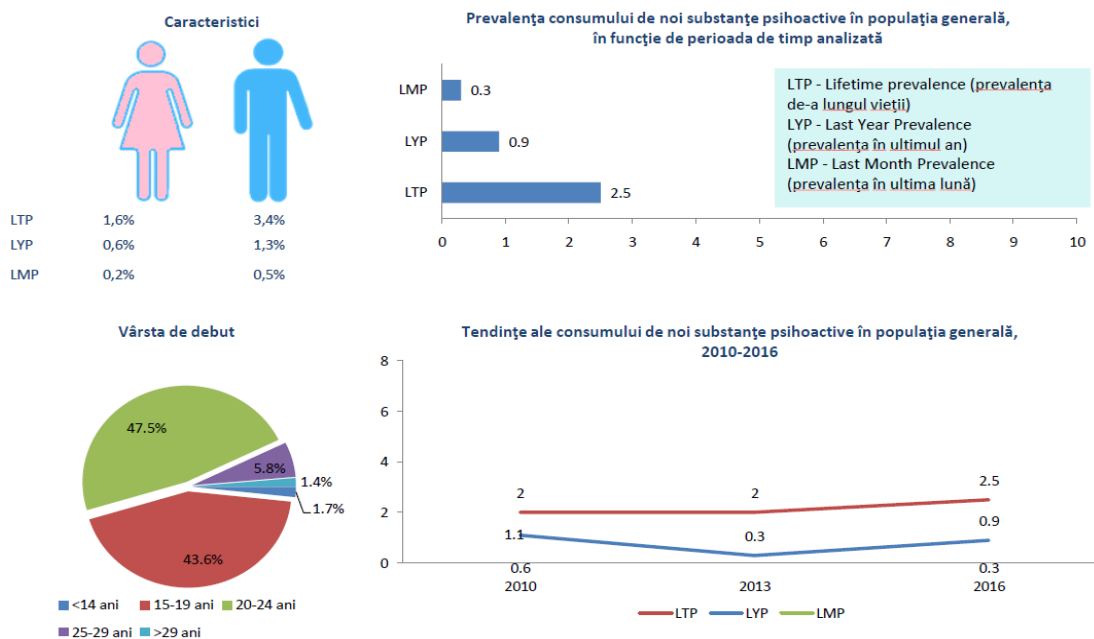
2.4.1. Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP

Conform rezultatelor GPS 2016, după cannabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive. Astfel, 2,5% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani inclusă în eșantion a experimentat

consumul de NSP, 0,9% dintre persoanele intervievate au declarat consum de NSP în ultimul an, în timp ce, doar 0,3% au menționat că au consumat și în ultima lună.

Indiferent de perioada analizată, populația de sex masculin consumatoare de NPS reprezintă dublul populației feminine care prezintă același comportament (3,4% față de 1,6%, 1,3% față de 0,6%, respectiv 0,5% față de 0,2%).

Grafic 2- 12: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală



Sursa: ANA

Este experimentat cu precădere de populația tânără, aproape toți consumatorii (91%) debutând în intervalul vârstă de 15-24 ani.

Pe categorii de vârstă, cele mai mari prevalențe ale consumului de NPS se înregistrează în rândul populației tinere: 15-24 ani - 5% consum experimental, 2,1% consum actual și, respectiv 0,6% consum recent - și 25-34 ani - 3,7% consum experimental, 1,4% consum recent și, respectiv 0,6% consum actual.

Noile substanțe psihoactive experimentate de participanții la studiu: substanțele sintetice (1,3%), ierburi (0,7%), piperazine (0,4%), GLB (0,4%), spice (0,3%), ketamină (0,3%), Nexus (0,2%), mefedrona (0,2%).

Cele mai ridicate prevalențe ale consumului pentru acest tip de drog se observă în rândul respondenților care au studii universitare și postuniversitare, 3,7% au consumat cel puțin o dată în viață, 1,4% au consumat în ultimul an și 0,4% au consumat în ultima lună. Rezultatele sunt explicabile prin prisma identificării unor prevalențe similare a acestui tip de consum în rândul categoriei de vârstă 25-34 ani.

În privința statusului economic al persoanelor consumatoare de NSP, se constată un model de consum similar în rândul categoriilor "active" sau "inactive economic", indiferent dacă este vorba de consum experimental (2,5%; 2,6%), recent (0,9%; 0,8%) sau actual (0,3%; 0,3%).

În funcție de mediul de rezidență, ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri ilicite, se constată un consum predominant de NSP în mediul urban, indiferent de perioada de timp considerată ca și perioadă de referință, 3,2% dintre respondenții care locuiesc în mediul urban au declarat consum experimental de NPS, față de 1,1% dintre cei care își au rezidența în mediul rural, 1,2% dintre cei din mediul urban au declarat consum de NSP în ultimul an, față de 0,3%, în mediul rural, în timp ce, consumul actual înregistrat în mediul urban este de 0,5%, față de 0,1% în mediul rural.

Ca și în cazul canabisului, în toate regiunile țării, se înregistrează consum experimental de NPS, de la 0,7% în Regiunea Nord-Vest la 4,9% în București-Ilfov. De asemenea, consumul recent este răspândit la nivel național, fiind observat în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepție în Regiunea Sud-Est), de la 0,1% în Regiunea Nord-Est, la 2,3% în București-Ilfov. În schimb, doar populația din 4 regiuni a consumat și în ultima lună, cea mai mare prevalență fiind declarată de locuitorii din București-Ilfov (1%).

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de NSP, a fost 12 ani.

2.4.2. Tratatment pentru consumul de NSP

Similar anului anterior, 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 (19,6%) 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, 17,9%). 91,1% dintre persoanele au declarat substanțele noi psihoactive ca fiind drogul principal de consum, admise în programele de tratament în 2016, sunt de sex masculin, iar 8,9% sunt de sex feminin.

De asemenea, comparativ cu canabisul, majoritatea cazurilor admise la de tratament pentru consum de NSP au fost referite în anul 2016 prin intermediul altor servicii de sănătate, medicale sau sociale (peste 47,8% din totalul surselor de referință), în timp ce, doar 28% s-au adresat serviciilor de asistență din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor.

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 (63,9%) 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 3,7 ani, comparativ cu canabisul în cazul căruia perioada este de 4,3 ani. În ceea ce privește vârsta medie la debutul în consum a celor două tipuri de droguri, 18,5 ani reprezintă vârsta medie de debut în consumul de NSP, comparativ cu 20,5 ani – vârsta medie de debut în cazul consumului de canabis.

Majoritatea (71,3%) consumatorilor de NSP care au fost admiși la tratament în anul 2016 au absolvit studii de învățământ secundar. Este important de menționat faptul că, din totalul de 93 de persoane fără studii, admise la tratament în anul 2016, aproape un sfert (23,7%) 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 2016 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament pentru consum de NSP: 42,4% 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, 8,4% din cazurile înregistrate în regim ambulatoriu au fost pentru consum de NSP, iar în ceea ce privește serviciile de tratament în regim penitenciar, 5,1% dintre cazurile înregistrate au fost pentru consum de NSP.

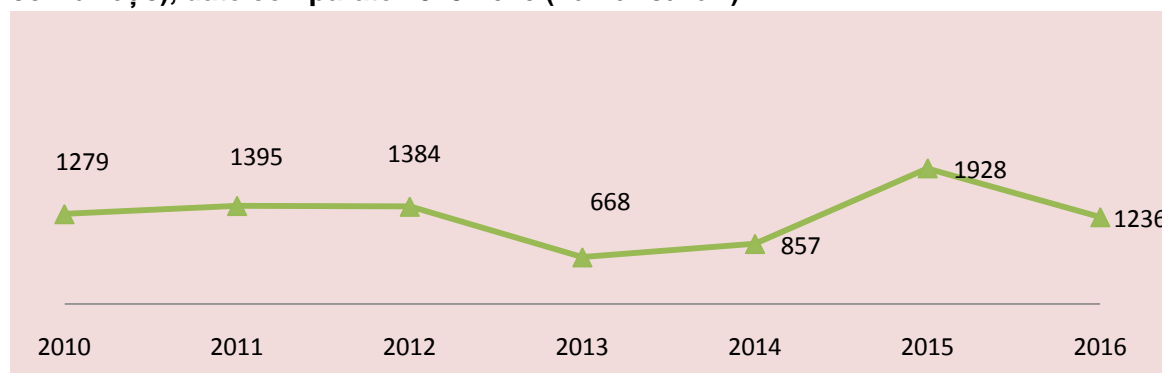
2.4.3. Consecințe ale consumului de NSP

2.4.3.1. Urgențe medicale datorate consumului de NSP

În 2016, au fost raportate 1236 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de NSP (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o scădere cu 35,9% față de anul anterior, când au fost înregistrate 1928 astfel de cazuri.

Noile substanțe psihoactive, prin consecințele asupra sănătății, pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihoactive, continuă să ocupe locul central în problematica urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, fiind menționate în 40,4% dintre cazuri.

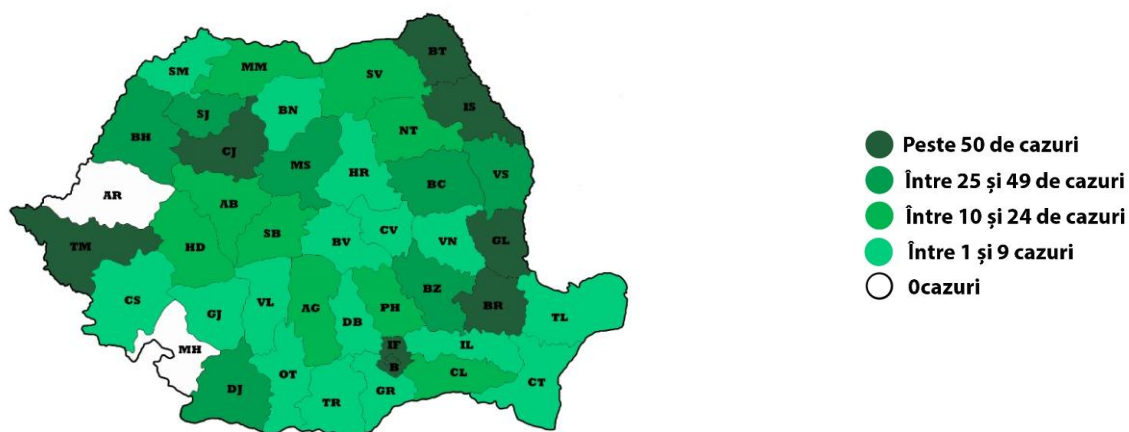
Grafic 2- 13: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2016 (număr cazuri)



Sursa: ANA

La nivel teritorial, cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de cannabis rămâne concentrată în 7 unități teritoriale (Botoșani, Brăila, Municipiul București, Cluj, Galați, Iași, Timiș), unde se înregistrează 62% din toată cazuistica.

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



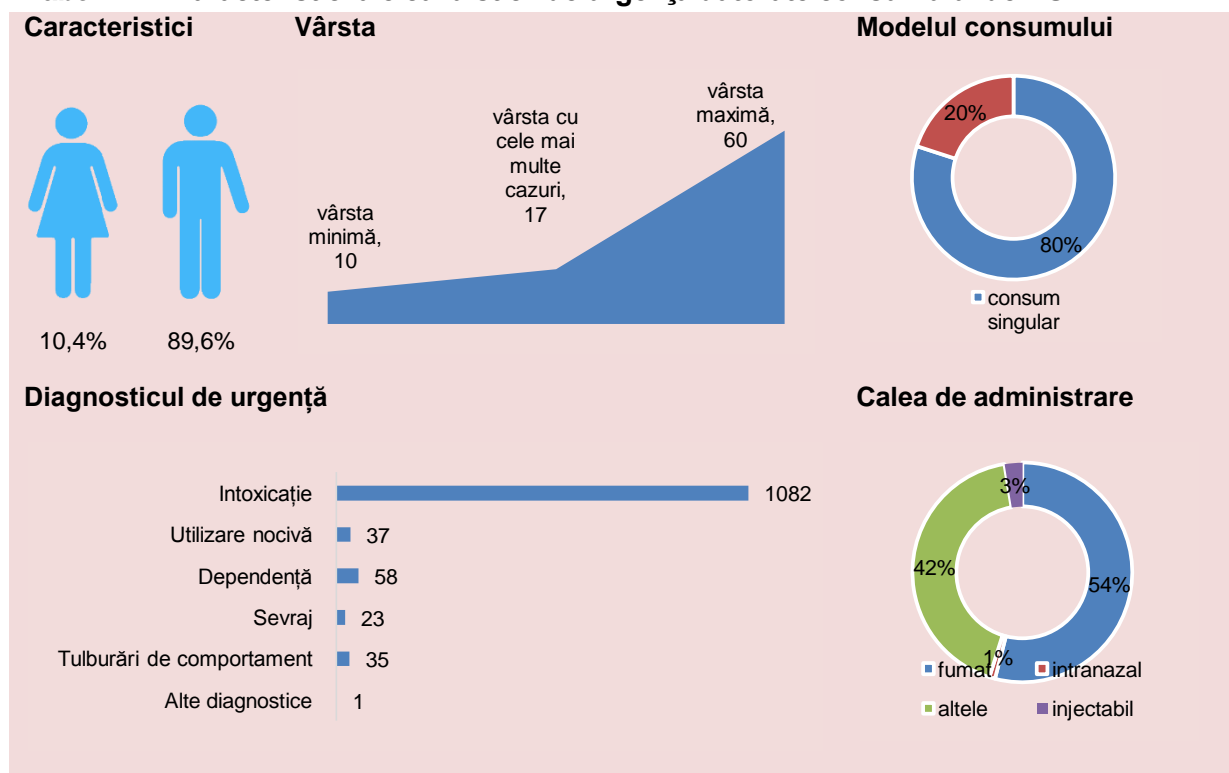
Sursa: ANA

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 – 87,5%. Acest diagnostic a fost urmat de dependență – 4,7%, utilizare nocivă – 3%, tulburări mentale și de comportament – 2,8%, sevraj – 1,9%, alte diagnostice – 0,1%.

În 8 din 10 cazuri a fost menționat consum singular de NSP. În ceea ce privește consumul de droguri multiple NSP a fost raportat în combinației cu consumul de cannabis, alcool, opiacee și medicamente.

Peste 90% din persoanele care au ajuns în secțiile de urgență pentru consum de NPS erau tineri sub 34 ani.

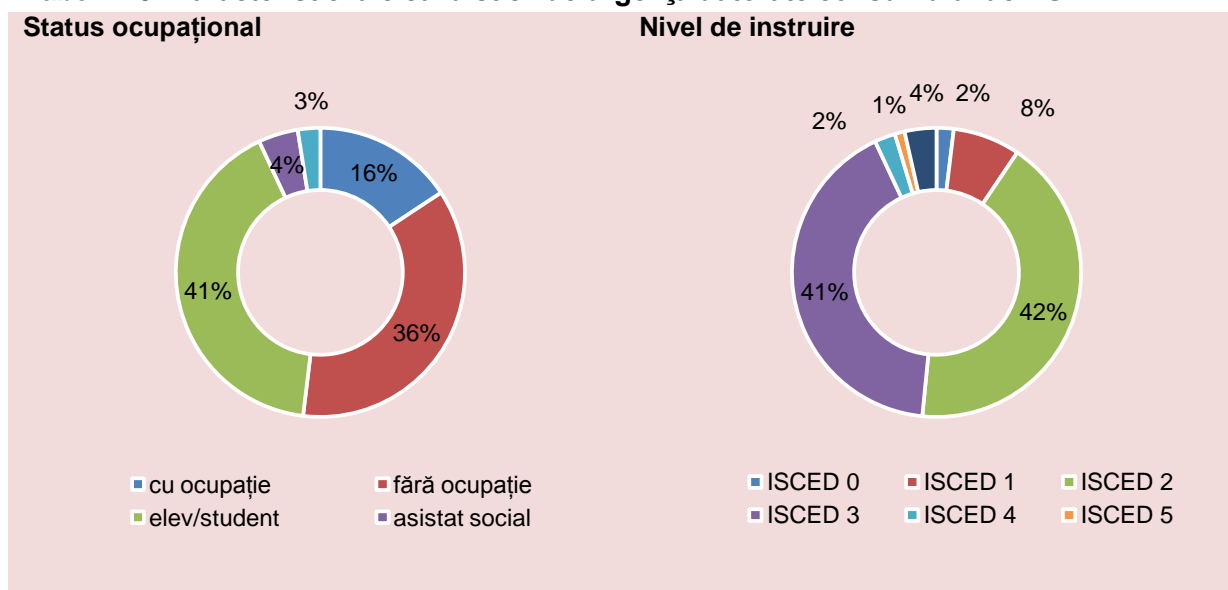
Tabel 2- 7: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de NSP



Sursa: ANA

În corelație cu vârsta persoanelor consumatoare de NSP care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, 83% dintre pacienți (număr de cazuri cu informații) au declarat că au absolvit cel mult nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

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



Sursa: ANA

2.5. DROGURI LICITE

2.5.1. Tutun

Fumatul țigaretelor cu tutun înregistrează cel de-al doilea nivel al prevalenței consumului de droguri în populația României. Astfel, un procent de 62,1% dintre cei intervievați au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții, 39,7% dintre aceștia declarând că fumează zilnic.

Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul experimental de tutun: 70,9% prevalența consumului în rândul populației masculine, față de 53,4% în rândul celei feminine.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 7 ani, iar media vârstei de debut este de 17,99 ani. Analiza vârstei medii de debut în consumul produselor din tutun indică faptul că peste jumătate (54,9%) dintre respondenți au declarat că au fumat pentru prima dată în intervalul 15-19 ani. De asemenea, s-a înregistrat un procent îngrijorător în ceea ce privește apariția acestui comportament înaintea împlinirii vârstei de 14 ani (16,4%).

În ceea ce privește fumatul, exceptând consumul experimental, care se stabilizează, consumul recent și cel actual înregistrează cele mai ridicate valori din ultimii 12 ani de când este aplicat acest studiu.

2.5.2. Alcool

Prevalențele consumului de alcool indică în anul 2016 o ușoară creștere a acestora față de cele înregistrate în studiul anterior (2013). O creștere mai importantă se observă în cazul consumului recent de alcool, care înregistrează o prevalență de 74,9%, față de 65%, în studiul

anterior. Prevalența de-a lungul vieții a consumului de alcool atinge valoarea de 86,1%, în timp ce, prevalența în ultima lună este de 58,3%.

Pentru debutul în consumul de alcool, se înregistrează o vârstă medie de aproape 18 ani. În schimb, 75% dintre respondenții care au raportat debutul în consumul de alcool, au inițiat acest tip de consum la vârste mai mici de 20 ani, iar 19,7% la vârste între 20-24 ani. Cea mai mică vârstă de debut conștient este 12 ani, în timp ce, cea mai mare este 38 ani.

În general, valorile înregistrate în cazul consumului de substanțe licite, precum alcoolul și tutunul, cresc și tind să egaleze sau chiar să depășească valorile înregistrate la începutul perioadei de monitorizare (2004).

2.5.3. Medicamente fără prescripție medicală

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante, sedative și antidepresive de 3,9%. Prevalența în ultimul an a consumului de medicamente fără prescripție medicală este de 1,9%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,2%.

Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul experimental de medicamente fără prescripție medicală: 2,9% prevalența consumului în rândul populației masculine, față de 5% în rândul celei feminine.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 12 ani, iar media vârstei de debut este de 31,1 ani. Cei mai mulți dintre respondenți au declarat debut în consumul de medicamente fără prescripție medicală la vârsta de peste 29 ani (52,9%), în timp ce, 15,6% dintre cei chestionați au început acest tip de consum la vârste foarte fragede (sub 19 ani).

După ce în 2013, consumul de medicamente fără prescripție medicală a cunoscut scăderi ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință considerată în analiză (de-a lungul vieții, ultimul an sau ultima lună), în anul 2016 toate cele trei tipuri de consum înregistrează creșteri, cea mai mare fiind în cazul consumului actual, care este de 3 ori mai mare, comparativ cu valoarea înregistrată la studiul anterior.

2.6. SURSE DE DATE UTILIZATE

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

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

2.7. METODOLOGIE

Pentru GPS 2016, universul cercetării l-a reprezentat populația României, aflată în statisticile Direcției pentru Evidența Persoanelor și Administrarea Bazelor de Date, cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani.

Dimensiunea eșantionului a fost de 7200 persoane, de cetățenie română, cu domiciliul stabil în România, din care 5700 persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, selectate la nivel național, la care s-au adăugat 1500 tineri cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani, selectați din

Municipiul București, reprezentând o supraeșantionare la nivelul acestei zone și pentru această categorie de populație.

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

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

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

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

Chestionarul a cuprins 15 secțiuni (date socio-demografice, alcool, tutun, medicamente fără prescripție medicală - tranchilizante, barbiturice și antidepresive, droguri ilegale – canabis, ecstasy, amfetamine, cocaină, crack, heroină, LSD, solvenți și substanțe inhalante, ciuperci halucinogene, metadonă, ketamină, ecstasy lichid, substanțe noi cu proprietăți psihoactive).

S-a utilizat un chestionar cu 285 întrebări care se referă la cunoștințele, atitudinile și practicile de consum. Au fost adăugate scalele specifice pentru măsurarea consumului abuziv de alcool (*Testul Audit - Alcohol Use Disorders Identification Test*), respectiv pentru evaluarea consumului problematic de canabis (*Scala CAST - Cannabis Abuse Screening Test*), precum și noile module cuprinse în *European Model Questionnaire* privind noile substanțe psihoactive sau disponibilitatea pe piață a drogurilor.

Colectarea datelor s-a realizat în perioada octombrie-noiembrie 2016.

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

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

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

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

2.7.CONCLUZII

- În ceea ce privește fumatul, exceptând consumul experimental, care se stabilizează la pragul de 62%, consumul recent și cel actual înregistrează cele mai ridicate valori din ultimii 12 ani de când este aplicat acest studiu, 40% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani menționând că au fumat în ultimul an și în ultimele 30 zile. După ce în 2013, consumul de medicamente fără prescripție medicală a cunoscut scăderi ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință considerată în analiză (de-a lungul vieții, ultimul an sau ultima lună), în anul 2016 toate cele trei tipuri de consum înregistrează creșteri, cea mai mare fiind în cazul consumului actual, care este de 3 ori mai mare, comparativ cu valoarea înregistrată la studiul anterior.
- Comparând rezultatele ultimelor două studii privind prevalența consumului de droguri în România (2013 și 2016), se observă o creștere a consumului experimental de droguri ilicite, de la 6,6% la 7,6%, dar și a consumului recent și a celui actual: de la 2,5% la 4,1%, respectiv de la 1,1%, la 1,7%. Diferențele de tendință, înregistrate în ceea ce privește consumul oricărui tip de drog, respectiv creștere a consumului experimental, a consumului recent și a celui actual, pot fi explicate prin revigorarea interesului pentru noile substanțe psihoactive, dar și prin evoluția consumului de cannabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă.
- Cannabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară. De asemenea, odată cu intrarea în vigoare a Noului Cod Penal (februarie 2014) și implementarea măsurilor privind tratamentul ca alternativă la închisoare, a devenit și drogul principal pentru care se solicită cu preponderență asistență în sistemul de tratament ambulatoriu.
- România continuă să se numere printre țările europene cu cel mai scăzut consum de droguri, fiind pentru majoritatea drogurilor sub media europeană a consumului.
- După o perioadă de declin, sunt semne ale creșterii consumului de noi substanțe psihoactive în rândul populației generale, în special al tinerilor. Totuși, problemele relaționate cu acestea sunt în declin, numărul cazurilor admiterilor la tratament sau a urgențelor datorate consumului de NSP fiind în scădere față de anul anterior.

3. PREVENIRE

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 **2016** 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 – 2016⁷.

Toate proiectele și intervențiile au fost în concordanță cu obiectivul general al pilonului orizontal „reducerea cererii de droguri” - 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.

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, concretizate în programe, proiecte și activități derulate la nivel național sau local, au fost subsumate obiectivelor tehnice globale de prevenire.

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.

Programele, proiectele și intervențiile de prevenire au avut ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației generale, școlare și grupurilor vulnerabile privind efectele consumului de alcool, tutun, droguri și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, precum și dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul acestor categorii de populație, prin orientarea grupurilor țintă către activități recreaționale dezirabile social, ca alternativă la consumul de droguri.

Concret, în principal prin strategii de dezvoltare și consolidare a factorilor de protecție, dar și prin informarea și conștientizarea asupra factorilor de risc, beneficiarii programelor de prevenire a consumului de droguri, selectați pe baza studiilor științifice, au fost abordați într-o manieră actuală și coerentă, în scopul capacitării adaptării acestora la normele sociale, la condițiile socio-economice și culturale actuale, precum și la influențele pozitive/ negative ale grupului de egali.

⁷H.G. nr. 784/09.10.2013 privind aprobarea *Strategiei naționale antidrog 2013-2020* și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016

3.1. PROFIL NAȚIONAL

3.1.1. Politici și organizare

3.1.1.1. 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*⁸ – obiectivul general în domeniul prevenirii consumului de droguri este reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire, în concordanță cu evidențele științifice, sistem ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate.

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

❖ **Prevenirea în școală:**

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

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

❖ **Prevenirea în familie:**

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

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

❖ **Prevenirea în comunitate:**

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

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

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

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

1. Creșterea nivelului de informare și conștientizare a populației generale și a populației la risc asupra efectelor, riscurilor și consecințelor negative ale consumului de droguri în vederea neînceperii sau întârzierii debutului consumului de droguri;

⁸publicat în Monitorul oficial al României nr. 702 bis din 15 noiembrie 2013

2. Creșterea nivelului de informare și sensibilizare a populației generale cu privire la aspectele medicale, psihologice și sociale ale consumului și dependenței de droguri în vederea diminuării stigmatizării și marginalizării sociale a consumatorilor de droguri;
3. Creșterea nivelului de implicare a mediilor de comunicare în masă în promovarea și susținerea programelor de prevenire a consumului de droguri.

3.1.1.2. 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** are ca **misiune** crearea unui mediu educațional care să asigure dezvoltarea armonioasă a tuturor beneficiarilor săi, prin promovarea excelenței și asigurarea accesului egal la educație. Subsumat misiunii sale, viziunea MEC este de a oferi tuturor beneficiarilor (preșcolari, elevi, studenți etc.) accesul la o educație de calitate care să facă posibilă atingerea potențialului maxim pentru fiecare dintre beneficiari, în vederea pregătirii lor pentru competitivitatea globală corelativ cu asigurarea, recunoașterea și garantarea drepturilor beneficiarilor de a-și păstra, dezvolta și exprima identitatea etnică, culturală, lingvistică și religioasă.

Pe **verticală**, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire, în cadrul Ministerului Educației, se face prin **Inspectoratele Școlare Județene, respectiv Inspectoratul Școlar al Municipiului București**.

- **Inspectoratele Școlare Județene și Inspectoratul Școlar al Municipiului București** sunt servicii publice deconcentrate ale Ministerului Educației, la nivel județean, care acționează pentru realizarea obiectivelor educaționale prevăzute de Legea Educației în domeniul învățământului preuniversitar. Aceste structuri deconcentrate aplică politicile și strategiile, controlează aplicarea legislației și monitorizează calitatea activităților de predare-învățare și respectarea standardelor naționale/ indicatorilor de performanță, prin inspecția școlară, controlează, monitorizează și evaluează calitatea managementului unităților și instituțiilor de învățământ, asigură, împreună cu autoritățile administrației publice locale, școlarizarea elevilor și monitorizează participarea la cursuri a acestora pe durata învățământului obligatoriu, coordonează admiterea în licee, evaluările naționale și

concursurile școlare la nivelul unităților de învățământ din județ și, respectiv, din municipiul București.

- ❖ **Ministerul Sănătății** elaborează **politicile, strategiile și programele de acțiune în domeniul sănătății populației, în acord cu Programul de guvernare și coordonează implementarea acestora, la nivel național, regional și local.** Principala atribuție a acestui minister, corelată ariei de prevenire a consumului de droguri este reprezentată de organizarea și coordonarea activităților de asistență de sănătate publică, promovare a sănătății și medicinei preventive, asistență medicală de urgență, curativă, de recuperare medicală, asistență medicală la domiciliu, precum și asistență de medicină legală și de medicină sportivă.

Unul dintre obiectivele strategice ale Ministerului Sănătății vizează 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, cu responsabilitatea de a iniția propuneri de acte normative sau lege ferenda în domeniul prevenirii consumului de alcool și tutun și dezvoltării serviciilor de asistență pentru consumatorii și consumatorii dependenți de alcool și tutun.

- **Direcțiile de sănătate publică județene**, respectiv a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel local, care realizează politicile și programele naționale de sănătate, elaborează programe locale, organizează structurile sanitare, evidențele statistice pe probleme de sănătate, precum și de planificare și derulare a investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate.
- ❖ **Ministerul Afacerilor Interne** prin intermediul celor **3 structuri**:
 - **Agencia Națională Antidrog** care, în contextul **misiunii** sale de elaborare, implementare, 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 la risc.
 - **Inspectoratul General al Poliției Române (IGPR)** care, în contextul **misiunii** sale de asigurare a unui serviciu public de bază pentru populație, cu finalitate în asigurarea securității și siguranței cetățeanului, dezvoltă și proiecte de prevenire a criminalității organizate, inclusiv de prevenire a consumului de alcool și droguri, prin structura sa de specialitate, respectiv **Institutul de Cercetare și Prevenire a Criminalității**.

Pe **verticală**, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul IGPR, se face prin **Inspectoratele județene de poliție**, respectiv **Direcția Generală de Poliție a Municipiului București**.

- ❖ **Ministerul Justiției, prin Administrația Națională a Penitenciarelor** este responsabil cu **aplicarea regimului de detenție și cu asigurarea intervenției recuperative**, în condiții care garantează respectarea demnității umane, facilitând responsabilizarea și reintegrarea în societate a persoanelor private de libertate și contribuind la creșterea

gradului de siguranță a comunității, la menținerea ordinii publice și a securității naționale. Administrația Națională a Penitenciarelor aplică în domeniile de competență strategia Guvernului României privind executarea pedepselor și măsurilor privative de libertate pronunțate de instanțele judecătorești. Administrația Națională a Penitenciarelor este un serviciu public ce contribuie la apărarea ordinii publice și a siguranței naționale, prin asigurarea pazei, escortării, supravegherii, aplicarea regimului de detenție/ internare, având un rol social deosebit, determinat de funcțiile sale punitiv-educative și de reinserție socială a persoanelor private de libertate.

Pe **verticală**, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANP, se face prin intermediul rețelei naționale formate din cele **44 de unități penitenciare**, din care 1 penitenciar pentru femei la Târgșor, 6 penitenciare spital (București Jilava, București Rahova, Mioveni, Dej, Poarta Albă și Târgu Ocna) și patru centre de reeducare pentru tineri și minori (Centrul de Detenție Brăila-Tichilești, Centrul de Detenție Craiova, Centrul Educativ Buziaș, Centrul Educativ Târgu-Ocna).

❖ **Ministerul Muncii și Justiției Sociale** realizează **politicile naționale, corelate cu cele la nivel european și internațional, în domeniul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice**, îndeplinind rolul de autoritate de stat, strategie și planificare, reglementare, sinteză, coordonare, monitorizare, inspecție și control, prin:

• **Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție** a cărei misiune este de a **monitoriza respectarea drepturilor tuturor copiilor** și de a lua toate măsurile pentru a contribui la crearea unei societăți demne pentru copii, implicând în acest proces autoritățile administrației publice locale și centrale, societatea civilă, părinții și copiii, și care, în contextul asigurării monitorizării implementării politicilor publice de protecție a copilului și legislației în materia drepturilor copilului, elaborează și implementează, în colaborare cu alte instituții publice sau organizații neguvernamentale, proiecte și intervenții de prevenire selectivă a consumului de droguri.

Pe **verticală**, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANPDCA, se face prin cele **41 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC)**, respectiv Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, a municipiului București.

• **Agencia 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**, este organ de specialitate al administrației publice centrale, în subordinea Guvernului, având **rol de sinteză și de coordonare a aplicării strategiei și politicilor Guvernului în domeniul tineretului și sportului**, și care, în cadrul programelor naționale, finanțează și organizații neguvernamentale care dezvoltă programe extracurriculare alternative la consumul de droguri, coordonând metodologic proiectele și intervențiile prin cele **41 de Direcții județene pentru Sport și Tineret, respectiv Direcția de Sport și Tineret a municipiului București**.

- ❖ **Ministerul Afacerilor Externe** care, în contextul misiunii sale de realizarea a politicii externe a statului român, în concordanță cu interesele naționale și cu statutul României de membru în structurile europene și euroatlantice, în cadrul proiectelor în domeniul consular poate elabora și implementa, în parteneriat cu alte instituții cheie, campanii de informare publică cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul românilor care călătoresc în străinătate sau celor din diaspora.
- ❖ **Autorități publice locale**, altele decât cele sus-menționate ca fiind descentralizare sau deconcentrate – **Consilii Județene și Consilii locale**, având rol determinant în aprobarea și promovarea strategiilor județene antidrog și în finanțarea proiectelor antidrog ale organizațiilor neguvernamentale.
- ❖ **Structurile societății civile** reprezentative care elaborează și implementează, în parteneriat cu instituțiile publice sau alte organizații neguvernamentale și/ sau profesionale, proiecte de prevenire universală sau selectivă a consumului de droguri sunt:
 - Organizația „Salvați Copiii” România,
 - Confederația Caritas România,
 - Asociația de Luptă Antidrog AMA,
 - Federația Internațională a Comunităților Educative din România (FICE România),
 - Asociația pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT).
 - Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO),
 - Centrul European pentru Prevenirea Adicțiilor
 - Biserica Ortodoxă Română,
 - Biserica Romano-catolică etc.

3.1.1.3. Plan de acțiune pentru activitățile de prevenire în mediul școlar

Planul de acțiune pentru implementarea SNA 2013-2020, aprobate prin H.G. nr. 784/ 2013⁹ – 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.

Prevenirea în școală:

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

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

Activitățile de prevenire a consumului de droguri, se realizează de Agenția Națională Antidrog, prin cele **47 Centre Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog**, de către cadrele didactice formate în domeniul adicțiilor, de specialiști din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București și de ONG-urile din domeniul prevenirii consumului de droguri.

⁹publicat în Monitorul oficial al României nr. 702 bis din 15 noiembrie 2013

3.1.2. Intervenții în domeniul prevenirii consumului de droguri

3.1.2.1. Introducere

În condițiile în care, conform datelor *Studiului în școli privind consumul de alcool, tutun și droguri ilicite în România - ESPAD 2015*, sunt evidențiate creșteri semnificative ale prevalenței consumului de-a lungul vieții pentru canabis, cocaină, droguri injectabile, heroină și ciuperci halucinogene, proiectele și intervențiile de prevenire a consumului de droguri au reprezentat, în perioada de referință, 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 de uz/ abuz/ dependență, prevenirea sau reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.

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

Agenția Națională Antidrog a elaborat încă din anul 2013, în acord cu evidențele științifice, 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* (PN), respectiv *Programului de Interes Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015– 2018* (PIN), ca mecanisme finanțatoare naționale complementare ale politicilor publice în domeniul reducerii cererii de droguri.

Prin aprobarea *HG nr. 684/ 2015 pentru implementarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018*, a fost creat cadrul normative pentru asigurarea 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, implementarea *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 preventive, 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 **asigurarea sustenabilității celor 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. Sustenabilitatea a fost asigurată prin promovarea proiectelor în cadrul unor întâlniri tehnice interinstituționale.

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

PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul **2016**, o pondere importantă a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor în domeniu a fost reprezentată de cele implementate de Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu structurile deconcentrate și ONG-urilor cu atribuții în domeniu.

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

PROIECTE NAȚIONALE

1. Proiectul-concurs „**MESAJUL MEU ANTIDROG**”, ediția a XIII-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”.

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.

Grupul țintă a fost reprezentat de **50000 de elevi** din învățământul gimnazial și liceal.

Rezultatele proiectului: Proiectul a fost implementat în 44 județe și sectoare ale Municipiului București participante, fiind evaluate, în etapa națională, un număr de 276 de lucrări, din care 28 lucrări au fost declarate câștigătoare, iar din cei 2520 de elevi finaliști la etapa națională, un număr de 53 elevi fiind premiați în etapa de evaluare națională.

2. PROIECTUL „NECENZURAT”

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

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: Proiectul a fost implementat în 17 județe, fiind formate 48 cadre didactice în vederea implementării proiectului în 87 clase, numărul beneficiarilor direcți fiind de 2175 elevi și 780 părinți. Structurile deconcentrate care au sprijinit implementarea proiectului au fost: Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională și Casele Corpului Didactic, în parteneriat cu ONG-urile.

3. CONFERINȚA NAȚIONALĂ „Bune practici în prevenirea consumului de droguri în mediul școlar” - Palatul Național al Copiilor din București - 100 participanți.

Conferința, având ca **scop transferul interinstituțional de bune practici în implementarea unor proiecte de prevenire a consumului de droguri destinate populației școlare**, a fost un rezultat direct al *Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018*, aprobat prin H.G. nr 684/ 2015, respectiv Subprogramului I. „Prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu efecte psihoactive în populația școlară”.

La acest eveniment au participat reprezentanți ai Administrației Prezidențiale, Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice, Organizației Mondiale a Sănătății, Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, Inspectoratului Școlar al Municipiului București, Inspectoratelor școlare din județele: Argeș, Prahova și Teleorman, Institutului de Pneumologie „Marius Nasta”, precum și ai unor organizații

nonguvernamentale care promovează proiecte în domeniul prevenirii consumului de droguri în mediul școlar, respectiv FICE Romania, Asociația TRANSCENA, Asociația de Luptă Antidrog AMA, Fundația PARADA.

- 4. PROGRAMUL „SĂ ȘTII MAI MULTE, SĂ FII MAI BUNI!”**, 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.

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, vizionări 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. PROGRAMUL NAȚIONAL DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ÎN ȘCOALA ROMÂNEASCA** 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*. Sesiunile de informare au drept metode de lucru 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**.

O parte a resurselor financiare necesare implementării proiectelor naționale ale Agenției Naționale Antidrog au fost acoperite din bugetul de stat, Titlul VII, art 55.01.18, prin implementarea **Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015-2018, aprobat prin H.G. nr. 684/ 2015**, respectiv prin **Subprogramul I, “Prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu efecte psihoactive în populația școlară”**.

Alocarea resurselor financiare pentru implementarea unui subprogram destinat prevenirii consumului de droguri în mediul școlar a contribuit direct la creșterea vizibilității și calității actului de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar, implicit, la promovarea imaginii instituționale, corelativ cu atingerea parțială a celor 2 obiective specifice ale Suprogramului I.

Astfel, în perioada de referință, pentru implementarea **Subprogramului I “Prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu efecte psihoactive în populația școlară”**, a fost alocată **suma de 143659,65 lei** destinată **implementării proiectului „NECENZURAT”** (formare profesioniști, tipărire materiale educative – caietul elevului, manualul profesorului, set cartonașe proiect, precum și materiale de promovare a proiectului – roll-up-uri), **proiectului-concurs național „MESAJUL MEU ANTIDROG”**

(premiu câștigători etapa națională, material promovare a proiectului – flyere, afișe și roll-up-uri), **elaborării unui proiect pilot de prevenire a consumului de droguri în mediul liceal, prin dezvoltarea de alternative culturale și sportive de petrecere a timpului liber și, organizării și implementării conferinței naționale „Bune practici în prevenirea consumului de droguri în mediul școlar”.**

PROIECTE LOCALE DE PREVENIRE UNIVERSALĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

În perioada de referință, Agenția Națională Antidrog, **prin rețeaua locală**, formată din cele 47 C.P.E.C.A., în parteneriat cu organizațiile neguvernamentale și/ sau Inspectoratele Școlare județene, Direcțiile Județene de Tineret și Sport - structuri teritoriale ale Ministerului Tineretului și Sportului, a implementat **680** proiecte/ campanii preventive în mediul școlar, din care:

- în mediul preșcolar: **40** proiecte care au avut ca beneficiari direcți un număr de **6278** copii și **8198** membri de familie și cadre didactice, ca beneficiari indirecti.
- în mediul școlar (primar, gimnazial și liceal): **1103** activități punctuale și **484** proiecte, având un număr **197267** beneficiari direcți și, respectiv, **225821** elevi, părinți și cadre didactice, ca beneficiari indirecti ;
- în mediul universitar: **78** proiecte, având un număr de **44512** studenți și cadre didactice, ca beneficiari direcți și, respectiv, **78802** studenți și cadre didactice, ca beneficiar indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

- Proiectul **“Să creștem frumos și sănătos”** a avut ca **obiectiv general** creșterea influenței factorilor de protecție în vederea adoptării unui stil de viață sănătos pentru **210 preșcolari și 150 elevi din ciclul primar** de la Școala Gimnazială „Dr. Alexandru Safran” și Școala Gimnazială „George Bacovia” Bacău, pe parcursul semestrului al II-lea, al anului școlar 2015 - 2016 și se încadrează în Planul de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2013 – 2016, obiectivul specific 1, capitolul I.A.1 „Prevenirea în școală”, activitatea 1.3. “Implementarea de proiecte pilot, la nivel național și local, de intervenție timpurie în mediul preșcolar și primar, prin creșterea influenței factorilor de protecție și scăderea influenței factorilor de risc”.
- **Proiectul “Construiește-ți liber viitorul!”** și-a propus creșterea nivelului de informare pentru un număr de 500 de elevi din 2 unitati de învățământ din municipiul Bacău. Pentru indeplinirea obiectivului general, proiectul a parcurs mai multe etape: evaluarea nevoilor de informare a elevilor prin participarea unui eșantion de elevi selectați din fiecare unitate școlară la 2 focus-grupuri; informarea cadrelor didactice - profesori diriginți ai claselor selectate, cu privire la acțiunile din proiect și eficientizarea procesului de prevenire în școală; informarea părinților cu privire la riscurile consumului de droguri, serviciile de prevenire și asistență oferite de CPECA și alții furnizori de servicii, precum și activitățile în care sunt implicați copiii lor; realizarea design-urilor de intervenție pentru elevi, în funcție de rezultatele focus-grupurilor organizate și susținerea celor 38 de ateliere nonformale pentru elevii din clasele propuse.

PREVENIREA ÎN FAMILIE

În România, în anul de referință a fost implementat un număr relativ redus de proiecte de prevenire în aria familială.

Agenția Națională Antidrog, prin intermediul structurilor sale locale și în parteneriat cu organizații cu atribuții în domeniu, a implementat **4** campanii, **56** proiecte, **270** intervenții/activități la nivel local, în mediul urban și rural, având un număr de **19647** beneficiari direcți - părinți, asistenți maternali, copii, tineri, și reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor de protecție a copilului, și, respectiv, **23557** copii, tineri, părinți, asistenți maternali, reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor de protecție a copilului, ca beneficiari indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

- **Proiectul “Aici pentru tine”** a avut ca **obiectiv general** dezvoltarea abilităților de viață sănătoasă a **100 de familii** prin implicarea a 12 voluntari antidrog în activități de informare, educare și socializare alături de 100 de copii internați temporar în Spitalul Județean de Urgență Bacău (Secția Pediatrie și Secția Chirurgie și Ortopedie Pediatrică) și 20 de părinți ai acestora, în perioada septembrie - decembrie 2016.
Pentru ca un proces de învățare să fie eficient se combină metodele folosite pentru a aborda toate cele 4 stiluri de învățare propuse de David Kolb și dezvoltate de Peter Honey și Alan Mumford: activ, reflexiv, teoretic și pragmatic. Metodele dezvoltate în cadrul educației non-formale se centrează tocmai pe implicarea tuturor stilurilor de învățare, permițând participanților să își folosească toate simțurile, ceea ce duce la experiențe cu totul noi care să creeze acestora o stare de bine sau de împlinire.
- Proiectul **“Părinți responsabili!”** are ca scop 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, adresat unui număr de 30 părinți ai elevilor preșcolari din cadrul Grădiniței cu program prelungit Șelimbăr și Școala Gimnazială nr. 5 Mediaș.

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.**

CAMPANII ȘI PROIECTE NAȚIONALE

1. **CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN” (31 MAI 2016)** a fost implementată printr-o serie de activități de prevenire a consumului de tutun și de promovare a unui stil de viață sănătos. Au fost implementate **182 de activități** în comunitate, cu sprijinul a **51 de voluntari acreditați A.N.A.**, având ca **beneficiari direcți 3824 elevi, 90 profesori și 3155 membrii ai comunității.**
2. **CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA TRAFICULUI ȘI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI” (26**

IUNIE 2016) - cu tema, „Întâi ASCULTĂ! Ascultându-i pe copii și tineri, realizezi un prim pas pentru a-i crește sănătos și în siguranță!”

Activitățile de prevenire, implementate în perioada 23-26 iunie 2016, au urmărit informarea populației generale, în special a celei tinere, cu privire la efectele consumului substanțelor ilicite și atragerea consumatorilor către serviciile de specialitate sau implicarea acestora în activitățile desfășurate de Agenția Națională Antidrog, rezultând **162 activități** adresate unui număr de **322670 beneficiari direcți** (adolescenți și tineri cu vârste cuprinse între 14-21 de ani) și **37658 beneficiari indirecti** (specialiști, decidenți politici, părinți, populația generală).

- 3. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI NAȚIONALE FĂRĂ TUTUN” (17 NOIEMBRIE 2016) a fost implementată printr-o serie de activități** care au fost centrate preponderent pe informarea, educarea și conștientizarea populației generale privind efectele fumatului și pe activități de petrecere a timpului liber într-un mod sănătos ca alternativa la consumul de droguri. Campania a fost implementată în **865** în instituțiile de învățământ (**20** în mediul preșcolar, **730** în mediul preuniversitar, **115** în mediul universitar) și a avut **38** activități în mediul familial și **53 activități** în mediul comunitar. Această campanie a avut **29982 beneficiari direcți**.

- 4. CAMPANIA DE PREVENIRE ȘI REDUCERE A RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS!” – 2016**

Activitățile campaniei au urmărit creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri și a persoanelor cu comportamente la risc, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate, în anul 2016, în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

Un număr de aproximativ **10000 de persoane** au fost informate despre activitățile acestei campanii și au beneficiat de servicii de specialitate, adaptate nevoilor. În perioada de implementare a campaniei au fost distribuite **10000 de pliante, 2500 afișe, 550 tricouri inscripționate, 500 bandane, 1000 baloane, 4000 de prezervative**. În vederea implementării campaniei, au fost achiziționate bunuri și servicii în valoare de **80160,86 lei**.

- 5. CAMPANIA MEDIA DE SENSIBILIZARE A POPULAȚIEI GENERALE, AVÂND CA SCOP DESTIGMATIZAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI**

În vederea realizării unei campanii media de informare și sensibilizare a populației generale cu privire la consumul de droguri, dependența de droguri, stigmatizarea și marginalizarea socială a consumatorilor de droguri a fost considerată ca fiind necesară identificarea stereotipurilor, factorilor culturali, imaginii pe care populația generală o are față de aspectele psiho-sociale ale consumului și dependenței de droguri, precum și referitoare la consumatorii de droguri și consumatorii dependenți.

În vederea atingerii parțiale a rezultatului unor rezultate și măsuri aferente **Subprogramului III. „Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu proprietăți psihoactive”, din cadrul PN 2015-2018 și în acord cu obiectivele generale din documentele programatice în aria reducerii cererii de droguri din cadrul PN, Titlul VII, art. 55.01.18**, au fost achiziționate **serviciile de cercetare socială de tip focus grup**, în valoare de **25800 lei**.

Scopul achiziției a fost măsurarea percepțiilor și atitudinilor populației generale (cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani) și profesioniștilor în domeniu față de grupul vulnerabil al consumatorilor de droguri, corelativ cu identificarea stereotipurilor sociale existente față de această categorie.

Obiectivul general al cercetării sociale l-a reprezentat colectarea și furnizarea de recomandări concrete privind conturarea elementelor cheie (vizuale și lingvistice) care vor sta la baza elaborării campaniei media.

Obiectivele specifice au fost:

- Măsurarea distanței sociale manifestate de respondent fata de consumatorii de droguri și consumatorii dependenți.
- Identificarea atitudinilor și stereotipurile stigmatizante, comportamentele specifice și clișeele sociale lipsite de etică ale populației generale față de consumatorii de droguri și consumatorii dependenți.
- Identificarea factorilor culturali care influențează atitudinile stigmatizante ale opiniei publice față de consumatorii de droguri.
- Formularea unor recomandări funcție de rezultatele cercetării, vizând orientarea politicilor publice în domeniul de referință și, în mod special orientarea campaniei media de destigmatizare a consumatorilor de droguri.

Rezultate:

- În accord cu termenii contractuali, au fost organizate **7 focus-grupuri**, în București și în țară, cu **10-14** respondenți/ fiecare. În total, au fost intervievați **83 de respondenți**, provenind din medii socio-profesionale diverse. Grupurile au fost în cea mai mare parte grupuri de experți, însă au inclus și aproximativ doi reprezentanți ai opiniei publice în interiorul fiecărui grup de discuții,
- A fost elaborat și livrat raportul de cercetare în acord cu cerințele solicitate în caietul de sarcini, raport care conține concluziile cercetării ce vor fi utilizate în cea de-a doua etapă, de elaborare a designului și materialelor campaniei.

6. SERVICIUL TEL VERDE al ANA (0800 8 700 700) este un serviciu telephonic de informare care ca scop facilitează accesului populației la informațiile generale referitoare la riscurile consumului de droguri și, implicit, la serviciile naționale de asistență pentru consumatorii de droguri.

În anul 2016, au fost înregistrate un număr de **126** apeluri telefonice, numărul scăzut de apeluri fiind determinat de inexistența resurselor financiare pentru promovarea serviciului în cadrul unei campanii naționale de informare publică.

Alocarea resurselor financiare pentru implementarea unui subprogram destinat campaniilor de prevenire a consumului de droguri în populația generală a contribuit direct la creșterea vizibilității și calității actului de prevenire, implicit, la promovarea imaginii instituționale..

Astfel, în perioada de referință, pentru implementarea **Subprogramului III** „Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu efecte”, a fost alocată suma de **91544,36 lei** destinată implementării campaniei naționale pentru marcarea Zilei internaționale de luptă împotriva traficului și consumului ilicit de droguri (26 Iunie 2016), realizării cercetării sociale care fundamentează designul viitoarei campanii naționale media pentru diminuarea stigmatizării și marginalizării sociale a consumatorilor de droguri și implementării campaniei de informare și prevenire a riscurilor asociate consumului de droguri „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS!”.

VOLUNTARIATUL ÎN A.N.A.

La finele anului situația centralizată, pentru anul 2016, conform raportării a 40 centre, se prezintă astfel:

Numărul voluntarilor la 31.12.2016	Numărul voluntarilor noi contractați în anul 2016	Numărul și tipul proiectelor desfășurate cu sprijinul voluntarilor în anul 2016	Numărul și tipul activităților punctuale (altele decât cele din cadrul proiectelor) desfășurate cu sprijinul voluntarilor în anul 2016
398	214	Comunitate - 88, Școală 50 Familie 6	298

Sursa: ANA

A fost elaborată și implementată **procedura revizuită** care reglementează **activitatea de voluntariat la nivelul A.N.A.**

PROIECTE LOCALE DE PREVENIRE UNIVERSALĂ ÎN COMUNITATE:

În anul 2016, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au fost implementate 172 proiecte, 23 campanii locale, 1659 intervenții/ activități de prevenire a consumului de droguri la nivel local, în mediul urban și rural, având un număr de 120.121 tineri, adulți, voluntari, ca beneficiari direcți și, respectiv, 147274 beneficiari indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

- **Proiectul „Cluburi Antidrog”** a vizat dezvoltarea de abilități educative, în domeniul comunicării, educației între egali și prevenirii consumului de droguri, la adolescenții din mediul liceal, prin organizarea unor sesiuni de informare a cărei tematică a fost adaptată problematicei actuale, elevii fiind familiarizați cu terminologia specifică, informații cu privire la riscurile asociate consumului de droguri licite și ilicite, inclusiv cu privire la noile substanțe cu efect psihoactiv. În ceea ce privește modalitatea de desfășurare a sesiunilor, acestea vor îmbina educația formală cu cea non-formală. Elevii implicați vor constitui Cluburi Antidrog, structuri organizatorice cu rol în prevenirea consumului de droguri în instituțiile din care provin și comunitate.
- **Proiectul „Voluntariat – resursă pentru comunitate”** a avut ca scop creșterea gradului de implicare activă a tinerilor din județul Satu Mare la viața comunității, prin promovarea educației nonformale și voluntariatului activ.

Impactul pe care proiectul îl va avea în comunitate este unul pozitiv deoarece:

- ✓ generează o schimbare de mentalitate în rândul tinerilor, în sensul ca aceștia vor fi conștienți de valoarea lor și posibilitatea de a contribui în bine la schimbarea comunității din care fac parte.
- ✓ aduce elemente de plus valoare la educația tinerilor prin promovarea metodelor de învățare nonformală.
- ✓ contribuie la creșterea toleranței, nondiscriminării și promovării solidarității sociale în primul rând la nivel de individ și apoi la nivel de comunitate prin oportunitățile create pentru tineri de a-și pune în valoare talentul și cunoștințele asimilate pe parcursul proiectului.

3.1.2.3. Intervenții de prevenire selectivă

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

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

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

În 2016, a fost lansată cea de a **VI-a ediție** a proiectului, prin **40 cursuri**, având următoarele **obiective specifice**:

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

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

Grupul țintă a fost format din **644** adolescenții și tinerii care au consumat droguri și au fost identificați la primul istoric de consum, dar care nu au devenit încă dependenți. Accentul s-a pus pe adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 14-21 ani, cu posibilitatea extinderii până la 25 ani.

Tot în anul 2016, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au fost implementate **78** proiecte locale, având un număr de **43882** tineri, ca beneficiari direcți și, respectiv, **42813** beneficiari indirecți.

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN COMUNITATE

Asigurarea sustenabilității proiectului “EGALITATE DE ȘANSE PE PIAȚA MUNCII – ȘANSA TA LA UN VIITOR MAI BUNI!”, prin promovarea proiectului în grupurile intersectoriale și interinstituționale de experți, în scopul asigurării vizibilității bunelor practici în materie.

Proiectul a reprezentat 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 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);

3.1.2.4. 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.

În anul de referință, ANA nu a implementat proiecte de prevenire indicată iar, din datele furnizate de actorii sociali guvernamentali sau nonguvernamentali, nu sunt evidențiate proiecte și intervenții de acest tip.

3.1.3. Asigurarea calității intervențiilor de prevenire

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

La finalizarea proiectelor locale de prevenire a consumului de droguri, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog - în calitate de implementatori – depun la serviciul

ANA avizator, în baza procedurii, instrumentul denumit “Fișa finală standard a proiectului”, în care sunt relevate rezultatele proiectelor.

Toate proiectele locale menționate, implementate de CPECA, în parteneriat cu diferite autorități publice locale și ONG-uri reprezentative, au fost supuse și în anul 2016 acestei proceduri standardizate.

3.2. PROGRESE ÎNREGISTRATE

Principalul **element de plusvaloare**, atât la nivel teoretico-conceptual, cât și în planul implementării și eficientizării intervențiilor preventive, 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 **asigurarea sustenabilității celor 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. Sustenabilitatea a fost asigurată prin promovarea proiectelor în cadrul unor întâlniri tehnice interinstituționale.

3.3. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

În vederea asigurării creșterii accesului beneficiarilor la serviciile de prevenire a consumului de alcool, tutun și droguri au fost identificate priorități pentru anul 2017 și anume:

- diversificarea metodelor și mijloacelor de furnizare a informațiilor și prin instruirea cadrelor didactice și altor categorii profesionale (medici, psihologi, asistenți sociali, juriști etc) pentru a furniza 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 modificările permanente ale tipologiei beneficiarilor;
- 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 nevoile grupurilor la risc, comportamentele utilizatorilor de droguri injectabile și nevoile acestora.
- asigurarea resurselor financiare, logistice și umane adecvate nevoilor de prevenire.

3.4. SURSE ȘI METODOLOGIE

- www.mai.gov.ro
- www.ana.gov.ro
- www.politiaromana.ro

- www.edu.ro
- www.ms.ro
- www.just.ro
- www.anp.gov.ro
- www.mmuncii.ro
- www.mts.ro
- www.mae.ro
- www.salvaticopiii.ro
- www.caritasromania.ro
- www.aliat-ong.ro
- www.asociatiacepa.ro
- www.ficeromania.ro
- www.winnity.ro
- www.ciado.ro
- www.patriarhiaromana.ro
- www.catholica.ro
- 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

4. TRATAMENT

4.1. REZUMAT

Agenția Națională Antidrog a luat ființă în anul 2003, moment în care a fost elaborată prima Strategie Națională Antidrog (pentru perioada 2003-2004).

Strategia în vigoare este aplicabilă din 2013 până în 2020 și se implementează prin două planuri de acțiune, fiecare dintre acestea având durata de câte 4 ani: 2013-2016 și 2017-2020.

La nivel național, există două rețele de tratament care asigură (în comunitate) asistență persoanelor consumatoare de droguri:

- rețeaua de tratament de tip ambulatoriu, formată din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (structuri subordonate Agenției Naționale Antidrog), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre de tratament private sau dezvoltate de ONG) și Centrele de Sănătate Mintală (unități de tratament dezvoltate de Ministerul Sănătății),
- rețeaua de tratament în regim rezidențial, formată din unitățile medicale ale Ministerului Sănătății și comunitățile terapeutice dezvoltate de ONG.

De asemenea, la nivelul sistemului penitenciar, au fost dezvoltate servicii de asistență, acordate de specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de personalul de specialitate al Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în cadrul celor 35 unități penitenciar, 4 centre de reeducare, 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciar.

În 2016, 3544 persoane au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de droguri, ceea ce înseamnă o creștere cu 9,4% față de anul anterior.

Majoritatea admitterilor au vizat acordarea de tratament specific pentru consumul de cannabis (48,5%), numărul solicitărilor pentru acest tip de drog crescând cu 35,1%, față de anul anterior. Este al treilea 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. Deoarece, cele mai multe dintre aceste persoane se declară consumatoare de cannabis, această modificare legislativă a generat restructurarea tabloului drogurilor pentru care se solicită asistență specializată în România, scoțând la „suprafață” acest tip de consumatori.

În ceea ce privește cererea de tratament pentru consumul de opioide, se conturează o tendință descendentă (scădere cu 9,1%), după ce anterior se înregistrase o scădere cu 3,4%. Solicitățile pentru acest tip de consum rămân în continuare la un nivel ridicat, acestea reprezentând aproximativ un sfert (27,2%) din numărul total al celor admiși la tratament pentru consum de droguri în 2016.

În schimb, numărul solicitărilor de tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive se stabilizează (scădere cu 4%, de la 722 cazuri, la 697 cazuri), iar ponderea acestora ajunge la 19,6% din totalul admitterilor.

În 2016, se atinge un maximum în ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența de droguri, numărul beneficiarilor ajungând la 3544 (fiind de 2,6 ori mai mare decât minimumul înregistrat în 2006 - 1350 beneficiari).

Comparativ cu perioada 2006-2013, când pentru dependența de heroină se înregistra atât cea mai mare pondere în totalul admiterilor la tratament, cât și cel mai mare număr de admiteri, în 2016, pe fondul tendinței ascendente a cererii de tratament pentru consumul de cannabis, semnalată începând cu anul 2014, se observă o distribuție similară anului anterior în ceea ce privește nevoia de tratament, între cele trei tipuri de droguri care domină tabloul asistenței pentru dependența de droguri din România: cannabis, opioide și noi substanțe psihoactive.

Contrar anilor anteriori, când se observase o distribuție relativ echilibrată între aceste trei tipuri de droguri, în 2016, cererea de tratament pentru consumul de cannabis ajunge să se impună, ponderea sa în totalul solicitărilor fiind de 48,5%, iar numărul de solicitări (1719 beneficiari) depășind un maximum istoric înregistrat în România pentru numărul de admiteri la tratament înregistrate într-un an calendaristic pentru un tip de drog (maximumul istoric al admiterilor la tratament data din 2008, când au fost înregistrate 1457 persoane care au beneficiat de tratament specific pentru dependența de heroină).

Pe poziția secundă, se plasează cererea de tratament pentru consumul de opioide cu 27,2% (956 beneficiari), iar pe locul al treilea, cea pentru dependența de noile substanțe psihoactive (19,6% - 693 beneficiari).

În mod similar cu anii anteriori, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament rămâne mult redusă: benzodiazepine – 1,3%, inhalanți/ substanțe volatile –1,1%, cocaină – 1%, MDMA/ ecstasy – 0,6%, amfetamine – 0,4%, metamfetamine – 0,2%.

Tendențele înregistrate în evoluția admiterilor la tratament pentru dependența de droguri au fost influențate de efectele determinate 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), disponibilitatea locurilor la tratament (OST), precum și de menținerea interesului pentru consumul de noi substanțe psihoactive.

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 european 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

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 noi substanțe 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. Politici și coordonare

4.2.1.1. 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 noi substanțe 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 copii străzii, de servicii de tip outreach în comunitate, de locuințe protejate, precum și prin promovarea acestor servicii, se urmărește capacitatea sistemului integrat de asistență pentru consumatorii de droguri, astfel încât, prin dezvoltarea implicită de metodologii și norme de funcționare să se asigure coerența cu sistemele medical și social, obținându-se astfel un impact comunitar maxim la nivel de politici în domeniu.

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

4.2.2.1. Sistemul de tratament ambulatoriu – principalii furnizori de servicii și caracteristicile beneficiarilor

4.2.2.1.1. Organizarea sistemului ambulatoriu de asistență integrată

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

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

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

Tabel 4- 1: Caracteristicile centrelor ambulatorii

Centre specializate de asistență	57	Aproximativ 80% din totalul persoanelor consumatoare de droguri care au fost tratate în regim ambulatoriu în anul 2016 au fost raportate de Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog care, în unele județe, reprezintă principalii furnizori de servicii pentru tratamentul dependenței de droguri în regim ambulatoriu. La rețeaua teritorială de asistență de tip ambulatoriu, dezvoltată de Agenția Națională Antidrog, se adaugă Centrele de tratament ambulatoriu dezvoltate de Ministerul Sănătății, Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor din sistemul privat de sănătate și ONG-urile specializate în tratamentul dependenței de droguri. Acestea asigură servicii de asistență medicală, psihologică și socială, precum și managementul de caz pentru persoanele consumatoare de droguri.	2319
Centre cu prag minim de acces	0		
Unități de asistență medicală generală	0		
Unități medicale de psihiatrice	0		
Penitenciare	0	Referirea la tratamentul acordat în închisoare a fost făcută în subcapitolul referitor la rețeaua de tratament în regim rezidențial	

Sursa: ANA

4.2.2.1.2. Alte aspecte ale furnizării și utilizării tratamentului pentru dependența de droguri în regim ambulatoriu

Numărul beneficiarilor

În anul 2016, 2319 persoane au fost tratate pentru dependența de droguri în centre de tratament ambulatoriu, comparativ cu 2015, observându-se o creștere cu 8,4% pentru acest tip de servicii. Similar anilor anteriori, și în anul 2016, proporția celor care au apelat la asistență specializată pentru dependența de droguri în regim ambulatoriu se menține la același nivel, respectiv de 65,4% (față de 65,3% în anul anterior). Din aceștia, 1811 beneficiari au solicitat pentru prima dată asistență pentru probleme datorate consumului de droguri, aceștia reprezentând 78,1% din numărul total al celor admiși la tratament în regim ambulatoriu în 2016.

Sexul și vârsta beneficiarilor

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

- 90,4% (2097 persoane) din beneficiarii înregistrați la centrele de tratament ambulatoriu sunt de sex masculin. Vârsta medie a celor care au apelat la serviciile de asistență în regim ambulatoriu este de 27,1 ani, aceasta fiind identică pentru cele două categorii de sex;

- majoritatea (85,7% - 1987 beneficiari) sunt persoane cu vârsta sub 34 ani, 14,1% (326 beneficiari) sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 ani, iar restul (0,3% - 6 beneficiari) sunt persoane de peste 54 ani;
- în cazul bărbaților, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare a cazurilor este grupa 20-29 ani (58,3%), în timp ce, în cazul femeilor, ponderea cea mai mare a cazurilor este deținută de categoria de vârstă 25-34 ani (49,1%);
- pentru beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu, vârsta medie de debut în consumul de droguri a fost de 20,7 ani, în timp ce, vârsta medie la prima internare a fost de 25,8 ani.

Drogul principal de consum și calea de administrare

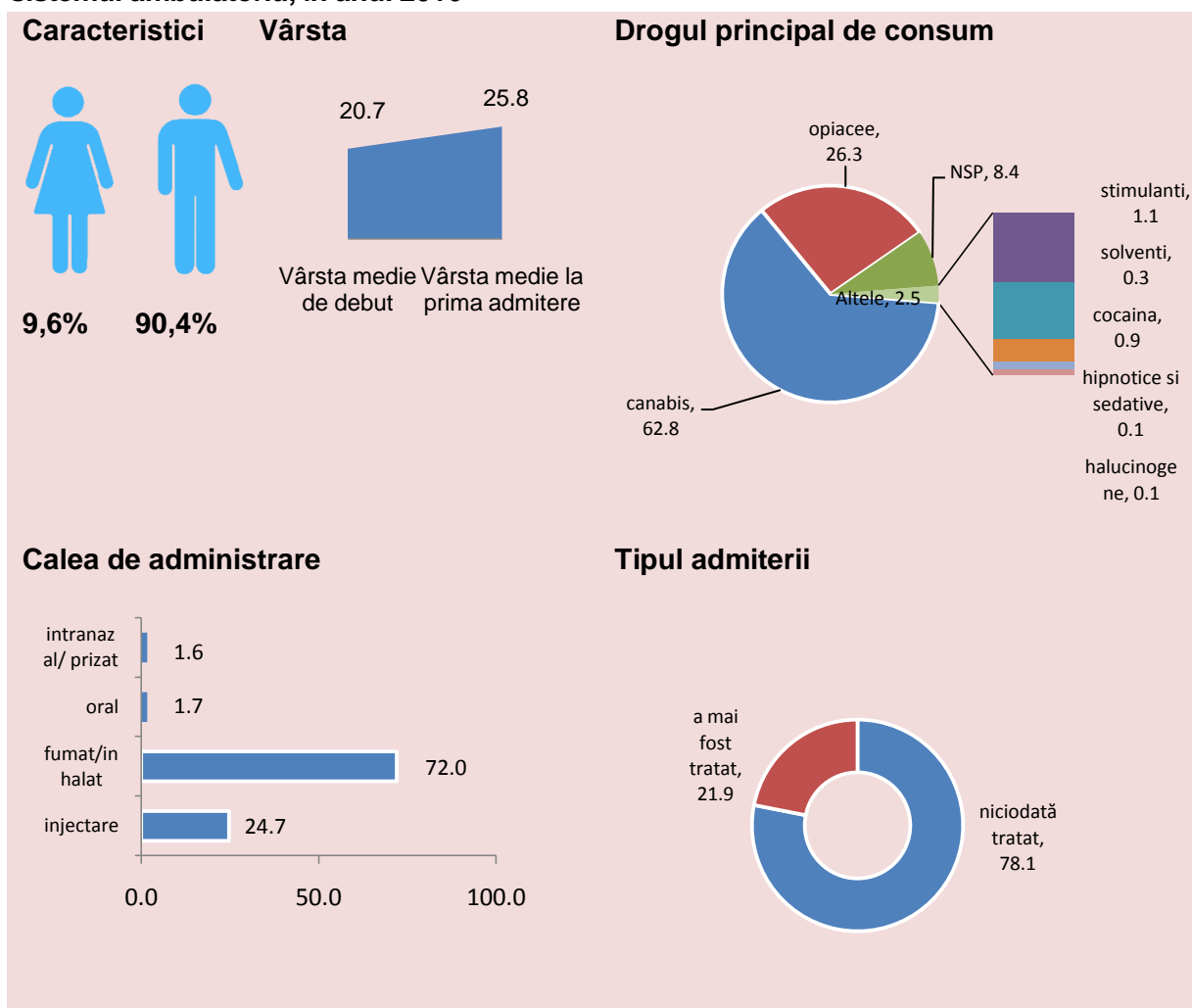
Drogul principal pentru care s-a solicitat cu preponderență asistență în anul 2016 în sistemul de tratament ambulatoriu este canabisul – 62,8% (n=1456), acesta fiind urmat de heroină, pentru care au fost înregistrați 26% dintre beneficiari (n=603). Comparativ cu anul anterior, crește ponderea, dar și numărul celor s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu pentru a beneficia de asistență integrată pentru probleme datorate consumului de canabis (în 2015 – 50,1% pondere și 1059 beneficiari) și scade atât ponderea, cât și numărul celor care au declarat ca drog principal de consum heroina (în 2015: 33,9% pondere și 718 beneficiari). În schimb, se observă o scădere a ponderii, dar și a numărului celor care au fost admiși la tratament ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul de noi substanțe psihoactive – 8,4% și 194 beneficiari (față de 12,9% și 272 beneficiari). Alte droguri pentru care s-a solicitat asistență în 2016, în regim ambulatoriu, au fost: cocaină – 0,9%, MDMA/ ecstasy – 0,8%, solvenți, metadonă, amfetamine – câte 0,3%, benzodiazepine – 0,1%, ketamină, LSD și alte opioide – câte 0,04%.

În funcție de drogul principal de consum, se observă diferențe între cele două categorii de sexe. Astfel, dacă 65,4% dintre bărbații tratați în centrele de tratament ambulatoriu au apelat la tratament de specialitate pentru probleme cauzate de consumul de canabis, iar 23,6% dintre ei au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de heroină, în rândul femeilor, această repartiție este mai echilibrată, dar și în favoarea cererilor de tratament pentru dependența de heroină: 49,1% dintre femeile care s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu au solicitat tratament pentru consumul de heroină, iar 38,3% pentru consumul de canabis.

În ceea ce privește tipul contactului, ca și în anul anterior, se observă diferențe statistice semnificative între beneficiarii care au declarat că au mai fost tratați anterior pentru probleme de sănătate datorate consumului 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 - 77,1% (față de 65,3%, în 2015), în timp ce, în rândul celor care au beneficiat anterior de astfel de tratamente, doar 11,6% (față de 7,1% în 2015) au declarat consumul de canabis. În schimb, doar 10,3% 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 – 82,1% 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 (72%), această modalitate de administrare a drogului fiind declarată de consumatorii de cannabis, dar și de o parte a celor care au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (89,1% din totalul celor care au fost admiși la tratament pentru probleme cauzate de consumul acestor substanțe și-au administrat drogul prin fumat sau inhalat, n=171 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, la 24,7% în 2016, această cale de administrare fiind folosită în special de consumatorii de heroină (98,5% din totalul celor care au declarat consum injectabil au fost admiși la tratament pentru consum de heroină, n=564 persoane).

Tabel 4- 2: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul ambulatoriu, în anul 2016



Sursa: ANA

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

În ceea ce privește frecvența utilizării drogului principal, consumul zilnic a fost declarat de aproximativ 16,3% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu în 2015 (față de 20,1%, în 2014), în timp ce, 65,5% dintre beneficiarii tratați în regim ambulatoriu au declarat că nu au consumat

drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament (față de 55,8%, în 2015). Această distribuție este explicată de procedurile de referire sau de admitere în unele centre de tratament ambulatoriu. Astfel, în anumite centre de tratament, abținerea este un criteriu de admitere, ceea ce explică faptul că 15,3% dintre cei care nu au declarat consum în ultima lună au fost admiși la tratament pentru consum de heroină (n=232). Totodată, o parte dintre beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu 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 76% persoane care nu au consum în ultima lună și care, cu toate acestea, au declarat canabisul ca drog principal de consum (n=1155). Dintre cei care au declarat consum zilnic, 77,8% sunt persoane care au apelat la tratament specializat pentru probleme datorate consumului de heroină (n=295), în timp ce, doar 7,9% au fost admiși la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive (n=30), iar 11,9% pentru cel de canabis (n=45).

Sursa de referință

Similar anului anterior, majoritatea beneficiarilor tratați în regim ambulatoriu au fost referiți de către poliție sau de structurile de combatere ale criminalității (instanță, parchet, servicii de probațiune): 67,7%, față de 50,8%, în 2015. Admiterea la tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea celor apropiați (familie sau prieteni) reprezintă a doua sursă importantă de referire pentru cei tratați în regim ambulatoriu, acesta fiind raportată de aproximativ 23,2% din totalul beneficiarilor tratați în regim ambulatoriu (față de 32,3% în 2015). În mod similar, pentru majoritatea cazurilor nou admise la tratament pentru consum de droguri în regim ambulatoriu, referirea a fost făcută de către poliție sau de către structurile de combatere ale criminalității – 81,8% (n=1481), în timp ce, doar 14,7% (n=267) 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, 53,3% (n=271) au apelat la tratament din proprie inițiativă și doar 17,3% (n=88) dintre aceștia au fost referiți de către organele de cercetare.

4.2.2.2. Sistemul de tratament rezidențial – principalii furnizori de servicii și caracteristicile beneficiarilor

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.

În cadrul sistemului penitenciar din România, pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în detenție, sunt oferite servicii de asistență medicală, psihologică și socială de către specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de către specialiști din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Aceste servicii sunt acordate în cele 35 unități penitenciar, 4 centre de reeducare, 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciare.

Tabel 4- 3: Caracteristicile centrelor rezidențiale

	Număr total de centre	Caracteristici/ tipul centrului	Numărul total de beneficiari
Centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc	60	Spitalele de Psihiatrie, Spitalele Județene de Urgență care au secție de psihiatrie	1163
Centre de tratament rezidențiale (nospitalicești)	0		0
Comunități terapeutice	5	Comunități terapeutice	3
Penitenciare	39	Unitățile penitenciar și centrele de reeducare în cadrul cărora specialiștii Agenției Naționale Antidrog au acordat tratament de specialitate pentru consumul de droguri și cele 3 comunități terapeutice din cadrul sistemului penitenciar.	59

Sursa: ANA

4.2.2.2.2. Alte aspecte ale furnizării și utilizării tratamentului pentru dependența de droguri în regim rezidențial

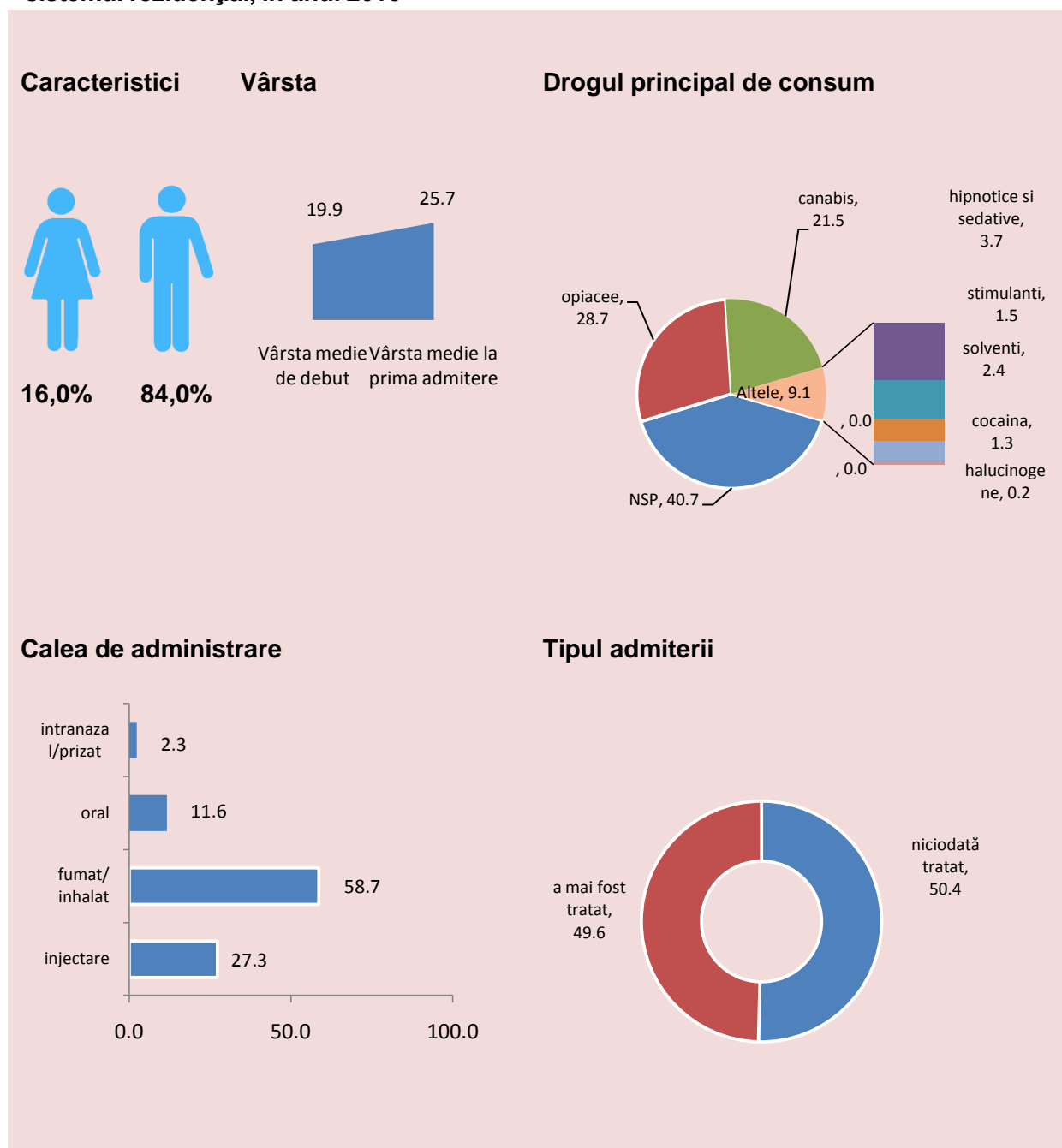
Numărul beneficiarilor

În anul 2016, în unitățile care funcționează în regim rezidențial, au fost înregistrate 1225 persoane care au solicitat tratament pentru consum de droguri. Pentru acest tip de servicii, creșterea numărului beneficiarilor este de mică amploare (cu doar 8,9%), fiind similară celei înregistrate pentru serviciile de tratament de tip ambulatoriu. Aproximativ o treime din cei care au început tratamentul în 2016 (34,6% - 1225 beneficiari din 3544) au fost înregistrați în sistemul de asistență de tip rezidențial. Din totalul de 1225 beneficiari, majoritatea (n=1163) au primit asistență în centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc, în timp ce, restul au fost tratați în sistemul penitenciar (n=59) sau în comunități terapeutice (n=3).

Sexul și vârsta beneficiarilor

Majoritatea beneficiarilor tratați în centrele rezidențiale au fost de sex masculin (84,0%, n=1029), în mod preponderent sunt tineri (85,9% fiind cu vârsta sub 34 de ani), pentru această categorie de beneficiari înregistrându-se o vârstă medie de 26,8 ani. În schimb, persoanele de sex feminin tratate în anul 2016 în regim rezidențial sunt în continuare într-o proporție de aproape 8 ori mai mică, comparativ cu cea a bărbaților, fiind de asemenea în majoritate tinere (au o vârstă medie de 29,5 ani, 75,5% dintre acestea având vârste sub 34 de ani). În contrast cu anii anteriori, majoritatea celor care au beneficiat de asistență în sistem rezidențial (50,4%) nu au mai fost tratați anterior.

Tabel 4- 4: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2016



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

Se menține tabloul general al drogurilor pentru care se solicită asistență de tip rezidențial, cea mai mare parte a celor care au beneficiat de un astfel de tratament declarând ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (40,7%, n=499). Pe poziția secundă, se plasează cererea pentru tratamentul dependenței de opiacee (28,7%, n=352), în timp ce, pe locul al treilea se situează solicitările pentru tratamentul problemelor determinate de

consumul de cannabis (21,5%, n=263). Totodată, se menține și "ierarhia" observată anul anterior, în cea mai mare parte, cererea de tratament în regim rezidențial fiind împărțită între cele 3 categorii de droguri: noile substanțe psihoactive, heroina și cannabisul. În continuare, cererea de tratament ca urmare a problemelor datorate consumului de hipnotice și sedative este la un nivel foarte scăzut, în 2016 înregistrându-se doar 3,7% dintre solicitări pentru acest tip de dependență.

Pe de altă parte, dintre cei care au solicitat tratament de tip rezidențial pentru consum de opioide, majoritatea au menționat heroina (91,2%, n=321) ca drog de consum, în timp ce, 4% (n=14) au declarat ca drog principal de consum metadona.

În funcție de drogul principal de consum, pentru majoritatea drogurilor (opiacee, cannabis, stimulante, halucinogene, solvenți și noi substanțe psihoactive), distribuția pe sexe a beneficiarilor sistemului de tratament rezidențial indică o predominanță a persoanelor de sex masculin, cea mai elocventă fiind în rândul consumatorilor de halucinogene, unde toți beneficiarii sunt bărbați, precum și în rândul celor care au solicitat asistență ca urmare a problemelor datorate consumului de noi substanțe psihoactive (91,7% beneficiarii de sex masculin). Excepție de la această repartitie se observă în cazul hipnoticelor și sedativelor (unde predomină beneficiarii de sex feminin – 57,8%, față de 42,2%, dar și în cazul cocainei (unde beneficiarii se regăsesc în proporții egale în cele două genuri).

În ceea ce privește calea de administrare a drogului principal, se observă menținerea la un nivel crescut a ponderii celor care declară administrarea drogului prin fumat sau inhalat (58,7% față de 57,2% în 2015). În schimb, se remarcă o ușoară creștere a ponderii celor care își administrează drogul prin injectare (de la 24,9%, la 27,3%). Cea mai mare parte a celor care au declarat fumatul ca modul cel mai frecvent de administrare a drogului principal o reprezintă persoanele consumatoare de noi substanțe psihoactive (55%, față de 55,2%, în 2015), acestea fiind urmate de cele consumatoare de cannabis (36,1% față de 36,5%, în 2015).

În cazul persoanelor consumatoare de droguri injectabile aflate în tratament de tip rezidențial, 87,2% (față de 84,6%, în 2015) dintre acestea sunt consumatoare de heroină, 11,6% consumă noi substanțe psihoactive, 0,6% metadonă și 0,6% alte opioide.

În privința frecvenței cu care și-au administrat drogul principal de consum, aproape jumătate dintre cei admiși la tratament în regim rezidențial în 2016, au declarat consumul zilnic (50,6%, n=620). Dintre aceștia, 40,8% (n=253) sunt consumatori de heroină, 31,8% (n=197) au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive, iar 14,4% (n=89) au beneficiat de tratament pentru consumul de cannabis.

În schimb, doar 6,4% (n=79) dintre beneficiarii admiși la tratament nu au utilizat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament.

Sursa de referire

Se menține ponderea crescută a persoanelor referite de serviciile medicale/ sociale (48,7%, n=596) observată în anul anterior, în detrimentul celor referite de alte două surse importante luate în considerare la analiza factorilor determinați în accesare serviciilor de tratament specializat: proprie inițiativă și familia sau prietenii (33,1%, n=405).

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 44,3% (n=543) din totalul beneficiarilor sistemului de asistență de tip rezidențial. Peste jumătate din acestea (51,4%, n=279) sunt persoane admise la tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive.

Astfel, adresabilitatea crescută a *persoanelor consumatoare de noi substanțe psihoactive la sistemul de tratament de tip rezidențial (72% dintre aceștia s-au adresat centrelor de tratament rezidențial, în timp ce, doar 28% au apelat la tratament ambulatoriu) este justificată, pe de o parte, de nevoia acestora de a apela la serviciile de urgență ca urmare a problemelor acute de sănătate pe care le generează consumul noilor substanțe psihoactive, iar pe de altă parte, de coexistența secțiilor de psihiatrie și a celor de urgență în aceeași unitate spitalicească, care determină referirea consumatorilor către serviciile de tratament de tip rezidențial.*

Totodată, adresabilitatea crescută a acestui tip de consumatori la serviciile de urgență și, implicit, la cele de tratament rezidențial, a determinat configurarea în ultimii 2 ani a unui alt tablou al drogurilor pentru care s-a solicitat tratament rezidențial.

4.2.3.Date relevante

4.2.3.1. Date cheie privind cererea de tratament, în funcție de drogul principal consumat

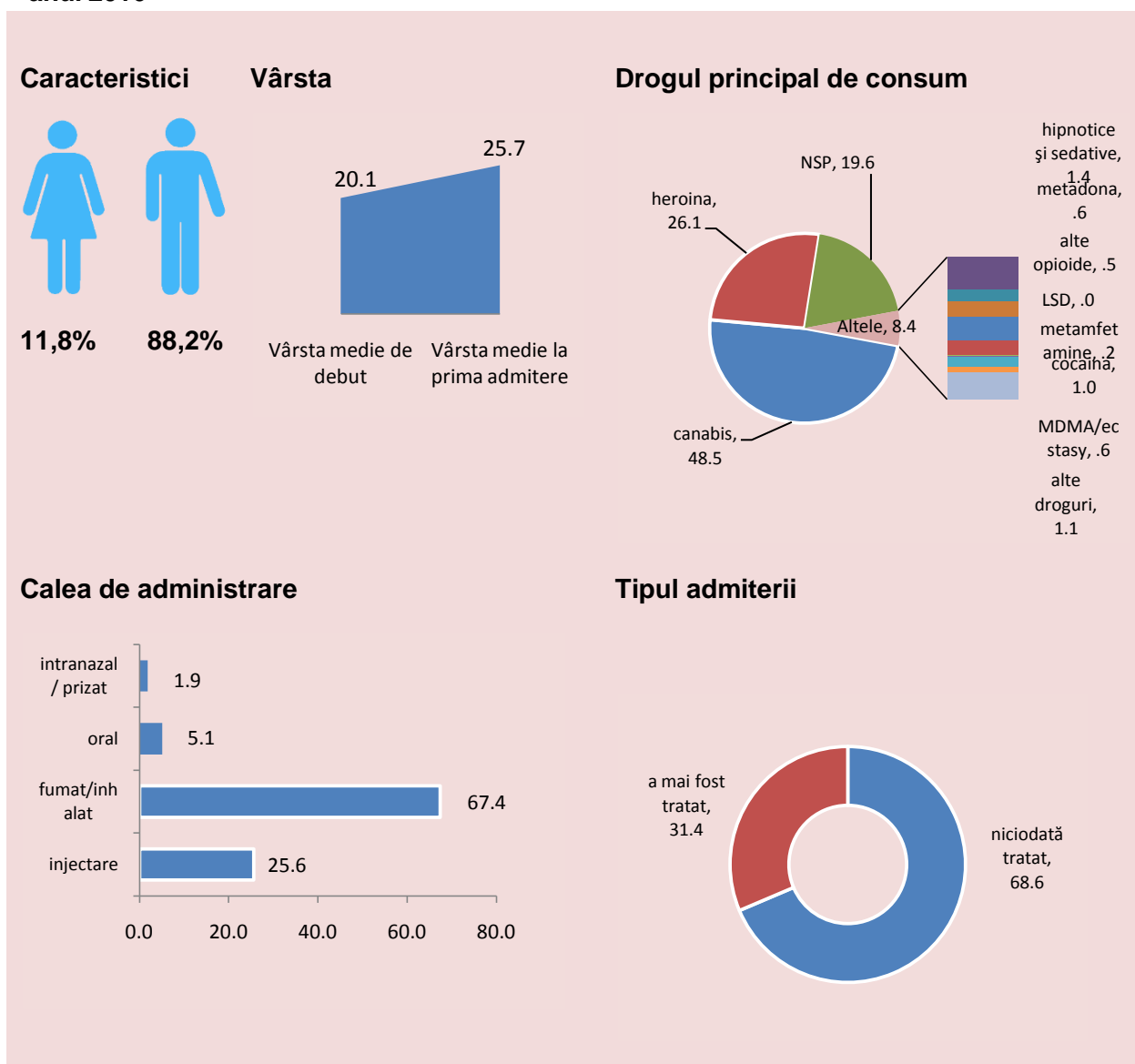
În anul 2016, au fost admise la tratament 3544 persoane consumatoare de droguri, înregistrându-se cu acest prilej cea mai mare valoare a acestui indicator. Totodată, valori maxime se observă și pentru numărul persoanelor care au beneficiat de tratament în anul de referință (4690 persoane), cât și pentru numărul celor care au urmat un tratament substitutiv de tip opioid (1480 persoane).

În funcție de drogul principal, se observă cea mai mare cerere de tratament înregistrată până în prezent pentru probleme datorate consumului de cannabis (1719 persoane, creștere cu 35,1%).

Cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de opioide continuă să scadă, atingând o valoare similară anului 2006, datorată în primul rând diminuării numărului de cazuri noi (scădere cu 13,3%).

O evoluție similară se observă și pentru cererea de tratament datorată consumului noilor substanțe psihoactive, care scade ușor.

Tabel 4- 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2016



Sursa: ANA

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

În baza datelor colectate în anul 2016, au fost admise la tratament 3544 persoane consumatoare de droguri. Similar anului anterior, când cele mai multe cereri de tratament au fost adresate ca urmare a consumului de canabis, și în acest an, se observă o predominanță a acestui tip de solicitări, atât ponderea, cât și numărul acestora continuând să crească de la an la an (48,5%, n=1719, față de 39,3%, n=1272). În același timp, proporția celor care au solicitat tratament pentru consumul de opioide continuă să scadă, ponderea acestora ajungând în 2016 la 27,2% din numărul total al aditerilor (n=963, față de 32,6% și n=1057, în 2015). În ceea ce privește cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de noi substanțe psihoactive, se observă menținerea numărului de solicitări la nivelul anului anterior, creșterea acestora în 2017 fiind doar cu 4,2%. Similar anului anterior, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament a fost mult mai redusă, comparativ cu drogurile analizate anterior: solvenți/ substanțe volatile – 1,1%, cocaină – 1,0%, MDMA/ecstasy – 0,6%, amfetamine – 0,4%, metamfetamine – 0,2%, LSD– câte 0,2%.

Dacă se includ în categoria "alte droguri" cazurile celor pentru care tratamentul a vizat consumul noilor substanțe psihoactive, cât și cele pentru care problemele s-au datorat consumului de solvenți, celui de halucinogene, respectiv celui de hipnotice și sedative, se observă că, din totalul admiterilor la tratament din 2016, în această categorie au fost înregistrate 22,1% dintre cereri (783 beneficiari). Majoritatea cazurilor incluse în această subgrupă o reprezintă persoanele care au solicitat asistență pentru consumul de noi substanțe psihoactive, aceștia reprezentând 88,5% din cei 783 beneficiari (n=693).

În corelație directă cu drogul principal consumat, două treimi (67%) din persoanele admise la tratament în anul 2016 își administrează drogul prin fumat, în timp ce, aproape un sfert (25,4%), utilizează calea injectabilă. Scăderea ponderii, dar și a numărului celor care își administrează drogul pe cale injectabilă se reflectă în evoluția bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în special în ceea ce privește prevalența infecției cu HVC¹⁰.

Similar anului anterior, două treimi (68,6%) dintre beneficiarii serviciilor de tratament sunt persoane care au solicitat pentru prima dată tratament specializat, iar cealaltă treime (31,4%) reprezintă persoane care au mai fost înregistrate în serviciile de asistență pentru probleme cauzate de consumul de droguri.

În anul 2016, se remarcă o creștere cu 17,4% a numărului de persoane care au beneficiat de tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, acesta atingând cea mai mare valoare din toată perioada de monitorizare (de la 3996, la 4690).

Tabel 4- 6: Beneficiari aflați în tratament, în anul 2016

	Număr de beneficiari
Număr total de beneficiari aflați în tratament în 2016	4690
Număr total de beneficiari aflați în tratament de substituției de tip opioid	1480
Număr total de beneficiari care au fost admiși la tratament în 2016	3544

Sursa: ANA

Din cele 4690 persoane consumatoare de droguri care s-au aflat de-a lungul anului 2016 în tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, 1480 urmau un tratament substitutiv de tip opioid. Pe de altă parte, dintre cei tratați în anul 2016 pentru probleme datorate consumului de droguri, 3544 persoane au fost admise la tratament în acest an, iar dintre aceștia 68,6% s-au aflat la primul contact cu un astfel de centru.

4.2.3.2. Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament

Majoritatea persoanelor (88,2%), care au beneficiat de asistență pentru problemele cauzate de consumul de droguri în 2016, au fost bărbați. De altfel, aceasta este una dintre caracteristicile populației consumatoare de droguri din România, indiferent de drogul consumat. Astfel, exceptând cererea de tratament pentru consumul de hipnotice și sedative, unde predomină femeile (54,2%), pentru toate celelalte categorii de droguri pentru care s-a solicitat asistență specializată, 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 44,8 ani,

¹⁰ Aceste informații se regăsesc în capitolul *Consecințe ale consumului de droguri în planul sănătății și răspunsuri instituționale*

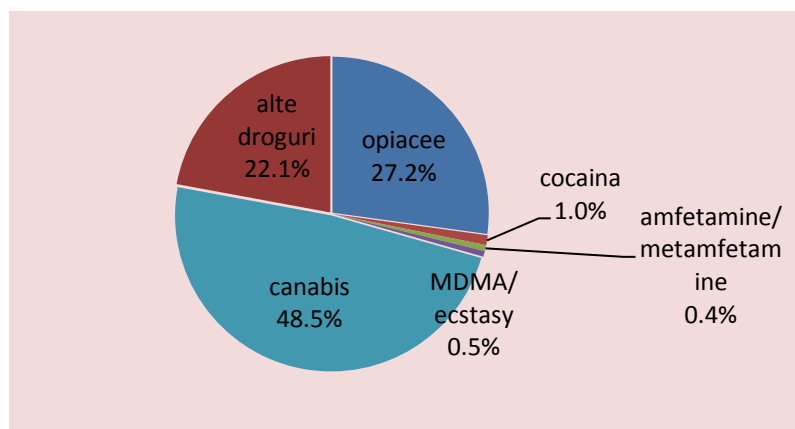
pentru opioide este de 33 ani, pentru cocaină, 29,7 ani, pentru stimulanti (alții decât cocaina), 25,3 ani, iar pentru cannabis, 25,1 ani.

Nivelul educațional al persoanelor consumatoare de droguri admise la tratament în anul 2016 se menține în aceeași distribuție, observată în ultimii 2 ani: aproximativ trei sferturi dintre beneficiari (70,3% - 2492 beneficiari) au finalizat nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), 15,7% (557 beneficiari) au finalizat nivelul superior de educație (ISCED 4 și ISCED 6), 7,3% (258 beneficiari) au finalizat nivelul I de educație (ISCED 1), iar 2,6% (93 beneficiari) nu au mers niciodată la școală/ nu au finalizat nivelul I de educație.

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 (59,1%, n=2095) a celor care locuiesc cu familia de origine, cei care locuiesc singuri fiind prezenți într-o proporție de doar 9,3% (n=330). Totodată, se observă că 83,5% (n=2961) beneficiau de o locuință stabilă, 2,0% (71 beneficiari) se aflau în detenție, în timp ce, pentru 9% (n=320) locuința era o problemă, aceștia nedispunând de o locuință stabilă.

Similar anului anterior, continuă scăderea proporției celor care se adresează centrelor de tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei/ prietenilor (de la 39,3%, în 2014, la 32,9%, n=1031 în 2015, respectiv la 26,6%, n=943, în 2016). În contrast cu această scădere, crește ponderea celor care au fost referiți de organele de cercetare (de la 32,2%, în 2014, la 34,1%, n=1067, respectiv la 45,5%, n=1607 în 2016), cele două tipuri de surse de referire amintite furnizând împreună peste două treimi din numărul total al persoanelor consumatoare de droguri care au apelat la servicii de asistență integrată pentru dependență. Într-o proporție mai mică decât în anul anterior, 19% beneficiari (n=674, în 2016, față de 23,2%, n=725, în 2015) 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.).

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 de asistență ambulatorie destinată persoanelor 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 psiho-social 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

Rețeaua 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 consumatorii de droguri. 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 2016 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 agonști și antagonști 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 agonști și antagonști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență. Acest program este inclus în Programul de sănătate mintală, implementat de Ministerul Sănătății și este derulat în 9 unități penitenciare și anume: Penitenciarul Spital București Rahova, Penitenciarul Rahova, Penitenciarul Spital București Jilava, Penitenciarul Jilava, Penitenciarul Craiova, Penitenciarul Mioveni, Penitenciarul Giurgiu, Penitenciarul Târgșor și Penitenciarul Mărgineni¹¹.

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. Caracteristicile consumatorilor de droguri incluși în tratament substitutiv de tip opioid

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

În baza informațiilor disponibile, pentru a determina numărul de beneficiari aflați în OST în anul de referință, am luat în considerare persoanele care se aflau în tratament ca urmare a consumului injectabil de heroină, metadonă sau opiacee generic.

Astfel, în bazele de date conținând cazurile aflate în tratament în anul de referință au fost selectate mai întâi cazurile admise la tratament pentru consumul unui drog ilicit, dintre acestea au fost reținute cazurile unice (conform definiției Protocolului 3.0), respectiv primul episod de admitere înregistrat în baza de prevalență pentru un beneficiar, iar din selecția rezultată au fost reținute cazurile de admitere la tratament pentru consum injectabil de heroină, metadonă sau opiacee generic. În lipsa unei standardizări a bazelor de date, numărul de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid a putut fi recalculat doar începând cu anul 2011.

Potrivit acestor date, din cele 4690 persoane care se aflau înregistrate în tratament în anul 2016, 1480 au beneficiat anterior de tratament substitutiv de tip opioid.

Din cei 1480 beneficiari ai unui tratament substitutiv de tip opioid, 82,4% sunt bărbați, iar 17,6% sunt femei. Majoritatea dintre aceștia (72,2%, n=1068) nu se aflau la primul tratament pentru consumul de droguri, în timp ce, peste jumătate (59,4%, n=879) au mai beneficiat de un tratament substitutiv de tip opioid.

¹¹ Aceste informații se regăsesc și în capitolul *Consumul de droguri în penitenciar*, care include și caracteristici ale persoanelor consumatoare de droguri private de libertate care au beneficiat de programe de tratament în anul 2016

În proporții aproape egale, persoanele aflate în tratament substitutiv de tip opioid au solicitat tratament în anul 2016, restul fiind incluși în astfel de programe de tratament în anii anteriori (49,1% în 2016, 50,9% din anii anteriori).

Peste trei sferturi (82,5%) dintre ei s-au adresat centrelor de tratament în regim rezidențial și doar 17,5% au solicitat tratament în regim ambulatoriu.

Mai mult de jumătate (59,3%) dintre consumatorii de droguri aflați în tratament substitutiv de tip opioid au vârste sub 35 ani, 27,8% au vârstele cuprinse între 35 și 39 ani, în timp ce, 12,9% sunt cu vârsta de 39 ani și peste.

Majoritatea beneficiarilor de tratament substitutiv de tip opioid (85,4%) au debutat în consumul de droguri la vârste mici (sub 24 ani). Decalajul între debutul în consumul de droguri și momentul în care s-a solicitat tratament specializat este în medie de 9,4 ani, în timp ce, perioada medie de injectare a fost de 13,5 ani.

Două treimi dintre cei incluși în tratament substitutiv de tip opioid (66%) au atins un nivel educațional secundar (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 20,2% nu au fost niciodată la școală sau au finalizat doar un nivel primar de educație (ISCED 1).

Aproape trei sferturi (70,3%) dintre beneficiarii tratamentului substitutiv de tip opioid s-au adresat centrelor de tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor.

În corelație directă cu vârsta, aproape două treimi (55,3%) dintre ei locuiesc cu familia de origine, 28,1% cu partenerul/ copiii, 6,7% trăiesc singuri și doar 0,7% locuiesc în instituții sociale, adăposturi sau altele similare. Cea mai mare parte a beneficiarilor de tratament substitutiv de tip opioid (86,8%) dispun de o locuință stabilă, doar 7,7% dintre ei fiind fără locuință sau având o locuință instabilă.

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

Furnizorii de servicii medicale, psihologice și sociale pentru consumatorii de droguri sunt persoanele publice, private sau mixte, autorizate, care prestează servicii conform standardelor de calitate. Criteriile și metodologia de autorizare 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/ protocoalelor scrise pentru fiecare tip de serviciu oferit
- standard referitor la structura de personal – necesarul de resurse umane în vederea desfășurării activității.

În conformitate cu 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 consumatoare de droguri aflate în stare privativă de libertate.

4.3.TENDINȚE

Conform protocolului de colectare a datelor corespunzătoare indicatorului „Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri”, în anul 2016, au fost înregistrați în sistemul

de asistență din România, 3544 beneficiari unici. Comparativ cu anul 2015, când au fost înregistrați 3240 beneficiari, se remarcă o creștere cu doar 9,4%.

Tendința ascendentă a cererii de tratament pentru probleme datorate consumului de canabis, începută din 2012, se menține și în 2016, când se observă maximumul de solicitări pentru dependența de canabis, dar și pentru orice alt tip de dependență.

Interesul pentru serviciile de asistență este ușor diminuat în rândul consumatorilor de opioide, rămânând însă la un nivel relativ mare, aproximativ egal cu media numărului de admiteri înregistrate în cei 14 ani de monitorizare (963 persoane).

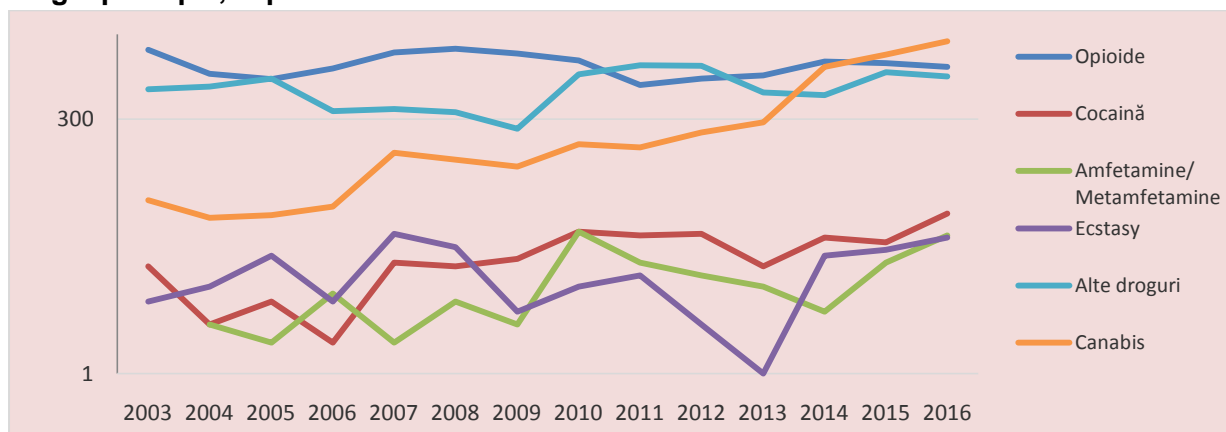
Evoluția cererilor de tratament pentru dependența de noile substanțe psihoactive poate fi urmărită prin prisma tendințelor înregistrate de numărul admițerilor din categoria "alte droguri", cu mențiunea că acest tip de solicitări reprezintă cea mai mare parte a cazurilor incluse în clasa amintită anterior. Deși se părea că interesul populației pentru consumul noilor substanțe psihoactive începe să intre în declin în perioada 2013-2014, în 2015 se remarcă o creștere importantă a cererilor de tratament pentru dependența de aceste substanțe. În 2016, are loc însă o diminuare a numărului de admiteri înregistrate ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive, nivelul cererii situându-se în continuare peste numărul mediu de admiteri/ tip de drog.

Cu excepția drogurilor analizate anterior, valorile înregistrate pentru celelalte droguri sunt mult mai mici, se observă următoarele evoluții de-a lungul celor 14 ani de monitorizare luați în considerare (care trebuie privite însă cu rezervă):

- numărul admițerilor pentru dependența de cocaină cunoaște creșteri sau scăderi de mică amploare de la un an la altul, dar amplitudinea între valoarea minimă și cea maximă este de 34 admiteri
- evoluția cererilor de tratament pentru consumul de amfetamine/ metamfetamine este mult mai instabilă, creșterea și scăderea numărului de admiteri alternând de la un an la altul și nepermițând definirea unei tendințe
- în mod similar, se comportă și evoluția numărului de cereri de tratament pentru consumul de ecstasy.

Tendințele observate pentru numărul total al admițerilor sunt în corelație directă cu evoluția numărului de admiteri noi.

Grafic 4- 2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2016

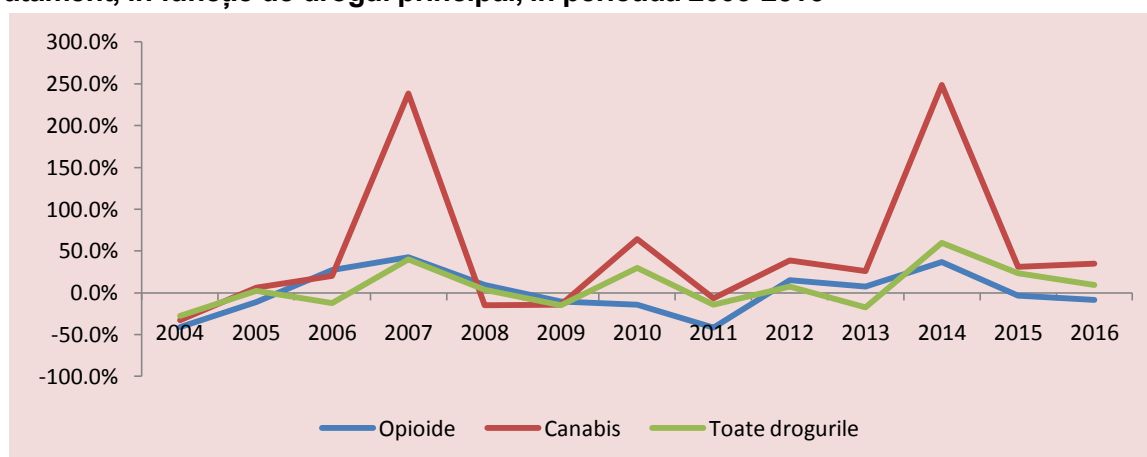


Sursa: ANA

În funcție de drogul principal, analiza ritmului de dinamică în lanț a numărului de beneficiari admiși la tratament, în perioada 2003 – 2016, 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 2003-2016



Sursa: ANA

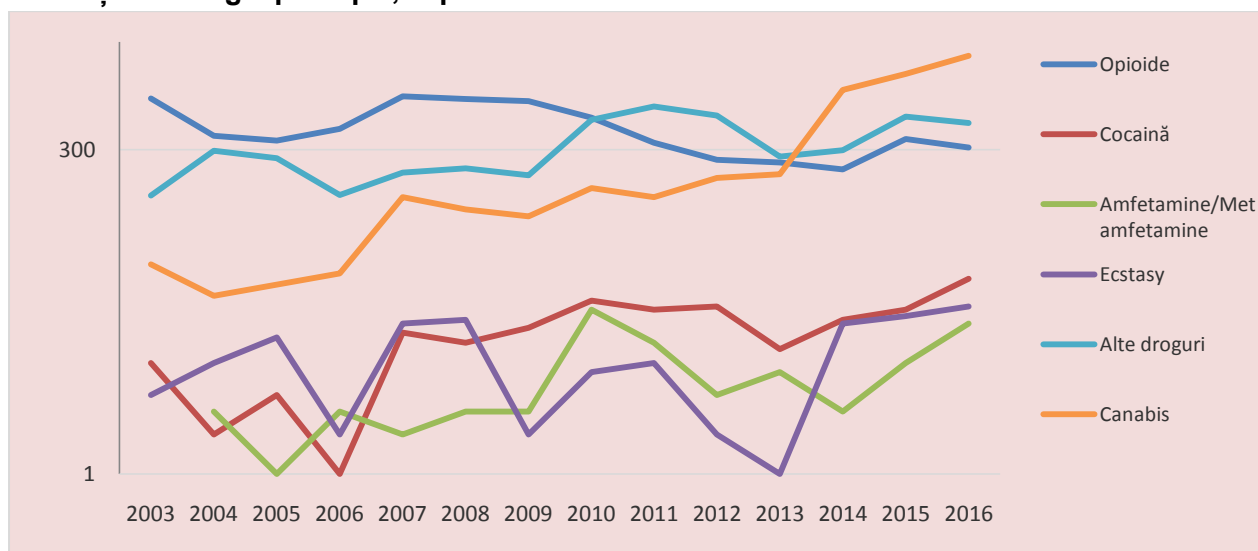
- Această evoluție oscilantă, cu creșteri care anulează scăderile și, invers, conduce în cele din urmă, la înregistrarea, în 2016, a unui număr de beneficiari admiși la tratament pentru consum de opioide, cu 32% mai mic decât al celui observat în 2003. În ceea ce privește ponderea solicitărilor de tratament pentru dependența la opioide, aceasta înregistrează o scădere semnificativă, reducându-se la mai puțin de jumătate: de la 68,4% în 2003, la 27,1%, în 2016.
- Din categoria opioidelor, heroina reprezintă drogul pentru care s-a solicitat cu preponderență tratament, peste 96% 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. Pe fondul diminuării cererii de tratament pentru consum de heroină cu 5,2% față de anul anterior și în corelație directă cu evoluția numărului de solicitări pentru tratamentul dependenței de cannabis, heroina se clasează

și în acest an 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 cannabis 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. În schimb, creșterile cererii de tratament pentru consumul de cannabis sunt mai numeroase și mult mai ample, cele mai importante dintre acestea fiind observate în anul 2007 (cu 238,1%) și în 2014 (cu 248,7%). Dacă evoluția din 2007 poate fi explicată prin operaționalizarea centrelor specializate de tratament din cadrul Agenției Naționale Antidrog și modificările legislative privind colectarea datelor, cea din anul 2014 este strâns legată de intrarea în vigoare a Noului Cod de Procedură Penală, începând cu data de 1 februarie 2014. Deși în 2016, se înregistrează cel mai mare număr de beneficiari înregistrați în tratament pentru dependența de cannabis (1719 persoane), ritmul de dinamică în lanț, deși redus substanțial, pare să se mențină la un nivel similar celui observat în 2015, creșterea fiind doar cu 35,1%.

În ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența de 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. În schimb, în 2016, se observă o oarecare stabilizare la nivelul cererii de tratament pentru acest tip de consum, numărul admișilor ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive diminuându-se cu 4%.

Grafic 4- 4: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2016



Sursa: ANA

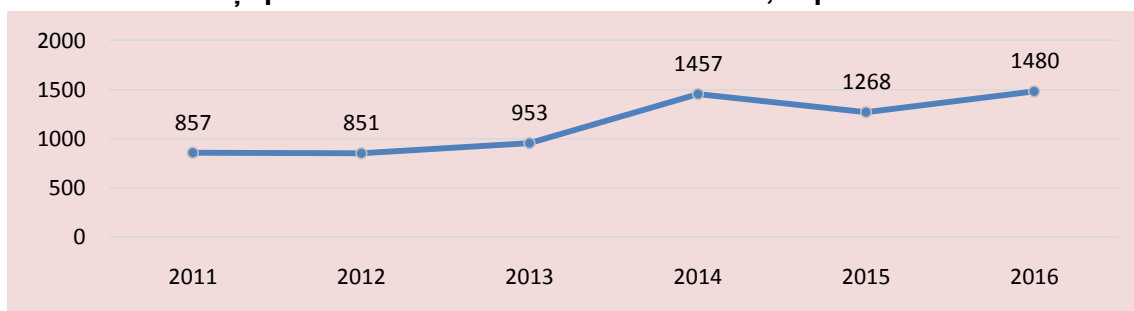
În ceea ce privește tendințele înregistrate de numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003 – 2016, se observă următoarele:

- După scădere continuă, manifestată timp de 7 ani (perioada 2007-2014), numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament pentru dependența de opioide (în principal, heroină) cunoaște în 2015 o schimbare de tendință, crescând cu 70,6%, pentru ca în 2016, să fie întrerupt acest tip de evoluție, printr-o scădere cu 13,3%. În continuare, maximumul acestui indicator este cel înregistrat în 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. Deși în perioada 2014-2015 se observă o tendință ascendentă, în 2016, are loc un ușor regres al acestui tip de solicitări.
- 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 2016, continuă să crească cererea la tratament pentru astfel de probleme, cannabisul devenind substanță psihoactivă pentru care s-au înregistrat cele mai multe admitteri pentru toată perioada de monitorizare, dar și cele mai multe admitteri noi.

În ceea ce privește tendințele înregistrate de numărul de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid, în perioada 2011 – 2016, se observă următoarele:

- Numărul de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid oscilează în intervalul (850-1480), maximumul fiind atins în anul 2016 (1480 cazuri). O valoare similară se observă și în anul 2014, când s-a înregistrat una din cele două creșteri semnificative ale cererii de tratament pentru consumul de opioide (prima fiind în 2007, cu 42,4% față de anul anterior, iar cea de-a doua în 2014 – cu 36,4% față de 2013), determinată de transformările survenite în modelele de consum ale consumatorilor tradiționali de heroină, prin revenirea acestora la vechiul model de consum, după experimentarea noilor substanțe psihoactive.

Grafic 4 - 5: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2016



Sursa: ANA

4.4. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Și în anul 2016, 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 înregistrată începând cu anul 2014.

4.5.CONCLUZII

În 2016, se atinge un maximum în ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența de droguri, numărul beneficiarilor ajungând la 3544 (fiind de 2,6 ori mai mare decât minimumul înregistrat în 2006 - 1350 beneficiari).

Comparativ cu perioada 2006-2013, când pentru dependența de heroină se înregistra atât cea mai mare pondere în totalul admitterilor la tratament, cât și cel mai mare număr de admiteri, în 2016, pe fondul tendinței ascendente a cererii de tratament pentru consumul de cannabis, semnalată începând cu anul 2014, se observă o distribuție similară anului anterior în ceea ce privește nevoia de tratament, între cele trei tipuri de droguri care domină tabloul asistenței pentru dependența de droguri din România: cannabis, opioide și noi substanțe psihoactive.

Contrar anilor anteriori, când se observase o distribuție relativ echilibrată între aceste trei tipuri de droguri, în 2016, cererea de tratament pentru consumul de cannabis ajunge să se impună, ponderea sa în totalul solicitărilor fiind de 48,5%, iar numărul de solicitări (1719 beneficiari) depășind un maximum istoric înregistrat în România pentru numărul de admiteri la tratament înregistrate într-un an calendaristic pentru un tip de drog (maximumul istoric al admitterilor la tratament data din 2008, când au fost înregistrate 1457 persoane care au beneficiat de tratament specific pentru dependența de heroină).

Pe poziția secundă, se plasează cererea de tratament pentru consumul de opioide cu 27,2% (956 beneficiari), iar pe locul al treilea, cea pentru dependența de noile substanțe psihoactive (19,6% - 693 beneficiari).

În mod similar cu anii anteriori, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament rămâne mult redusă: benzodiazepine – 1,3%, inhalanți/ substanțe volatile –1,1%, cocaină – 1%, MDMA/ ecstasy – 0,6%, amfetamine – 0,4%, metamfetamine – 0,2%.

Tendențele înregistrate în evoluția admitterilor la tratament pentru dependența de droguri au fost influențate de efectele determinate de punerea în aplicare a modificărilor legislative (cel mai mare impact al acestora fiind observat asupra admitterilor la tratament ca urmare a

consumului de cannabis), disponibilitatea locurilor la tratament (OST), precum și de menținerea interesului pentru consumul de noi substanțe psihoactive.

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

Fundamentat pe evidențele științifice în domeniul reducerii cererii 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, 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 proactivă a statului român la dimensiunile emergente ale problemicii drogurilor, prin dezvoltarea unor abordări comprehensive, sistemic-integrate de prevenire și asistență specializată.

În scopul creșterii eficienței programelor de prevenire și serviciilor de asistență și al dezvoltării de abordări inovative sistemice în materia reducerii cererii de droguri, ca modele de bune practici, în anul 2016, Agenția Națională Antidrog a propus implementarea, la nivel național, a două proiecte de prevenire a consumului de droguri, prin formarea de abilități reziliente la consumul de droguri, unul în mediul preșcolar și, celălalt, în mediul gimnazial, proiecte care au fost preluate ca bune practici în materie la nivel local.

Tot în aria prevenirii consumului de droguri în mediul școlar, ANA a organizat prima conferință națională de bune practici în materie.

Complementar componentei de prevenire, ca model de bune practici în domeniul asistenței integrate medicale, psihologice și sociale a consumatorilor de droguri, ANA a înființat Programul pilot de intervenție rapidă (PIR) centrat pe asigurarea continuității tratamentului substitutiv pentru persoanele dependente de droguri în cadrul unităților de arest preventiv din cadrul poliției.

5.1. Politici și coordonare

5.1.1. 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.

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

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

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

Un alt element fundamental al sistemului național standardizat de asistență a consumatorilor de droguri este reprezentat de dezvoltarea rețelei de coordonare locală, prin 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 „topografie” acestuia, adică al structurării sale pe 3 nivele de asistență.

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

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

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

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

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

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

care respectă măsurile programului integrat de asistență, aceasta fiind, de fapt, un element esențial în abordarea terapeutică și motivațională a consumatorului, pentru a atinge scopul centrate pe reintegrarea sa socială.

Cel de-al treilea nivel de asistență, prin dezvoltarea unor servicii cu nivel crescut de specializare și resurse ce sprijină nivelul 2, are ca scop integrarea socială a consumatorilor de droguri, prin intensificarea intervențiilor psiho-sociale și motivaționale și alte prin intervenții specifice.

5.1.2. Structurile responsabile de exemplele de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri

5.1.2.1. Structuri responsabile care promovează asigurarea calității în intervențiile din domeniul reducerii cererii de droguri și rolul acestora

Asistență – Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne, prin Agenția Națională Antidrog.

- A. Ministerul Muncii și Justiției Sociale identifică, elaborează și promovează strategiile și politicile guvernului în domeniul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice în deplină concordanță cu politicile comunitare, prevederile Programului de Guvernare și principiile ordinii de drept și ale democrației, fiind garantul instituțional pentru respectarea drepturilor tuturor cetățenilor la măsurile de protecție socială și pentru asigurarea elaborării și implementării cadrului legal necesar îmbunătățirii relațiilor de muncă.
- B. Ministerul Sănătății este organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului României și reprezintă autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publică.

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

Totodată, Ministerul Sănătății organizează, coordonează, îndrumă activitățile pentru asigurarea sănătății populației și acționează pentru prevenirea și combaterea practicilor care dăunează sănătății, 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.

Componenta de prevenire – conform capitolului „PREVENIRE”

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

A. Ministerul Muncii și Justiției Sociale

Prin punerea în aplicare a Legii nr.197/ 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările ulterioare și, respectiv, a Hotărârii de guvern nr.118 din 19 februarie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.197/ 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice implementează 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, MMJS realizează evaluarea furnizorilor de servicii sociale, în vederea acreditării acestora, în baza unui set de criterii administrative, în timp ce, evaluarea serviciilor sociale se va realiza în baza unor standarde minime de calitate specifice diverselor categorii de servicii sociale. Totodată, procedura de acreditare presupune două etape, una de verificare administrativă realizată de personal de specialitate de la nivelul Ministerului Muncii și Justiției Sociale 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 Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății Publice, care pun în aplicare politica și programele naționale de sănătate publică pe plan local, identifică problemele locale prioritare de sănătate publică, elaborează și implementează acțiuni locale de sănătate publică.

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

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

Aceste unități medicale au obligația asigurării condițiilor de mobilitate a informației medicale în

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

C. Caracterul integrat al cadrului legislativ în material standardelor minime pentru serviciile de nivel 1, 2 și 3 din cadrul sistemului național integrat de asistență 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.1. Bune practici în domeniul prevenirii consumului de droguri -aria prevenirii consumului de droguri în mediul școlar

1. PROIECTUL NAȚIONAL „CUM SĂ CREȘTEM SĂNĂTOȘI”

În perioada 2012-2017, Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog **Satu-Mare** a conceput și implementat cu succes proiectul **”CUM SĂ CREȘTEM SĂNĂTOȘI”**. Proiectul este subsumat Strategiei Județene Antidrog 2014-2020, ca parte integrantă a Strategiei naționale antidrog 2013-2020, aprobată prin H.G. nr. 784/ 09.10.2013, capitolul *Reducerea cererii de droguri, Prevenirea consumului de droguri, domeniul prevenirea în școală*, obiectivul specific nr 1: *„Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației școlare în vederea neînceperii sau întârzierii debutului consumului de droguri, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber”*.

Fundamentarea teoretică și metodologică a proiectului este centrată pe faptul că, în perioada educației timpurii, educația pentru sănătate reprezintă una din principalele căi de promovare a cunoștințelor privind diferite aspecte ale sănătății și, totodată, de formare a atitudinilor și deprinderilor specifice unui stil de viață sănătos. La vârsta preșcolară și școlară mică copiii învață comportamente prin observarea și imitarea adulților, își formează reprezentarea stării de sănătate și de boală. Pentru perioada învățământului prescolar și debutul în învățământul școlar, prevenirea consumului de droguri coincide cu acțiuni de promovare a sănătății, încurajând copiii să adopte un stil de viață sănătos.

Proiectul are ca scop formarea de deprinderi de viață sănătoasă în rândul copiilor de vârstă preșcolară și școlară mică (clasa pregătitoare), punând accent pe importanța adoptării unui stil de viață sănătos (alimentație, igienă, mișcare), a comportamentelor sănătoase (fără fum de țigară, alcool și medicamente fără prescripție medicală) și a modalităților adecvate de rezolvare a conflictelor fără violență și de luare a deciziilor.

Obiectivul general al proiectului îl reprezintă promovarea unui stil de viață sănătos în rândul copiilor cu vârsta între 5-7 ani (preșcolari de grupă mare și școlari din clasa 0) pentru prevenirea comportamentelor cu risc pentru sănătate, precum și pentru neînceperea sau întârzierea debutului consumului de droguri.

Obiectivele specifice ale proiectului care, în anul școlar 2017-2018, va fi extins, ca model de bune practici, la nivel național, sunt:

- Promovarea unui stil de viață sănătos în rândul copiilor cu vârsta între 5-7 ani, prin formarea de către specialiștii CPECA a cel puțin **500 cadre didactice**, la nivel național;
- Prevenirea comportamentelor cu risc pentru sănătate, precum și pentru neînceperea sau întârzierea debutului consumului de droguri pentru cel puțin **9400 copii**, cu vârsta între 5-7 ani (preșcolari de grupă mare și școlari din clasa 0), prin participarea la Cursul „Cum să creștem sănătoși” (10 cursuri/ județ sau sector x 20 elevi/ curs x 47 CPECA).

Proiectul are un număr de 7 activități:

- Activitățile 1-3 vizează adoptarea unui stil de viață sănătos („Să facem cunoștință”, „Cum să ne păstrăm sănătatea”, „Alimente sănătoase”);
- Activitățile 4-6 abordează consecințele pentru sănătate ale utilizării substanțelor periculoase („Substanțe periculoase”, „Să ne ferim de fumul de țigară”, „Alcoolul și medicamentele”);
- Activitatea 7 urmărește dezvoltarea încrederii în sine și prevenirea comportamentelor de risc („Rezolvarea conflictelor fără violență”).

Activitățile sunt concepute în concordanță cu nivelul de dezvoltare socio-emoțională al copiilor de vârstă preșcolară și școlară mică, astfel încât să fie atractive și ușor de înțeles. Copii vor învăța prin joc și activități practice (desenat, decupat, scenete, etc.) care sunt comportamentele care îi ajută să se dezvolte sănătos și cum să se ferească de comportamentele periculoase.

Proiectul conține următoarele materiale educaționale: ghidul educatorului, caietul cu fișe de lucru pentru copii, modelul de diplomă pentru copii și modelul de scrisoare pentru părinți.

Categoria din care proiectul face parte proiectul în funcție de grupul țintă: prevenire universală

Grupul țintă:

Beneficiari direcți:

- Cel puțin 500 de cadre didactice din grădinițele și școlile gimnaziale formate;
- Cel puțin 9400 de copii (preșcolari de grupă mare și școlari din clasa 0) participanți în proiect.

Beneficiarii indirecti:

- 9400 familii ale copiilor și comunitățile locale.

Implementatori: Agenția Națională Antidrog, în parteneriat cu Ministerul Educației Naționale, prin Inspectorate Școlare Județene și cu Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională, Casele Corpului Didactic, structurile administrației publice locale (Consilii Județene, Primării) și, după caz, cu ONG-uri.

Proiectul a pre-testat în anul școlar 2012-2013 de către Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Satu- Mare, într-o grădiniță a municipiului, având un număr de 25 beneficiari direcți – copii preșcolari și 2 educatori.

Rezultate în perioada de implementare de 5 ani școlari: 30 grădinițe și 10 școli gimnaziale (pentru clasele pregătitoare) din municipiul Satu Mare implementatoare, cu un număr de 1.312 preșcolari și copii din clasa pregătitoare (1062 preșcolari și 250 elevi din clasa pregătitoare) și 90 cadre didactice (educatori și învățători).

Începând cu anul școlar 201-2018, acest proiect va fi extins la nivel național.

2. PROIECTUL NAȚIONAL "ABC-UL EMOȚIILOR"

În perioada 2015-2017, Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Satu-Mare a elaborat și implementat cu succes proiectul „ABC-UL EMOȚIILOR”, ca o componentă a Programului de dezvoltare emoțională pentru copiii din clasele I-a și a II-a. Proiectul este subsumat Strategiei Județene Antidrog 2014-2020, ca parte a Strategiei naționale antidrog 2013-2020, aprobată prin H.G. nr. 784/ 09.10.2013, capitolul *Reducerea cererii de droguri, prevenirea consumului de droguri, domeniul prevenirea în școală*, obiectivul specific nr. 1 „Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației școlare în vederea neînceperii sau întâzierii debutului consumului de droguri, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber”.

Fundamentarea teoretică și metodologică:

Proiectul se bazează pe modelul inteligenței emoționale, dezvoltat de Daniel Goleman. Inteligența emoțională din viața adultă își are originea în dezvoltarea competențelor emoționale și sociale în perioada preșcolară și școlară mică, acestea fiind perioade de achiziții fundamentale în plan emoțional, social și cognitiv.

Copiii care prezintă deficite la nivelul competențelor emoționale și sociale riscă să dezvolte probleme serioase, atât în timpul copilăriei, a adolescenței cât și a vieții adulte, într-o serie de domenii cum ar fi: sănătatea mentală (anxietate, depresie, tulburări de comportament, delincvență juvenilă, consum de alcool și droguri etc.), dezvoltarea cognitivă (atitudini negative față de școală, lipsa încrederii în abilitatea de a rezolva sarcinile școlare și refuzul acestora), adaptarea școlară (absenteism, abandon școlar, dificultăți în adaptarea la cerințele mediului școlar etc)

În multe cazuri, consumul de droguri compensează incapacitatea de a gestiona, într-un mod mai productiv, sentimentele de tristețe și lipsă de speranță. O deficiență emoțională gravă are ca rezultat incapacitatea oamenilor de „a percepe” semnificația noilor informații și a experiențelor anterioare, ceea ce poate duce la un comportament iresponsabil și un dezechilibru.

„ABC-UL EMOȚIILOR” este un proiect de formare și consolidare a abilităților emoționale cu rol de factori de protecție în prevenirea consumului de droguri, punând accent pe conștientizarea de sine, abilitățile de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor negative, abilitatea de a face față presiunii grupului și de adoptare a deciziilor pentru o dezvoltare sănătoasă.

Obiectivul general al proiectului care, fiind considerat ca proiect de bune practici în prevenirea consumului de droguri, începând cu anul școlar 2017-2018, va fi extins la nivel național, este dezvoltarea emoțională a elevilor din clasele I și a II-a, în vederea neînceperii sau întâzierii debutului consumului de droguri, la nivel național, în anul școlar 2017-2018

Obiectivele specifice ale proiectului pentru anul școlar 2017-2018:

- Dezvoltarea emoțională a elevilor din clasele I și a II-a, prin formarea, de către specialiștii CPECA, a cel puțin 500 de cadre didactice la nivel național,;
- Neînceperea sau întâziera debutului consumului de droguri pentru cel puțin 9400 de elevi din clasele I și a II-a, prin participarea acestora la Cursul „ABC-ul emoțiilor” (10 cursuri/ județ sau sector x 20 elevi/ curs x 47 CPECA).

Proiectul se adresează copiilor, cu vârste cuprinde între 6-9 ani, din clasele I și a II-a și se concentrează pe 5 activități/ teme principale:

1. Autocunoaștere/ valorizare personală („Cine sunt eu?”);
2. Exersarea modalităților adecvate de gestionare a emoțiilor negative („Gestionarea emoțiilor negative”);
3. Abilități de comunicare asertivă și de a face față presiunii grupului („Cum să spunem NU în situații dificile”);
4. Adoptarea deciziilor corecte pentru o dezvoltare sănătoasă („Alegeri responsabile”);
5. Importanța relațiilor interpersonale („Lumea mea”).

Proiectul conține următoarele materiale educaționale: caietul cu fișe de lucru pentru copii, modelul de diplomă pentru copii și modelul de scrisoare pentru părinți.

Categoria din care proiectul face parte proiectul în funcție de grupul țintă: Prevenire universală

Grupul țintă:

Beneficiari direcți:

- Cel puțin 500 de cadre didactice școlile gimnaziale formate;
- Un număr estimat de 9400 de elevi din clasele I și a II-a, participanți în proiect.

Beneficiarii indirecti:

- 9400 de familii și comunitățile locale.

Implementatori: Agenția Națională Antidrog, în parteneriat cu Ministerul Educației Naționale, prin Inspectorate Școlare Județene și cu Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională, Casele Corpului Didactic, structurile administrației publice locale (Consilii Județene, Primării) și, după caz, cu ONG-uri.

Rezultatele proiectului în perioada 2015-2017: Rezultate în perioada de implementare de 2 ani școlari: 28 școli gimnaziale (pentru clasele I și a II-a) din municipiul Satu Mare implementatoare, cu un număr de 1000 elevi din categoria de vârstă 6-9 ani și 125 cadre didactice.

Începând cu anul școlar 2017-2018, acest proiect va fi extins la nivel național.

3. CONFERINȚA NAȚIONALĂ „BUNE PRACTICI ÎN PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI ÎN MEDIUL ȘCOLAR” (12-13 mai – Palatul Național al Copiilor București).

Organizarea **Conferinței naționale „Bune practici în prevenirea consumului de droguri în mediul școlar”** a fost subsumată îndeplinirii obiectivelor specifice prevenirii consumului de droguri în rândul populației școlare, prevăzute în 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, respectiv H.G. nr. 684/ 2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 -2018.

Conferința a avut ca obiective specifice atât realizarea unui parteneriat activ și eficient în vederea implementării documentelor programatice în materia reducerii cererii de droguri în mediul școlar, precum și promovarea bunelor practici în prevenirea consumului de droguri în rândul profesioniștilor în domeniu, ca instrumente-suport în implementarea noilor orientări strategice privind reducerea cererii de droguri în mediul școlar.

La eveniment au participat, alături de Agenția Națională Antidrog, reprezentanți ai principalilor implementatori ai politicilor publice dezvoltate în domeniu, respectiv ai Administrației Prezidențiale, Ministerului Afacerilor Interne, Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice, Organizației Mondiale a Sănătății, Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, Inspectoratului Școlar al Municipiului București și Inspectoratelor Școlare din județele Argeș, Prahova și Teleorman, Institutului de Pneumologie „Marius Nasta”, precum și ai unor organizații nonguvernamentale care promovează proiecte în domeniul prevenirii consumului de droguri în mediul școlar (FICE Romania, Asociația TRANSCENA, Asociația de Luptă Antidrog AMA și Fundația PARADA).

Din proiectele prezentate și dezbateri s-au desprins următoarele idei :

- Au fost remarcate interesele și preocupările interinstituționale pentru identificarea problemelor și soluțiilor viabile în vederea identificării celor mai eficiente strategii de prevenire a consumului de droguri în rândul populației școlare, fundamentate pe evidențele științifice în materie și pe resursele existente. Aceste preocupări au fost evidențiate de exemplele de bune practici în elaborarea unor proiecte de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar, de proiectele ce au presupus atragerea unor surse locale de finanțare (ex. Prin implicarea unor consilii municipale și județene);
- Au fost remarcate progrese în cadrul comunicării școală – părinți – comunitate, prin folosirea regulilor asertivității, ca o componentă esențială a metodelor de intervenție pentru atingerea scopurilor comune în cadrul proiectelor de prevenire;
- A fost evidențiat rolul cheie al parteneriatelor cu organizațiile guvernamentale cu atribuții similare, acestea contribuind la consolidarea demersurilor de creștere a rolului factorilor protecție și reducere a factorilor de risc în consumul de droguri în rândul populației școlare. Promovarea parteneriatelor, între instituțiile coordonatoare și responsabile cu politicile publice în domeniul social și al sănătății publice și actorii reprezentativi ai societății civile, în vederea aplicării unitare a standardelor și politicilor de prevenire, au menirea să asigure măsurile adecvate, inclusiv legislative, administrative, sociale și educaționale, de protecție a populației școlare față de riscul consumului de droguri, în funcție de nevoile locale identificate;
- A fost unanim recunoscut faptul că promovarea politicilor publice de prevenire a consumului de droguri, bazate pe dovezi științifice, reprezintă o investiție în bunăstarea copiilor, adolescenților, tinerilor, familii și comunități, care orientează instituțiile spre consolidarea și dezvoltarea permanentă de programe și politici de prevenire eficiente, acestea fiind concepute pentru a încuraja alternative viabile la consumul de substanțe considerate ca fiind problematice;

- A fost remarcat rolul mass-media centrală și locală în sensibilizarea populației școlare, a comunității de părinți și societății întregi pentru implicarea acestora în activitățile specifice de prevenire a consumului de droguri, în asumarea de responsabilități și depășirea absenteismului și indiferenței;
- A fost subliniată importanța încurajării specialiștilor în promovarea proiectelor de prevenire, fundamentate pe baze științifice, a intervențiilor preventive în mediul școlar prin intermediul metodelor și instrumentelor proactive și nonformale, acordând o atenție deosebită protecției a copiilor și a tinerilor și ținând cont de standardele naționale de prevenire;
- A fost propusă organizarea periodică de sesiuni de comunicare, conferințe, care să permită accesul direct al instanțelor sociale și profesioniștilor implicați la experiențele și bunele practici existente, corelativ cu valorificarea la maximum a posibilităților de parteneriat între administrația publică centrală și locală, ONG-uri, mass-media și comunitatea școlară.

Bune practici în domeniul asistenței integrate medicale, psihologice și sociale a consumatorilor de droguri-implementarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în stare de rețineră în arest –

În vederea aplicării unitare și coordonate a politicilor publice în materia reducerii cererii de droguri, a prevederilor legale în domeniu dar, mai ales, ca răspuns comprehensiv și sistemic la o nevoie emergentă, Agenția Națională Antidrog a dezvoltat sistemului de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele consumatoare de droguri, cu accent pe asigurarea continuității tratamentului substitutiv în cadrul unităților de arest preventiv din cadrul poliției. În acest sens, este nevoie de colaborare interinstituțională pentru a asigura asistența integrată a consumatorilor de droguri aflați în stare privativă de libertate.

Astfel, se urmărește ca pentru persoanele consumatoare de droguri care, în Planul individualizat de asistență au obiective terapeutice ce pot fi atinse prin accesul acestora la serviciile de asigurare a tratamentului substitutiv, să fie create toate premisele, în cel mai scurt timp posibil, pentru asigurarea disponibilității acestui tip de măsuri specifice.

Baza legală care reglementează serviciile de asistență acordate persoanelor consumatoare de droguri aflate în stare privativă de libertate se regăsește în *Ordinul ministrului justiției, ministrului administrației și internelor, 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 și în Ordinul ministrului sănătății publice, ministrului muncii, familiei și egalității de șanse, ministrului internelor și reformei administrative nr. 1389/ 513/ 282/ 2008 privind aprobarea criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri*, cu modificările și completările ulterioare.

Ca element de noutate, în anul 2016 Agenția Națională Antidrog a asigurat continuitatea tratamentului substitutiv cu metadonă pentru persoanele consumatoare de droguri care se aflau într-un program de asistență în comunitate anterior reținerii sau arestării preventive, ca și etapă pilot, venind în completarea circuitului integrat de servicii specializate.

Această activitate corespunde *Planului de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2016*, activitatea „*Adaptarea mecanismelor de lucru între serviciile de asistență a consumatorilor de droguri și sistemul privativ de libertate în vederea asigurării continuității intervențiilor de asistență începute înaintea momentului reținerii*”.

Astfel, Agenția Națională Antidrog implementează, începând cu aprilie 2016, Programul pilot de intervenție rapidă. Programul funcționează zilnic, prin intermediul unei echipe mobile de asistență, care furnizează servicii specializate (inclusiv tratament substitutiv cu metadonă) pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate la nivelul Centrului de Rețineră și Arestare Preventivă nr.1 București.

Serviciile furnizate prin intermediul *Programului pilot de intervenție rapidă* sunt:

- evaluarea persoanelor consumatoare de droguri;
- servicii medicale de bază: evaluare/ reevaluare medicală, efectuarea de măsuratori antropometrice, monitorizarea parametrilor fiziologici, imunizare etc;
- recoltarea de produse biologice și testarea prezenței drogurilor;
- administrarea de medicamente (metadonă);
- întreruperea consumului de droguri sub control medical și menținerea abstenenței în ambulator;
- informarea și educarea beneficiarilor programului pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere pe cale sangvină sau sexuală, cum ar fi HIV, hepatita B și C, precum și pentru adoptarea unui stil de viață sănătos;
- coordonarea asistenței persoanelor consumatoare de droguri în rețeaua locală de asistență medicală, psihologică și socială;
- managementul de caz.

După finalizarea perioadei de rețineră sau arestare preventivă, beneficiarul este referit, după caz, către un program de tratament substitutiv din cadrul sistemului penitenciar sau către programul de asistență în evidența căruia se afla aceasta anterior stării de rețineră.

5.3. Surse și metodologie

5.3.1. www.mai.gov.ro, www.ana.gov.ro, www.politiaromana.ro, www.edu.ro, www.ms.ro, www.just.ro, www.anp.gov.ro, www.mmuncii.ro, www.mts.ro, www.mae.ro, www.salvaticopiii.ro, www.caritasromania.ro, www.aliat-ong.ro, www.asociatiacepa.ro, www.ficeromania.ro, www.winnity.ro, www.ciado.ro, www.patriarhiaromana.ro, www.catholica.ro

5.3.2.

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 110 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

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

6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

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

Decesele asociate consumului de droguri sunt *decese de cauză violentă*, în care are un rol (direct sau causal condiționant) un factor traumatic chimic (substanțele consumate) sau actul administrării acestuia și consecințele sale.

Decesul direct ca urmare a consumului de substanțe psihoactive face parte din categoria *deceselor suspecte și/ sau violente și conduce implicit la declanșarea cercetării judiciare*, ceea ce se determină în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale¹² pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

În ultima perioadă au apărut noi dificultăți ce țin de nuanțarea criteriilor de definire a cazului, dar mai ales de rezistența la aplicarea strictă a prevederilor legale, permițând speculații variabile de la caz la caz privind eventuala încadrare și raportare a cazuisticii dar și dictate de limitările financiare repercutate în nesolicitarea investigațiilor toxicologice complete, absența raportării sau neactualizarea datelor inițiale.

Mortalitatea corelată consumului de droguri acoperă un panel de analiză mai vast, după cum urmează:

- **Decesele corelate în mod direct cu acțiunea farmacologică a drogului** – „supradozele” din limbajul „laic”, sunt cuprinse în sintagma „drug related deaths” și se referă la „*decesul care survine la scurt timp de la consumul uneia sau mai multor substanțe psihoactive, legale sau ilegale, și care este corelat în mod direct – nemijlocit – consumului de stupefiante*”.
- **Decesele corelate în mod indirect consumului de droguri** – consecință a unor circumstanțe asociate administrării (infecții, infecții cronice – HIV, hepatite – embolii cu corp străin etc.), stilului de viață specific (inclusiv criminalitatea), accidentelor survenite sub intoxicație. Această categorie ridică dificultăți reale de triere și încadrare a cazului, în absența cunoașterii atât a criteriologiei de clasificare, cât și a legislației. Identificarea prezenței în organism a unor substanțe clasificabile drept droguri în cazuri de deces datorat unor situații definite ca independente de consumul de droguri – infecții, accidente, suicid, survenite la pacienți sub tratament de substituție – cere profesionalism și experiență în trierea corectă a cazurilor.
- Mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri - categorie ce are drept fundament acumularea progresivă de patologie degenerativă accelerată și specifică, cu o incidență

¹² În temeiul prevederilor Ordonanței 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare

mult mai mare decât în cadrul populației generale, incluzând chiar și suicidul în absența intoxicației. Monitorizarea este posibilă doar prin studii de cohortă extinse temporal.

Astfel, cazurile de “decese indirect asociate consumului de droguri”, aflate la limita cauzalității medico-legale (imposibilitatea dovedirii unei legături de cauzalitate indubitabile între actul consumului de droguri și cauza medicală a decesului, de cele mai multe ori de cauza patologică și nu violentă) sunt cele care nu mai sunt congruente definiției *cazului medico-legal*, conform legislației românești.

Conform legii, toate cazurile de deces asociat consumului de substanțe psihoactive impun în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale. Baza de extracție a datelor o reprezintă întreaga cazuistică medico-legală din care sunt selectate dosarele aferente indicatorului analizat. Centralizarea se face pe baza unor protocoale interne ale rețelei naționale medico-legale, implicând și fișe standard de raportare, cu prelucrarea datelor la nivelul INML „Mina Minovici”.

Fiecare caz implică analiza judiciară, probațiunea aferentă și coroborarea rezultatele examenelor toxicologice, cvasi-efectuate în astfel de cazuri - cu cele de anchetă - medicale, serologice, tanatochimice și histopatologice, inclusiv ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului.

Datele prezentate în acest subcapitol provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să gestioneze cazurile de tip mortalitate directă și eventual cele „indirect” asociate consumului de droguri (atunci când există indicii temeinice că în lanțul cauzal statutul de consumator de droguri are o valoare cauzală). Toate cazurile medico-legale, odată constituite ca atare, beneficiază de investigații toxicologice (exceptând cazurile atent selecționate – de supraviețuire îndelungată post intoxicație, cu reconstituire documentată medicală). Dosarele de autopsie medico-legală – 21999 cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Pentru anul 2016, actuala raportare are la bază cazuistica INML “Mina Minovici” București, la care se adaugă datele colectate de la nivel teritorial, cu mențiunea că doar 31 din cele 42 de instituții medico-legale din țară au furnizat informații. În ciuda eforturilor de a colecta date de la întreaga rețea medico-legală, nu s-au putut obține informații care să asigure acoperirea geografică a întregului teritoriu. Lipsa de reglementare cu statut de obligație de raportare poate fi una dintre explicații.

Comparativ cu anii anteriori, gradul de sub-raportare pentru București este mult redus, vechile racile reprezentate de lipsa de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice în rândul cadrelor medicale și al lucrătorilor din serviciile publice conexe, lipsa de laboratoare performante de toxicologie, de limitări financiare, fiind tot mai puțin prezente. Prin urmare, pentru București cifrele actuale constituie, cel mai probabil, 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 decese indirecte – cel mai frecvent consecutive unor complicații infecțioase apărute la toxicomani – în cazuri medico-legale).

Distribuția la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) a cazuisticii este nesusținută statistic și, mai ales, comparativ cu alte surse de furnizare de informații privind incidența consumului de droguri pe întreg teritoriul țării. Compararea cu valorile înregistrate de alți indicatori cheie în alte zone ale țării (de exemplu: tratamentul de urgență acordat în camerele de gardă) susține discrepanța mai sus menționată¹³.

Din populația de aproximativ 2 milioane de locuitori a Bucureștiului și împrejurimilor se înregistrează 27 decese (directe și indirecte), iar din restul țării, cu o populație de 18 milioane, doar alte 4 cazuri de decese (trei în Ilfov, unul în Vrancea).

Explicația continuă să aibă aceleași baze, semnalate constant, încă din anul 2006, dar care în ciuda unor eforturi susținute, încă nu se dovedesc corectabile în totalitate, cum ar fi: neînțelegerea criteriologiei și definirii *deceselor asociate consumului de droguri* – în rândul personalului medical clinic, dar și în rândul medicilor legiști și al personalului echipelor de anchetă, rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici a deceselor asociate consumului de droguri sau absența medicului legist din echipa operativă de cercetare la fața locului, ori nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de deces traumatice (accidente rutiere, suicid, crime), posibil însă survenite sub intoxicație, sau chiar în cazuri suspecte de decese asociate consumului de droguri – cel mai frecvent din motive pecuniare.

Deși, în ultimii ani, constatăm o îmbunătățire certă a declarării deceselor survenite în spital, mult timp neraportate drept cazuri de competență medico-legală – mai ales, în cazurile de co-morbiditate sau complicații evolutive non-toxicologice - cazuistica deceselor direct asociate consumului de droguri, prin complicații infecțioase, rămâne strict apanajul Bucureștiului.

În acest context, *gradul de sub-raportare la nivel național este semnificativ, consecință a lipsei de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice, de limitări financiare*. Principalul impediment din trecut – lipsa de laboratoare performante de toxicologie – în acest moment este depășită, dar nivelul de sub-raportare pare neschimbat la nivel național, exceptând Bucureștiul.

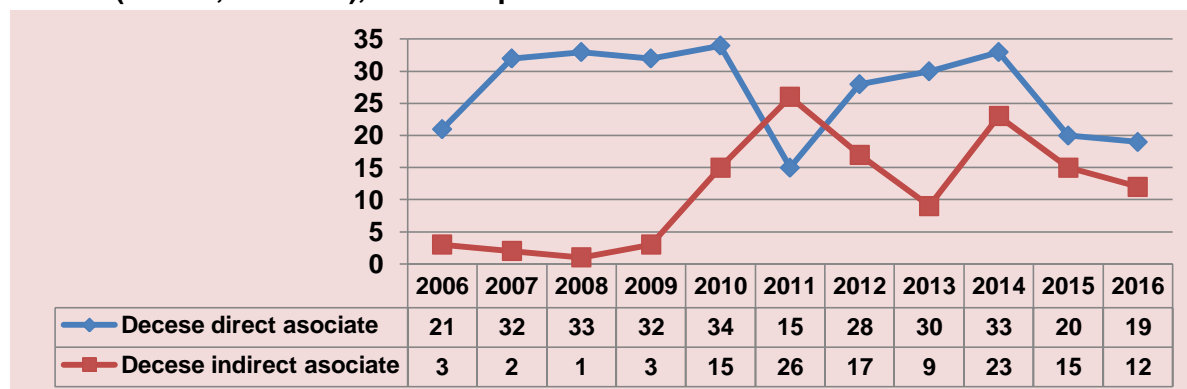
În concluzie, la nivel național (în lipsa datelor de la 11 instituții medico-legale județene), în anul 2016, au fost declarate 19 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 12 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

În toate cele 19 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București.

¹³ Ca o observație punctuală, IML Iași nu a raportat în perioada 2005-2016 nici un caz de deces corelat consumului de droguri, în ciuda unui număr foarte mare de urgențe medicale înregistrat și a unui număr de 291 de analize toxicologice (în anul 2016) efectuate la cadavre în vederea detectării drogurilor (spre comparație, în București au fost efectuate 112 de analize cu detecția drogurilor în 19 de cazuri). De menționat efectuarea în Vaslui a 480 de analize toxicologice (în anul 2016) efectuate la cadavre în vederea detectării drogurilor, fără niciun caz raportat.

Cazurile din București constituie, ca și în anii anteriori, marea majoritatea a cazuisticii deceselor direct asociate consumului de droguri. Se observă o fluctuație limitată a cifrelor comparativ cu tendințele din ultimii ani.

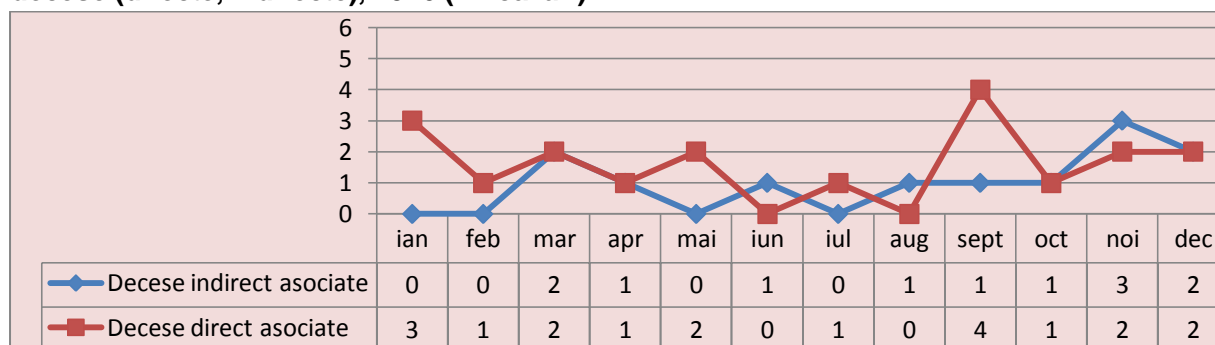
Grafic 6- 1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2016



Sursa: INML București

Referitor la distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, se remarcă absența unor vârfuri de incidență (ca semn potențial al unor circumstanțe permeabile legate de distribuție, disponibilitate, calitate a dozelor etc. - vârfuri de incidență de natură a atrage atenția organelor abilitate asupra apariției pe piața ilegală a drogurilor a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți contaminanți (*adulterants*), fie prin posibila lor contaminare microbiană) - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic. Aglutinarea însă a circa 33% din cazuri în perioada mai-iulie, suprapusă vacanțelor de vară, ar putea fi un indiciu cu rol de semnalizare a necesității implementării unor programe alternative necesare educării și ocupării timpului liber.

Grafic 6- 2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2016 (nr. cazuri)



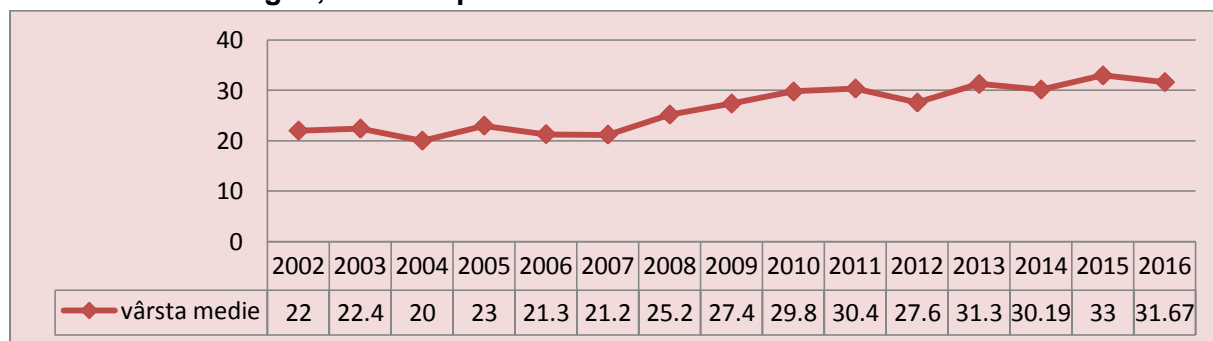
Sursa: INML București

În anul 2016, vârsta medie de deces a fost de 30,6 ani pentru decesele indirecte, respectiv 32,4 ani pentru cele directe. Pentru cazuistica deceselor (direct și indirect) asociate consumului de droguri, se revine astfel la tendința crescătoare semnalată începând cu anul 2007, fiind atinsă o valoare similară celei observate în anul 2013, care reprezintă cea mai mare vârstă medie de deces, înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare.

Explicația cea mai plauzibilă este oferită de apariția consecințelor consumului, în anii anteriori, a unor droguri cu potență tanatogeneratoare redusă - *per se* (NSP) sau doar la

doze mari (metadonă) – dar cu un *exceptional ritm de inducție de patologie consumptivă și mai ales infecțioasă*, dictat mai ales de ritmul foarte crescut de administrare injectabilă – 6-8 injecții pe zi (NSP), fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele *amfetamin-like* ale unora dintre aceste substanțe. De aici, derivă atingerea valorilor medii de vârstă a consumului până la deces – *average life span* (10-15 ani - valori raportate de țările cu „tradiție” în consumul de droguri) pentru *consumatorii problematici de droguri*, cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea ei naturală sau la schimbarea modelelor de consum.

Grafic 6- 3: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor (directe și indirecte) asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2016

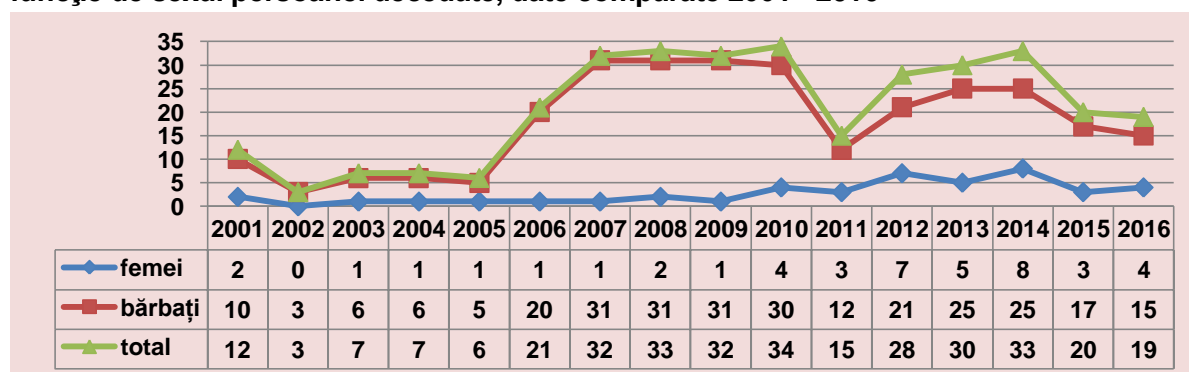


Sursa: INML București

6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri

La nivel național, în anul 2016, au fost declarate 19 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri (16 din București și trei din Ilfov), dintre care 15 cazuri survenite la bărbați și 4 la femei.

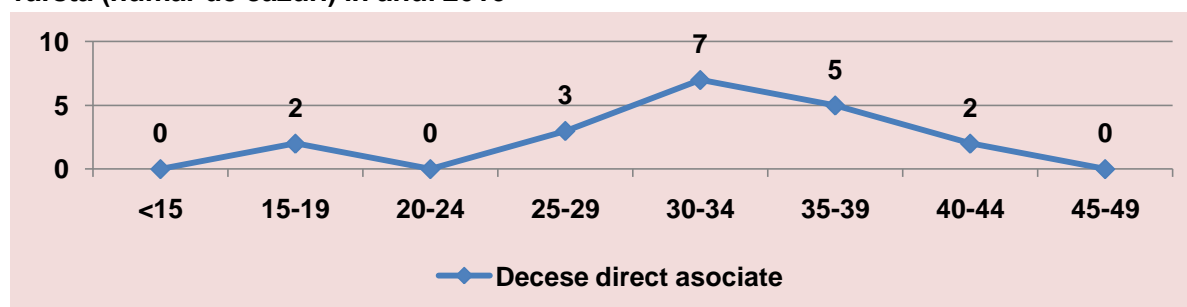
Grafic 6- 4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2016



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 2016, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 19 și 43 de ani, majoritatea fiind situată în segmentul 30-39 ani (peste 50% din totalul deceselor asociate direct consumului de droguri, iar 73% din cazuri au avut vârsta de peste 30 de ani).

Grafic 6- 5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2016



Sursa: INML București

Valorile arată tendința „naturală” de îmbătrânire a populației de consumatori, cu deces survenit după istoric prelungit de uz de droguri.

În funcție de locul decesului, în anul 2016, se constată următoarele, pentru cazurile de mortalitate directă:

- 15 decedați la domiciliu,
- 1 în loc public (stradă),
- 3 decedați la spitale.

Datele sunt similare celor din anii anteriori, astfel încât se poate afirma că nu a intervenit o schimbare majoră în ceea ce privește locurile unde se consumă.

Au dispărut din cazuistică decesele survenite în hoteluri, aspect care, în absența altor date demografice, nu poate fi corelat cu modificări de comportament la injectare – menționăm că nu au existat cazuri de decese în serie/ concomitente, ca expresie a unor practici de consum în grup.

6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri

În rețeaua medico-legală, în anul 2016 s-au efectuat 1103 examene toxicologice vizând identificarea prezenței stupefiantelor din probe biologice provenind de la cadavre, respectiv 964 de la persoane în viață.

În toate cele 19 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produse psihoactive, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București (practic în acest moment declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi).

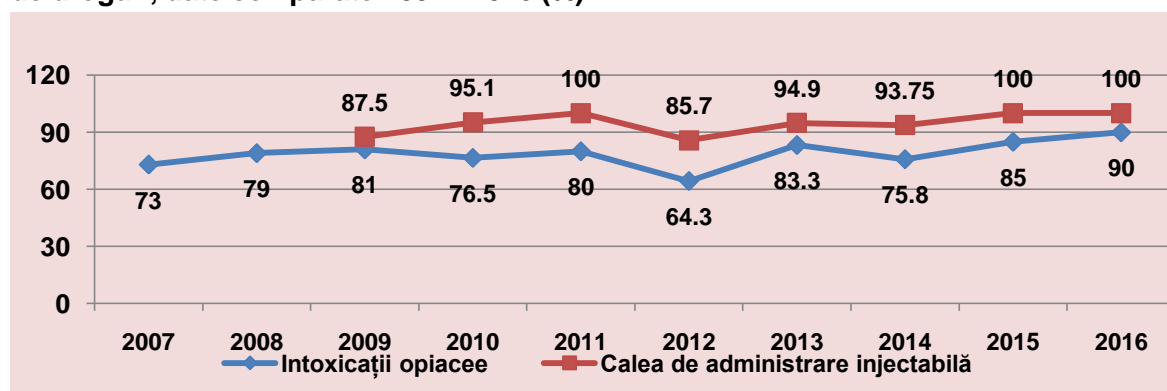
În toate cele 19 cazuri de decese direct asociate consumului de droguri au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri, neexistând cazuri fără antecedente cunoscute/ documentabile sau stigmat de uz cronic. Aspectul (deces survenit doar în cazul consumatorilor cronici) susține posibilul 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. Decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă) și mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, care asociază stigmat generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri au fost implicați consumatori de droguri injectabile –preponderent pe cale intravenoasă - existând doar un caz care a implicat administrare prin prizare (cocaină), respectiv per os (methamfetamine) și posibil ca în unele cazuri să fi existat o utilizarea simultană de medicamente (metadonă) atât pe cale injectabilă, cât și per os, fie ca expresie a tratamentului de substituție, fie deturnate din uzul farmaceutic, asociate într-un caz cu fumatul unor derivate de canabis.În această situație, administrarea medicamentelor a fost combinată cu fumatul și cu inhalatul.Astfel, administrarea drogurilor în cazul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă, calea de administrare asociindu-se cu tipul drogului administrat, respectiv opiaceele. În acest context, semnalăm menținerea cocainei în cazuistică, după o perioadă 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 virus hepatic tip C și HIV – 50% din cazurile de deces direct testate virusologic prezintă markeri virali ai infecțiilor cu virusuri hepatice sau HIV) sau acut-subacut (endocardite, sepsis).

Incidența consumului de heroină – identificată în 5 cazuri – confirmă tendința ultimilor ani, de stabilizare a numărului de consumatori de heroină, odată cu dispariția/ reducerea posibilităților de procurare mai facilă a altor substanțe, fapt care a condus și la o oarecare creștere a prețului de vânzare a acestora.

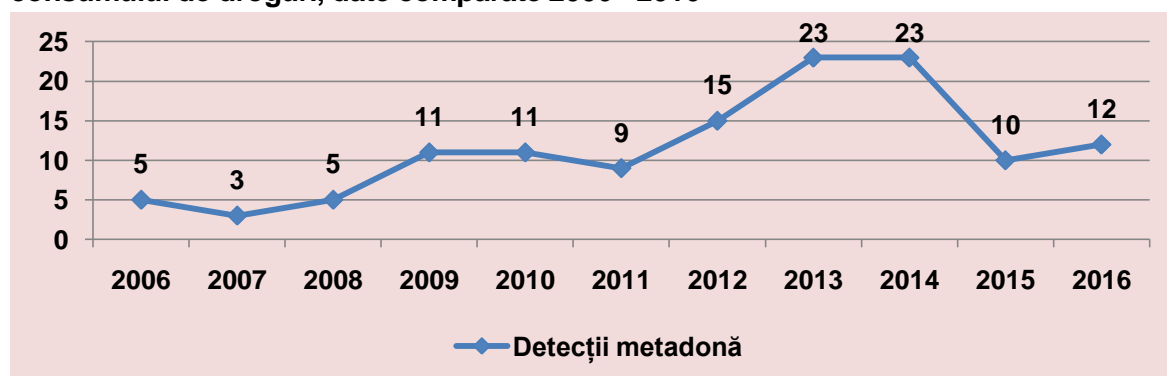
Grafic 6- 6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2016 (%)



Sursa: INML București

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție, 12 din totalul de 19 (metadonă - decelată în jumătate din cazuri dintre cele directe – 63% din decesele asociate consumului de droguri) este în scădere față de anii anteriori, dar menținând creșterea, comparativ cu anii de debut ai monitorizării (2007 - 3 cazuri).

Grafic 6- 7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2016



Sursa: INML București

Spectrul substanțelor detectate în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri continuă să fie dominat de opiacee (16 cazuri în total) – metadonă în principal (12 cazuri din 19 decese directe) și heroină (5 cazuri). Incidental s-a mai identificat și o altă substanță din clasa opiaceelor (dipipanonă, cu rol de substanță asociată, nu tanatogeneratoare), dar se poate susține dispariția din cazuistică a medicamentelor aflate pe lista substanțelor farmaceutice cu regim special de eliberare. De asemenea, nu s-a mai reîntâlnit ketamina (cazistică cu incidență fluctuantă în ultimii ani, posibil rezultat al măsurilor consecutive introducerii ei pe lista substanțelor cu regim special) și a reapărut în spectrul substanțelor identificate amfetamina/ metamfetamina.

În relativă concordanță cu tendința ultimilor ani la nivel european, după o lungă absență din cazuistică, a reapărut cocaina drept cauză de deces direct asociat consumului de droguri (2 cazuri în 2014, un caz în 2015, unul în 2016).

În patru cazuri, decesul a inclus și intoxicația acută cu substanțe de tip NSP¹⁴, unul datorându-se exclusiv acestui tip de substanță.

În concluzie, pentru anul 2016, tabloul statistic relevă că decesele directe corelate consumului de droguri în România sunt consecința evidentă a consumului de metadonă (63% - singură sau în asocieră, inclusiv cu heroina), combinată cu benzodiazepine și alte medicamente sedative (9 cazuri din cele 12 cazuri de decese asociate consumului de droguri în care a fost identificată metadonă), rar fiind identificată singură – 2 cazuri, sau în asocieră cu heroina și alte substanțe medicamentoase – 1 caz.

În 5 cazuri de deces (2 metadonă, 1 heroină, 1 NSP, 1 MDMA), este implicată doar o singură substanță, o valoare scăzută comparativ cu anul anterior, similară celei înregistrate în 2013 (doar 3 cazuri), tendință interesantă ce denotă re-orientarea consumatorilor spre combinațiile polidro; celelalte cazuri au fost reprezentate de asocieri, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie de potențator/ nuanțator al efectelor vizate.

¹⁴ 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.

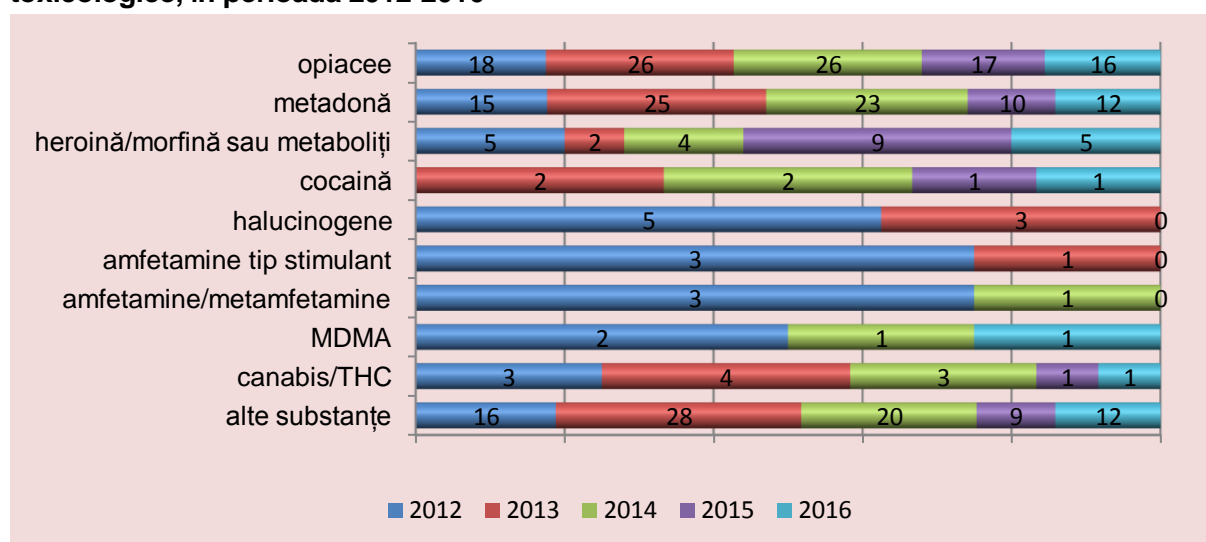
De asemenea, semnalăm că, pentru anul 2016, scade tendința de anul trecut a asocierii stupefiantelor cu alcoolul – doar trei cazuri, similar cu 2015 – 2 cazuri, dar mult scăzut comparativ cu 8 cazuri în 2014 (cu valori de până la 1,8 g‰).

Cauza decesului a fost atribuită în 16 cazuri intoxicației cu opiacee, într-unul doar intoxicației cu cocaină, unul cu MDMA și unul cu NSP, contribuind la deces și asocierile cu alte droguri – opiacee cu alcool, sau cu alte substanțe de tip medicamentos cu efecte psihoactive.

A crescut semnificativ incidența substanțelor sedative, anxiolitice sau antipsihotice (posibil datorită scăderii farmaco-vigilenței și controlului la vânzarea din farmacii), cu menținerea relativ constantă a prezenței diazepinelor, dar cu restrângerea spectrului general medicamentos întâlnit în cazuistică.

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

Grafic 6- 8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2016



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.

6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri

Pe parcursul anului 2016, au fost înregistrate 12 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente), dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri (cazuri cu așa - zisă *cauzalitate indirectă*¹⁵). Dintre acestea, 11 cazuri s-au înregistrat în București și unul în Vrancea.

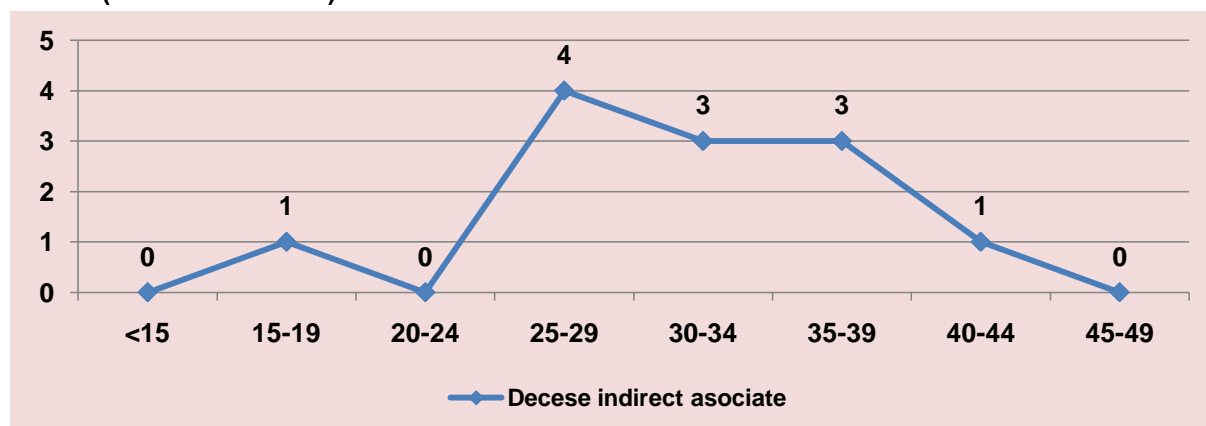
¹⁵ Decese indirecte ca urmare a consumului de substanțe psihoactive - decesele produse ca urmare a tulburărilor de comportament și tulburărilor mentale legate de consum, precum și/ sau a contractării unor boli ca urmare a practicilor de utilizare a echipamentelor de injectare în comun, respectiv a complicațiilor somatice produse de consumul de substanțe psihoactive.

În rândul consumatorilor de droguri continuă menținerea incidenței de infecții cronice (chiar și sub rezerva testării sporadice a cazuisticii): au fost identificate 5 cazuri HIV pozitive în cazurile de supradoză, respectiv 10 din totalul de 12 în cazurile de mortalitate indirectă; 7 cazuri de VHC în cazuistica mortalității directe și 8 în cea indirectă. În 13 cazuri, infecția este polivirală, asociată cu infecții TBC.

În ceea ce privește decesele indirect asociate consumului de droguri, acestea se distribuie între cele două sexe astfel: 9 cazuri în rândul bărbaților și 3 cazuri în rândul femeilor. În ultimii ani, se remarcă o creștere a decesului în rândul femeilor.

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces indirect asociate consumului de droguri înregistrate în 2016, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 19 și 44 de ani, cele mai multe în intervalul 25-29 ani (4 cazuri), iar peste 50% din total în segmentul 30-39 ani. În anul de referință, vârsta medie de deces a fost de 30,6 ani pentru decesele indirecte. În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă patologia progresiv acumulativă lentă a stilului de viață, consumului cronic, riscul de accidente etc, elemente specifice dependenței de droguri, cu decompensarea lor lentă, la distanță în timp față de momentul inițierii consumului, tradusă prin deces la vârste mai mari.

Grafic 6- 9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2016



Sursa: INML București

În continuare, numărul acestor cazuri de *decese indirecte* reprezintă, cel mai probabil, expresia înțelegerii (nu neapărat uniformă și omogenă) 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). Unele cazuri au fost declarate cazuri medico-legale, nemaifiind eludată obligativitatea legală pre-existentă, ceea ce conducea la cel mult autopsierea prosecturală – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare – o parte din această creștere datorându-se creșterii *vizibilității* acestor cazuri pentru statistică, 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 plauzibil 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 2016, valorile cazurilor de intoxicație letală tind să scadă la media anterioară și relativ similar anului 2015, prin scăderea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, deși, cifra absolută poate fi, mai degrabă, o expresie a sub-raportării/ neidentificării adecvate a cazuisticii.

Numărul constant de decese consecutive complicațiilor induse de consumul cronic – *decese indirecte* – își găsește o explicație foarte plauzibilă și aflată în corelație cu numeroasele date furnizate de alți indicatori ai consumului de droguri (bolile infecțioase asociate consumului de droguri, urgențele medicale datorate consumului de droguri, admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri).

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 indirecte¹⁶, 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 care conduce la deces prin complicații, nu prin supradoze*. Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă asepsie/ antisepsie sau a unor doze înalt contaminate¹⁷.

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, 2015, 2016 aceste complicații să nu mai fie întâlnite în cazul deceselor directe, care au prezentat doar stigmat 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 reîntoarcerii la substanțele de consum consacrate – opiacee (dar cu oscilații între uzul de metadonă vs. heroină).

¹⁶ Majoritatea afecțiunilor fiind reprezentată de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, tuberculoza 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, trombembolie generată de produși insolubili – talc); se observă scăderea marcată a incidenței endocarditei infecțioase la consumatorii de droguri 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 injectabilă foarte frecventă (zilnică) de droguri înalt contaminate)

¹⁷ 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.

Aspectele acute ale unora dintre patologiiile 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 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.

În anul 2016, domină categoric intoxicațiile cu opiacee – 85%, similar anului 2013- 83,3% (cel mai înalt procent al incidenței acestor substanțe în rândul deceselor asociate consumului de droguri în ultimii 9 ani) și în creștere față de anii 2014 - 75,75% și respectiv 2015 – 81%, pe fondul restrângerii diversității spectrului de substanțe identificate în cazuistică: heroină (5 cazuri), cocaină (1 caz), canabinoizii (prezenți într-un singur caz), și MDMA (ecstasy – 1 caz) – din categoria substanțelor non-medicamentoase, respectiv alte 12 tipuri de substanțe din categoria medicamentelor (benzodiazepinele și medicația de uz psihiatric dominând spectrul), incluzând metadonă (considerând metadona ca substanța 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).

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 NSP, care au un potențial tanatogenerator direct mai scăzut).
- Este extrem de probabilă o sub-raportare a cazuisticii prin neincluderea în baza de date a Registrului Special de Mortalitate a deceselor „indirect” corelate consumului de droguri, care prin caracteristicile particulare ale definirii lor sunt eludate 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 a celei de raportare.
- Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidență foarte mare a metadonei.
- Se constată persistența patologiei consecutive injectării de produși insolubili, probabil cu sursa din comprimatele sau tabletele deturnate din circuitul farmaceutic sau terapeutic (în concordanță cu procentul major reprezentat de către metadonă în determinismul decesului).
- Nu se mai constată incidente deosebite grupate calendaristic, existând o distribuție lunară relativ egală, fără vârfuri
- A crescut semnificativ vârsta medie de deces – expresie a „îmbătrânirii” valurilor anterioare de consumatori racolați în anii trecuți cu acumulare progresivă de complicații. Paradoxală este vârsta medie de deces în cazurile indirecte, mai scăzută față de cea din decesele directe, probabil reflexie a potențialului degenerativ accelerat al noilor

substanțe intrate în uz (cu agravare/ decompensare relativ rapidă, odată inițiat consumul cronic), dar și al celui redus direct letal al lor (care conduce arareori la supradoze letale).

- Drogul cel mai tanatogenerator continuă să rămână din categoria opiaceelor, din nou tot mai des în asocieri cu produși medicamentoși. Se constată menținerea în spectrul substanțelor identificate în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri a unor raruri observate în anii trecuți (MDMA, cocaină).

Recomandări:

1. Sprijinirea rețelei medico-legale pentru accesarea de fonduri guvernamentale și europene în vederea dotării materiale a laboratoarelor de toxicologie la nivelul întregii țări, pentru lărgirea ariei de identificare – raportare.
2. Inițierea rapidă a unor programe de dotare și cercetare care să vizeze dezvoltarea posibilităților de identificare a NSP în probe biologice.
3. Accelerarea demersurilor pentru implementarea propunerilor legislative, în vederea unificării metodologiei de raportare a deceselor direct asociate consumului de droguri.
4. Unificarea criteriologiei medico-legale de definire a decesului direct asociat consumului de droguri.
5. Implementarea unui sistem informatic de colectare a datelor aferente indicatorului decese direct asociate consumului de droguri.
6. Diseminarea internă și internațională a capacităților de management a cazurilor de deces direct asociat consumului de droguri din rețeaua medico-legală.
7. Facilitarea accesului medicilor legiști la reuniuni științifice, *workshop*-uri, schimburi de experiență în vederea uniformizării metodologiei din cazurile de deces direct asociate consumului de droguri.
8. Introducerea unor modificări procedurale pentru implementarea măsurilor care și-au dovedit eficiența – circuit de colectare – raportare date.
9. Stabilirea custodiei corpurilor delictive și/ sau a circuitului informațional privind rezultatele examenelor criminalistice, toxicologice etc.
10. Actualizarea listei cu substanțe psihoactive cu regim special de eliberare farmaceutică sau al căror regim este incompatibil cu anumite activități.
11. Testarea toxicologică pe scară largă a deceselor de cauză traumatică.
12. Popularizarea în rândul personalului medical și de cercetare/ anchetă a prevederilor legale privind obligativitatea abordării medico-legale în cazurile de deces corelate consumului de droguri.
13. Implementarea unor măsuri mai eficiente de *harm-reduction* și educație medicală.
14. Menținerea și întărirea măsurilor legislative privind comercializarea/ consumul NSP, cu virarea de la definirea strictă a substanței spre clasa cărora aparțin sau incriminarea modalităților de vânzare.
15. Introducerea intervențiilor terapeutice precoce în rândul consumatorilor problematici de droguri depistați cu infecția HIV,.
16. Adoptarea unor ghiduri naționale de referință pentru tratamentul substitutiv cu metadonă și identificarea posibilităților de introducere pe piață a metadonei în formă lichidă.

6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

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

Monitorizarea urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive reprezintă un indicator important¹⁸ 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 4518 urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, ceea ce înseamnă cu 15,5% mai puțin decât în perioada anterioară.

În funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43,1% (față de 43,4 în 2015) au fost înregistrate pe fondul consumului de droguri ilicite, 32,3% (față de 24,1% în 2015) au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 12,5% (față de 14,8% în 2015) au fost raportate ca urmare a consumului de droguri multiple, 6,1% (față de 11,2% în 2015) s-a datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, 6% (față de 6,5% în 2015) a fost atribuit consumului unor substanțe necunoscute.

Tabel 6- 1: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2016

Tipul consumului care a generat urgența medicală	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consum de droguri multiple	476	709	755	604	791	564
Consum exclusiv de alcool	123	2316	2681	2952	1289	1458
Consum exclusiv de droguri ilicite	1455	1461	864	1256	2323	1949
Consum exclusiv de medicamente	365	715	808	805	600	275
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	148	119	123	215	346	272
Total	2578	5373	5254	5846	5349	4518

Sursa: ANA

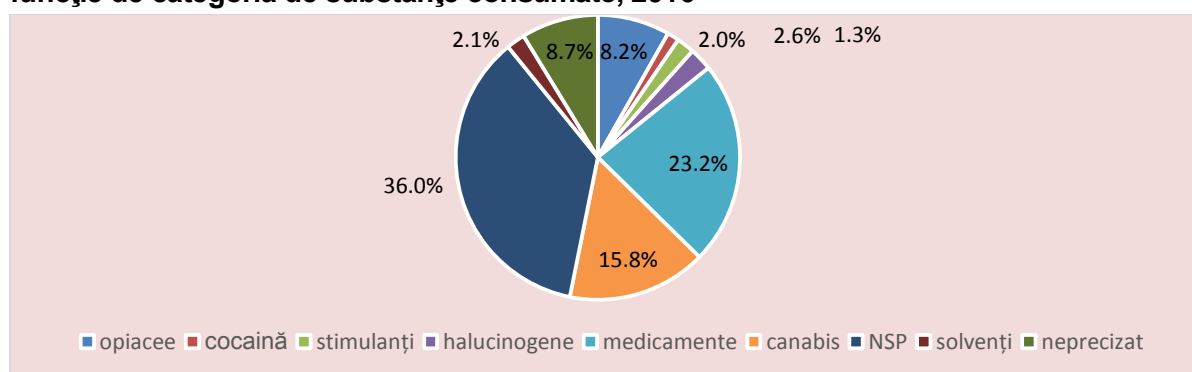
¹⁸ În sistemul de raportare a datelor referitoare la urgențele medicale produse ca urmare a consumului de substanțe psihoactive sunt incluse următoarele categorii de furnizori de servicii medicale: Spitalele generale publice care au în structură o unitate de primiri urgențe și care primesc urgențe medicale de orice cauză; Spitalele de specialitate care primesc urgențe; Departamentele de specialitate din cadrul penitenciarelor care primesc urgențe medicale. La nivel național, sistemul de raportare include 118 unități medicale care pot oferi servicii medicale de urgență ca urmare a consumului de droguri. Dintre acestea, 94 unități medicale au transmis date privind urgențele medicale ca urmare a consumului de droguri în anul 2016.

6.2.2. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite

La nivel național, în 2016, au fost înregistrate 3060 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație).

Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, în 36% a fost menționat consumul de NSP (singular sau în combinație), în 15,8% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis, iar în 8,2% s-a declarat consum de opiacee (heroină, metadonă sau opiacee generic). Totodată, în 2,6% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, 2,1% consum de solvenți volatili, în 2,1% consum de stimulanți și în 1,3% consum de cocaină. De asemenea, în 8,7% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate. Consumul de medicamente a fost raportat în 23,2% din cazurile de urgență înregistrate.

Grafic 6- 10: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2016



Sursa: ANA

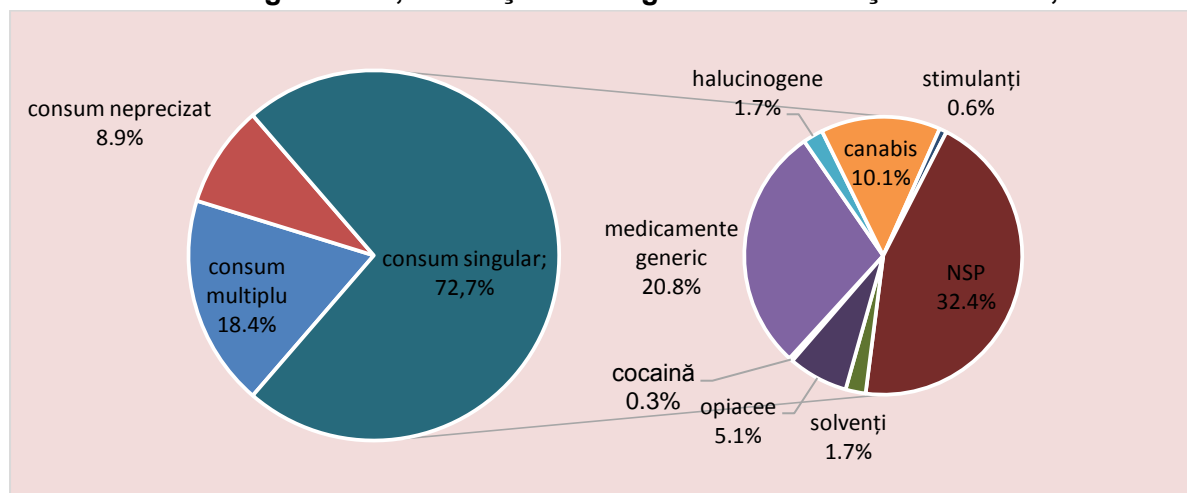
În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor consumate au fost realizate determinări toxicologice pentru 2117 pacienți (69,2%), în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. În cea mai mare parte, determinările toxicologice efectuate au fost calitative (82 %).

Distribuția cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, care au fost raportate în anul 2016, prezintă în continuare o repartiție inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – 77,6%, comparativ cu 22,4% femei.

În ceea ce privește vârsta persoanelor care au accesat serviciile de urgență se observă că 78,2% (79,2% în 2015) sunt persoane cu vârsta sub 34 ani, 18% (față de 13,3% în 2015) sunt persoane cu vârsta între 35 și 64 ani, iar restul de 2% (față de 3,4% în 2015) sunt persoane de peste 64 ani. În 2% din cazuri în fișa de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive nu a fost menționată data nașterii pentru persoana care s-a adresat serviciului de urgență.

În ceea ce privește modelul de consum, în 72,7% din cazurile de urgență s-a înregistrat consumul unei singure substanțe psihoactive, în timp ce, în 18,4% din cazuri s-a observat consum de droguri multiple. Pentru 8,9% dintre cazuri nu a putut fi precizat modelul de consum.

Grafic 6- 11: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2016



Sursa: ANA

În ceea ce privește modalitatea de administrare a drogurilor ilicite se observă că în 33,6% (față de 37,4% în 2015) din cazurile raportate aceasta a fost prin fumat/ inhalare, în timp ce, administrarea pe cale orală a fost precizată în 25,1% din cazuri, față de 22,8% în 2015. De asemenea, 4,5% (față de 8,7%) 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 diagnosticilor de urgență, pe baza clasificării ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*), recomandată de Organizația Mondială a Sănătății.

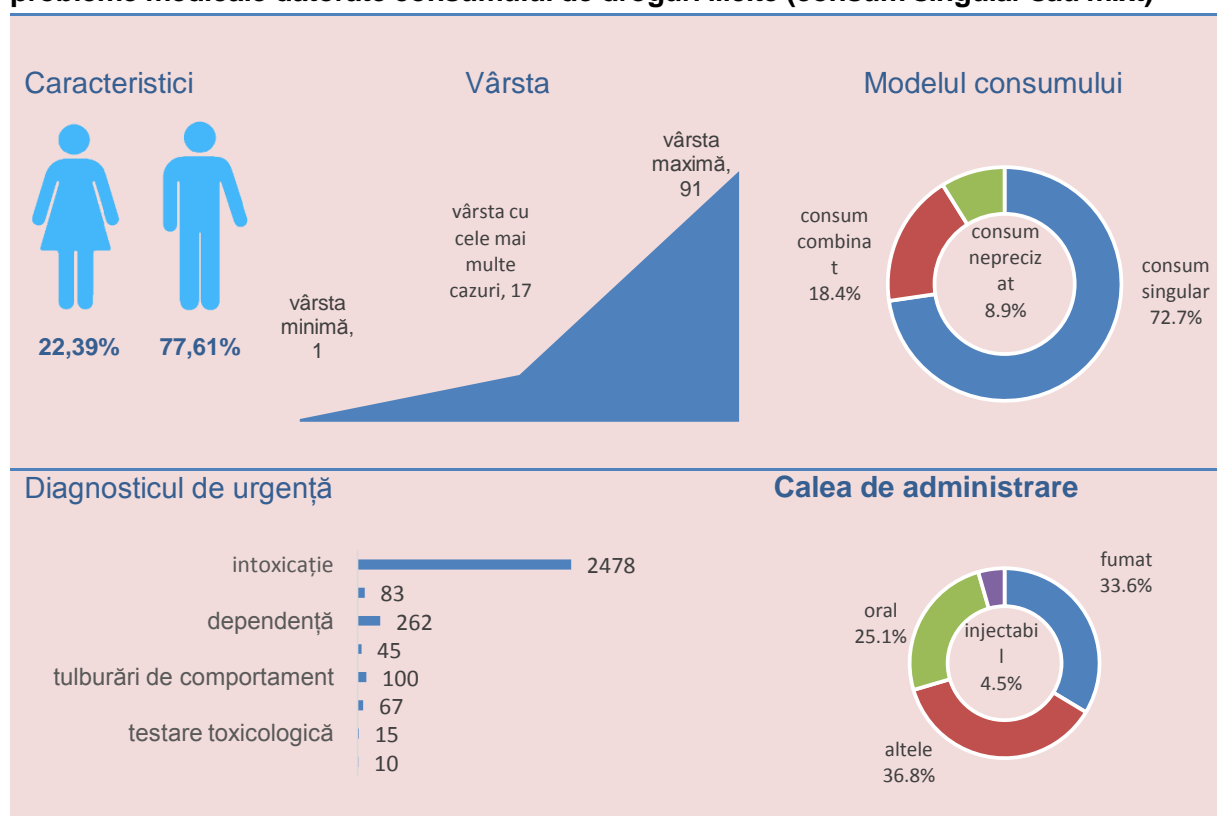
Pornind de la aceste considerente, diagnosticile consemnate de medici în Fișa standard de înregistrare a urgenței medicale datorată consumului de substanțe psihoactive au fost încadrate, după cum urmează:

- intoxicație acută: poate include trauma, inhalarea vomei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- utilizarea nocivă: cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care virusul a fost contactat ca urmare a injectării de substanțe psihoactive sau episoade de tulburare depresivă secundară la consumul de alcool.
- dependența: grup de tulburări comportamentale, cognitive și fiziologice care se dezvoltă după consumul repetat de substanțe psihoactive și care include de obicei o dorință puternică de a consuma substanțe psihoactive, dificultăți în controlul utilizării acestora, persistență în utilizarea lor în ciuda consecințelor negative, o prioritate mai mare acordată consumului de droguri decât de alte activități și obligații, creșterea toleranței la substanța psihoactivă consumată, și, uneori, starea de sevraj.
- sindrom de întrerupere a consumului (sevrajul): grup de simptome severe care apar ca urmare a întreruperii totale sau parțiale a consumului unei substanțe psihoactive, după o utilizare îndelungată a acesteia. Sindromul de întrerupere a consumului poate fi complicat de convulsii sau de sevrajul cu delir.
- tulburări psihotice și de comportament: grup de tulburări psihotice care apar în timpul sau ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, dar care nu sunt explicate pe

baza unei simple intoxicații acute și nu fac parte din sindromul de întrerupere a consumului. Se caracterizează prin halucinații, distorsiuni perceptive, iluzii, tulburări psihomotorii și un efect anormal, care poate varia de la frică intensă la extaz. Tot în această categorie au fost incluse tulburările de personalitate sau de comportament care persistă dincolo de perioada în care operează efectul substanței psihoactive consumate.

- alte diagnostice: reprezintă o clasă de diagnostice induse sau determinate de consumul de substanțe psihoactive, precum: leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe.
- recoltare probe biologice: reprezintă cazurile care se prezintă la secțiile de primiri urgență în vederea recoltării de probe biologice pentru efectuarea de determinări toxicologice.

Tabel 6- 2: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (consum singular sau mixt)



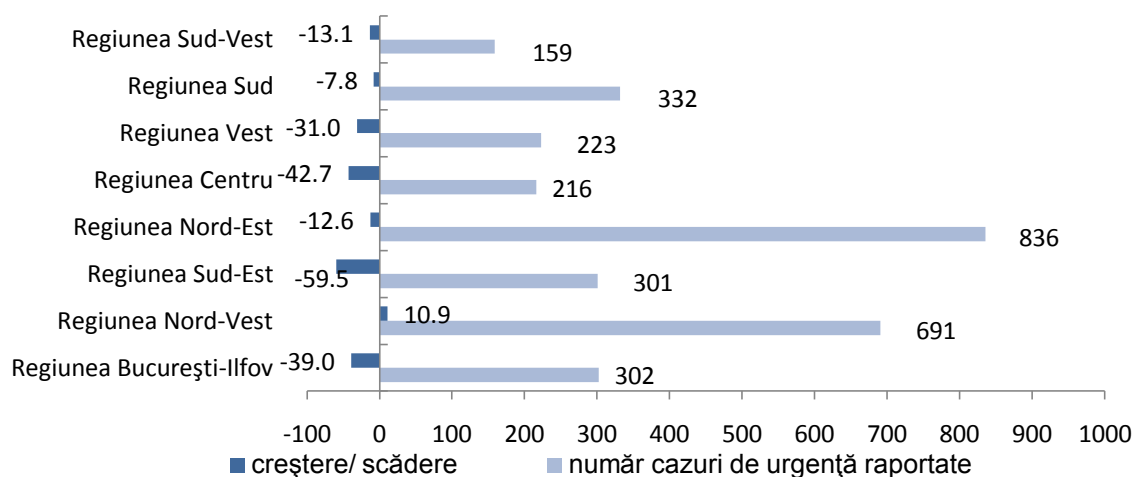
Sursa: ANA

În ceea ce privește simptomatologia cazurilor de urgență raportate, se constată că, din cele 3060 de cazuri, 81,2% (față de 83,3% în anul anterior) s-au datorat unor intoxicații acute cu droguri ilicite, în 8,6% (față de 6,3%) s-a consemnat diagnosticul de dependență, în 3,3% (față de 3%) s-au înregistrat tulburări psihotice și de comportament, 2,7% (față de 2,4%) au fost ca urmare a utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite, 1,5% (față de 1,5%) au prezentat sindrom de întrerupere a consumului la diferite substanțe (sevrăj), iar 2,2% (față de 2,9%) au prezentat alte diagnostice induse sau determinate însă de consumul de substanțe psihoactive. În 0,5% (față de 0,6%) dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite, s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării de determinări toxicologice.

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 2016, situația se prezintă astfel:

- Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) – 691 cazuri (față de 623 cazuri);
- Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – 223 cazuri (față de 323 cazuri);
- Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – 836 cazuri (față de 956 cazuri);
- Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – 301 cazuri (față de 743 cazuri);
- Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) – 216 cazuri (față de 377 cazuri);
- Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – 159 cazuri (față de 183 cazuri);
- Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – 332 cazuri (față de 360 cazuri);
- București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov) – 302 cazuri (față de 495 cazuri).

Grafic 6- 12: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2016, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)



Sursa: ANA

Deși numărul unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2016, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea evoluție a cazuisticii de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

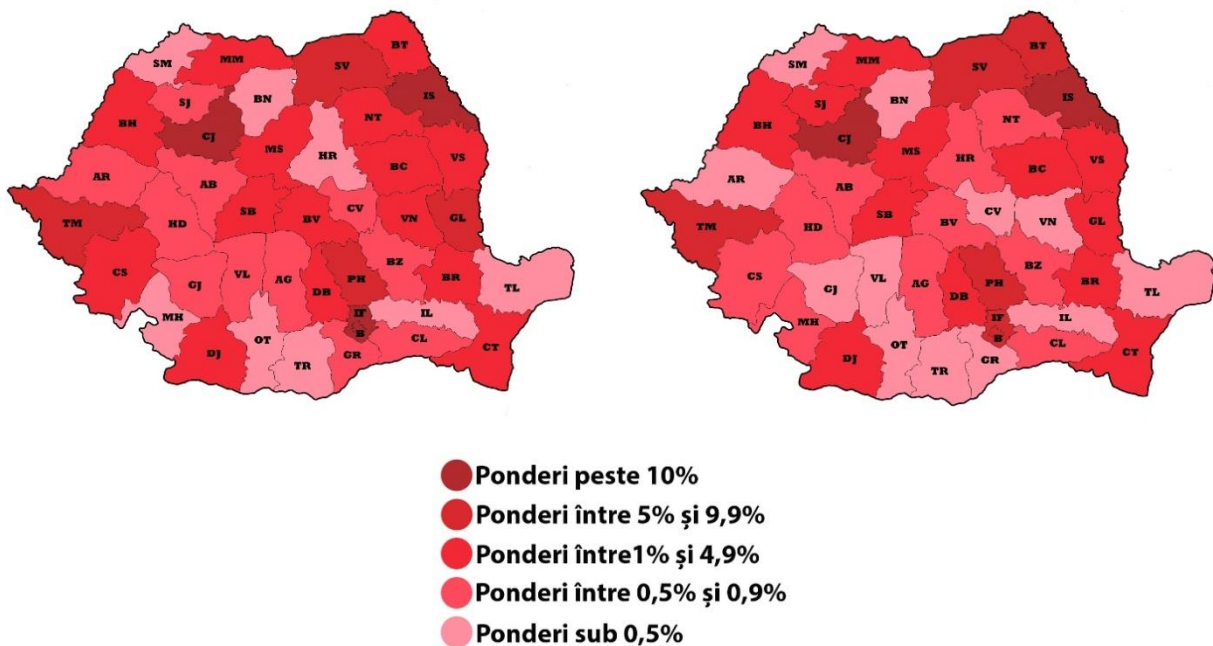
- regiunea București-Ilfov: scăderea cu 39% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente a cazuisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, semnalată prima dată în 2011);
- regiunea Centru: scădere cu 42,7% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- regiunea Nord-Est: scădere cu 12,6% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- regiunea Nord-Vest: creșterea cu 10,9% a numărului de cazuri (confirmarea tendinței crescătoare înregistrate în anul 2012);

- regiunea Sud: scădere cu 7,8% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- regiunea Sud-Est: scădere cu 59,5% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- regiunea Sud-Vest: scădere cu 13,1% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- regiunea Vest: scădere cu 31% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior).

Harta 6- 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016

2015

2016



Sursa: ANA

Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar într-una singură (regiunea Nord-Vest) se înregistrează o creștere a numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite. 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:

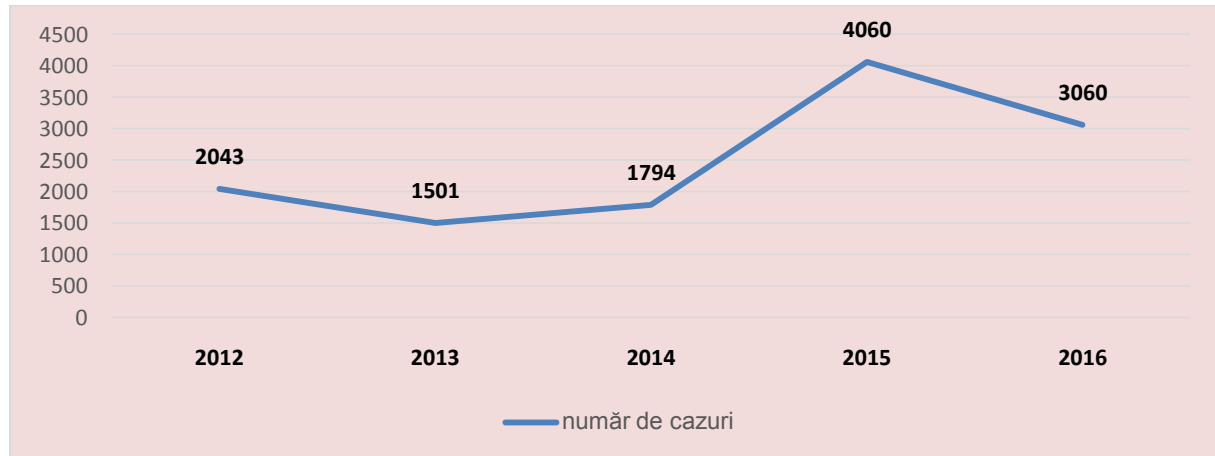
- Zonă de risc foarte mare (ponderi peste 10%): Iași, Cluj
- Zonă de risc mare (ponderi între 5% și 9,9%): București, Botoșani, Timiș, Prahova, Suceava.
- Zonă de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%): Bacău, Bihor, Brăila, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Galați, Maramureș, Mureș, Sălaj, Sibiu, Vaslui.
- Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%): Alba, Argeș, Brașov, Buzău, Călărași, Caraș-Severin, Harghita, Hunedoara, Mehedinți, Neamț.

- Zonă de risc foarte mic (ponderi sub 0,5%): Arad, Bistrița-Năsăud, Covasna, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt, Satu-Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea.

6.2.3. Tendințe

Monitorizarea urgențelor medicale datorate consumului de droguri a fost extinsă la nivel național începând cu anul 2010, dar până în anul 2012, au fost colectate date agregate, ceea ce nu permite realizarea unei analize de tendință pentru ultimii 10 ani.

Grafic 6- 13: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, date comparate 2012-2016 (număr cazuri)



Sursa: ANA

În ultimii 5 ani, evoluția numărului de cazuri de urgență raportate ca urmare a consumului de droguri ilicite a fost fluctuantă. În 2015, se observă o scădere a numărului de urgențe medicale raportate dar o creștere a numărului de urgențe ca urmare a consumului de droguri ilicite, pentru ca în 2016 ambele tipuri de date raportate să înregistreze scăderi, comparativ cu anul anterior.

Față de anii anteriori, se remarcă schimbări de tendință pentru cazuistica de urgență determinată de consumul de opiacee și se observă menținerea tendinței ascendente pentru cazuistica de urgență datorată consumului de NSP și cannabis.

Se remarcă o tendință descendentă a ponderii cazuisticii de urgență în care a fost raportat consumul de droguri multiple, conturându-se astfel o schimbare față de anii anteriori, privind proliferarea consumului mixt de droguri.

Se observă creșterea ponderilor cazurilor în care administrarea drogurilor s-a realizat pe cale pulmonară sau prin fumat, ceea ce se corelează cu creșterea cazuisticii în care s-a declarat consum exclusiv de cannabis.

6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Monitorizarea sistematică, utilizând instrumente validate științific¹⁹, a dinamicii și evoluției infectării cu HIV și hepatite virale a sub-populației de consumatori de droguri injectabile,

¹⁹ Sursele de date utilizate pentru evaluarea situației bolilor infecțioase supraviețuite, în anul 2016, conform prevederilor metodologice ale indicatorului epidemiologic cheie „Boli infecțioase asociate consumului de droguri”, au fost: a. baza de date privind indicatorul “Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri” -TDI (se

categoria cea mai expusă la a contracta astfel de boli, este una dintre direcțiile de acțiune importante, prevăzută în documentele programatice de politici publice antidrog naționale.

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, se poate afirma că și în anul 2016, în România, au continuat tendințele de stabilizare în ceea ce privește dinamica infectărilor cu HIV și hepatite virale B și C a consumatorilor de droguri injectabile. Epidemia de HIV declarată în perioada 2012-2013 în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București se află în fază de supraveghere și control.

6.3.1. Notificări (cazuri nou diagnosticate)

Analiza epidemiologică descriptivă a cazurilor de hepatită virală tip B și C, intrate în sistemul de supraveghere în anul 2016 (329 cazuri), elaborată de Institutul Național de Sănătate Publică²⁰, indică faptul că pentru 1,4% dintre persoanele identificate cu hepatită virală acută tip C, calea de transmitere posibilă²¹ a fost consumul de droguri injectabile. În privința cazurilor de hepatită virală tip B, 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 sau în laboratoarele direcțiilor de sănătate publică județene.

Având în vedere calea de transmitere probabilă, din totalul de 654 noi cazuri diagnosticate cu HIV/SIDA, notificate în anul 2016 de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”, 100 sunt consumatori de droguri injectabile (15,03%). În scădere cu aproape cinci puncte procentuale față de anul anterior și la jumătate față de vârful din anul 2013, aceste cazuri au următoarele caracteristici²²:

- peste 85% prezintă subtipul genotipic F1, unic în Europa;
- sunt predominant bărbați (86%);
- se distribuie în procente mai ridicate în intervalele de vârstă de 25 - 29 ani (32%) și 30 - 34 ani (26%);
- 40% declară că au consumat preponderent amestecuri de heroină cu noi substanțe psihoactive, 18% noi substanțe psihoactive, 8% heroină, 1% cocaină în amestec cu noi substanțe psihoactive, în timp ce, 33% nu precizează drogul utilizat;
- mai mult de trei sferturi dintre subiecții diagnosticați (77%) sunt rezidenți în zona metropolitană a municipiului București;

utilizează informații auto-declarate de beneficiari despre statusul serologic propriu, precum și date privind testările și rezultatele acestora, efectuate în timpul tratamentului) – include date colectate de Agenția Națională Antidrog din monitorizarea de rutină a tuturor serviciilor specializate de tratament pentru consumul de droguri care au furnizat date în anul de referință; b. Studiile de supraveghere serologică și comportamentală (BSS) – se realizează periodic; c. monitorizarea de rutină a programelor de schimb de seringi (baza de date creată de Agenția Națională Antidrog începând cu anul 2012) – cuprinde date privind programele de reducere a riscurilor disponibile în București; d. notificările din sistemul național de supraveghere epidemiologică și control al bolilor infecțioase, comunicate de Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile (punct național focal ECDC) și Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”.

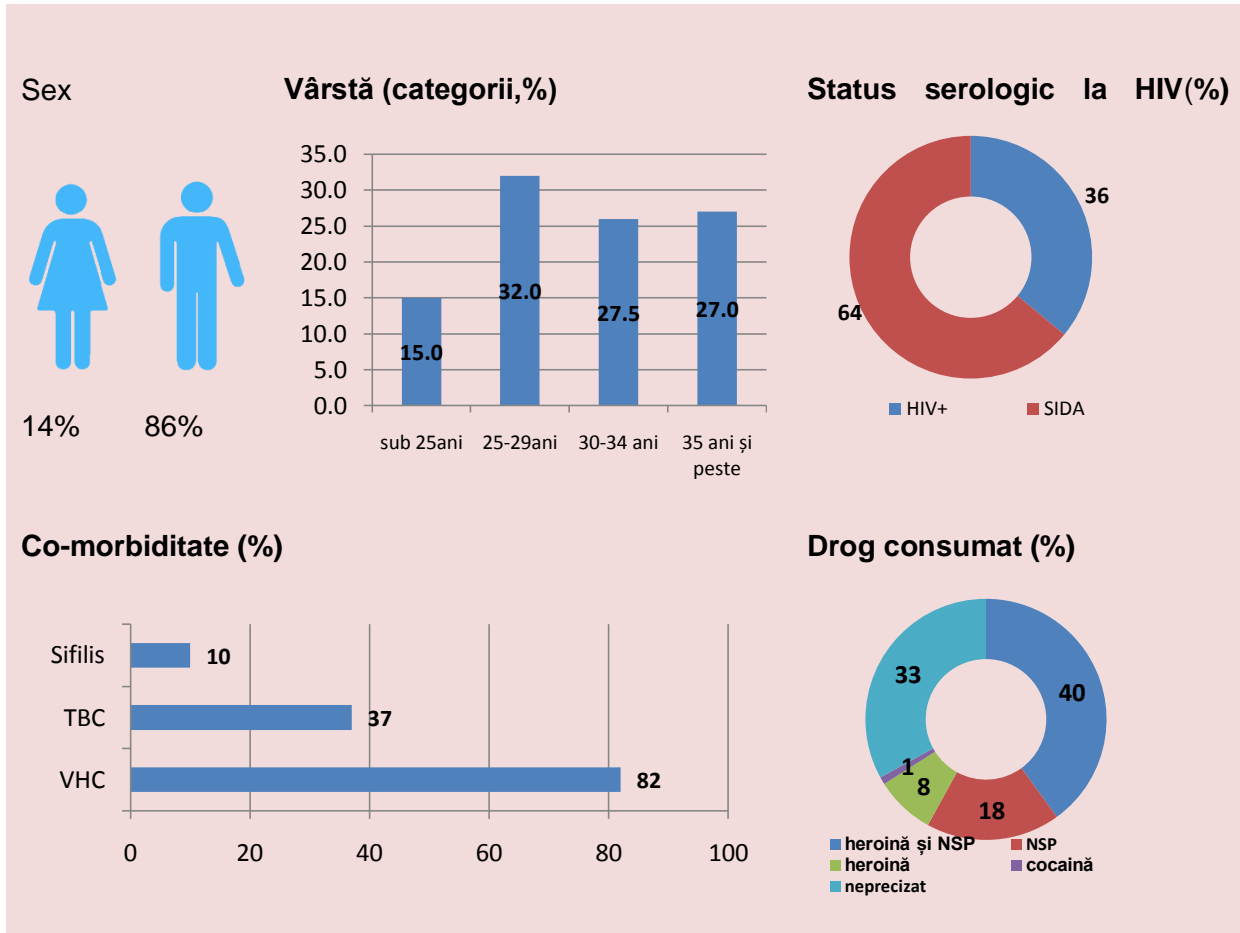
²⁰ <http://cnsctb.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/hepatita-virala-tip-b-si-c/652-hepatita-virala-tip-b-si-c-anul-2016-analiza/file>

²¹ Nu sunt excluși și alți factori de risc posibili

²² Date preluate din Raportul anual privind infecția cu HIV în România la 31 decembrie 2016, disponibil la http://www.cnlas.ro/images/doc/31122016_rom.pdf

- prezintă co-morbiditate ridicată la VHC (82%), TBC (37%) și Sifilis (10%);
- 36% din cazuri sunt infectați cu HIV, iar 64% au dezvoltat deja SIDA;
- 51% prezintă valori ale limfocitelor CD4 sub 100 (comparativ cu doar 23% la pacienții cu alte posibile căi de transmitere).

Tabel 6- 3: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2016



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

Tendința pusă în evidență de notificările privind infectarea cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în 2016, este aceea de stabilizare. Ca și în anul anterior, principala cale probabilă de transmitere rămâne cea heterosexuale, urmată însă de sexul neprotejat între bărbații care fac sex cu bărbați și de consumul injectabil de droguri, fapt ce modifică ierarhia din 2015, când consumatorii de droguri erau pe locul doi.

6.3.2.Prevalență

6.3.2.1. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri admiși la tratament (date auto-raportate) în 2016

În anul 2016, în baza de date privind indicatorul “Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri” – TDI, au fost înregistrate 617 cazuri de consumatori de droguri injectabile, un număr apropiat ca valoare celui din anul anterior.

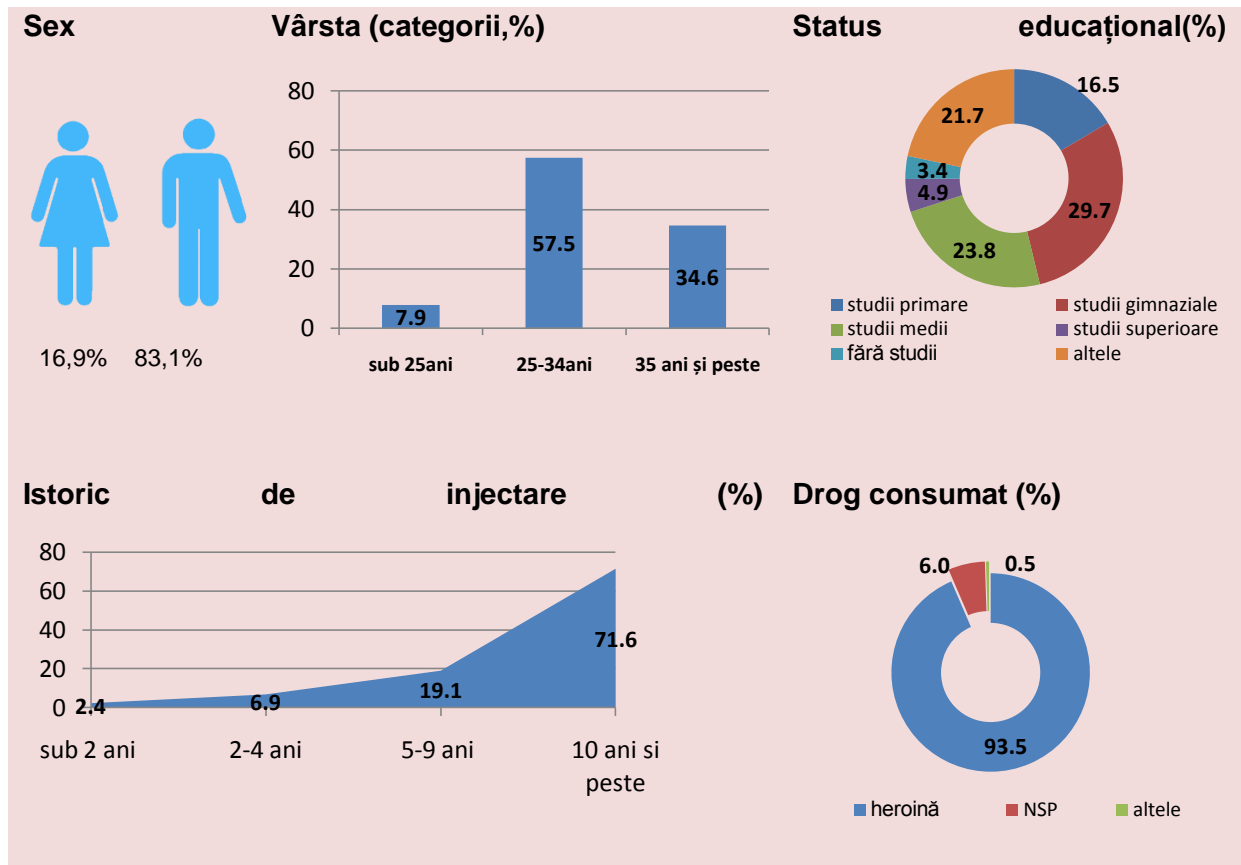
Definiția cazului pentru datele luate în analiză include *consumatorii de droguri admiși la tratament în anul 2016, care au declarat că au consumat droguri pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile anterioare admitterii la tratament (consumatori actuali de droguri injectabile)*²³. Pentru stabilirea 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 a bărbaților (83,1%);
- populația se concentrează majoritar în grupa de vârstă 25-34 ani (57,5%);
- se constată o semnificativă concentrare a cazurilor în zona București-Ilfov (90,6%);
- consumă preponderent heroină (93,5%);
- cu debut în consum injectabil de droguri în intervalul de vârstă 15-19 ani (44%);
- au o perioadă medie de latență în consum (de la debut până la momentul admitterii la tratament specializat) de 10 ani;
- 71,5% sunt beneficiari cu un istoric îndelungat de consum injectabil (mai mult de 10 ani), față de doar 2,4% consumatori noi (mai puțin de 2 ani de consum injectabil);
- 80,1% din cazuri au declarat o frecvență zilnică a consumului anterior admitterii la tratament, iar 34,8% au declarat consum combinat de mai multe droguri, în aceeași perioadă;
- unul din 10 subiecți a utilizat în comun ace și seringi în ultimele 30 de zile;
- cei mai mulți dintre consumatori sunt absolvenți de studii gimnaziale (29,7%), urmași de absolvenți de liceu (23,8%).
- majoritatea (62%) a mai fost în tratament pentru consum de droguri;
- în 58% dintre cazuri asistența a fost acordată în regim ambulatoriu, față de 41,7% în sistem rezidențial, respectiv 0,3% în detenție.

²³ Cazurile au fost selectate prin "intersectarea" variabilei "calea de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile anterior admitterii la tratament" (atributul: consum injectabil) cu variabila "timpul trecut de la ultima injectare cu orice substanță psihoactivă" (atributul: injectare în ultimele 30 de zile).

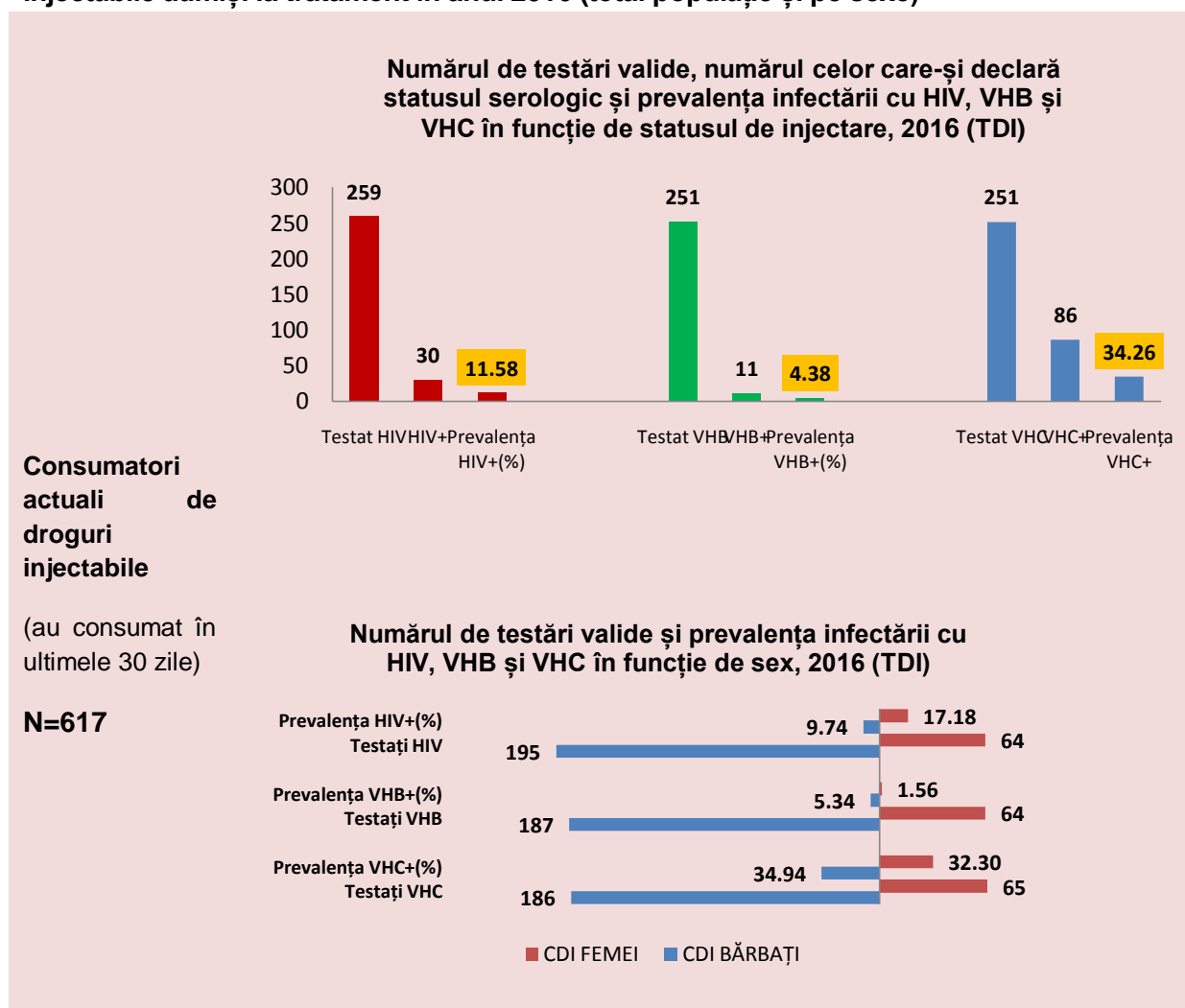
Tabel 6- 4: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2016



Sursa: ANA

După cum se observă din datele prezentate anterior, din perspectiva profilului socio-demografic, precum și în ce privește adoptarea unor comportamente riscante de consum, populația de consumatori actuali de droguri injectabile înregistrată în tratament este una vulnerabilă și predispusă la infectarea cu bolile supravegheate și la excluziune socială.

Grafic 6- 14: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2016 (total populație și pe sexe)



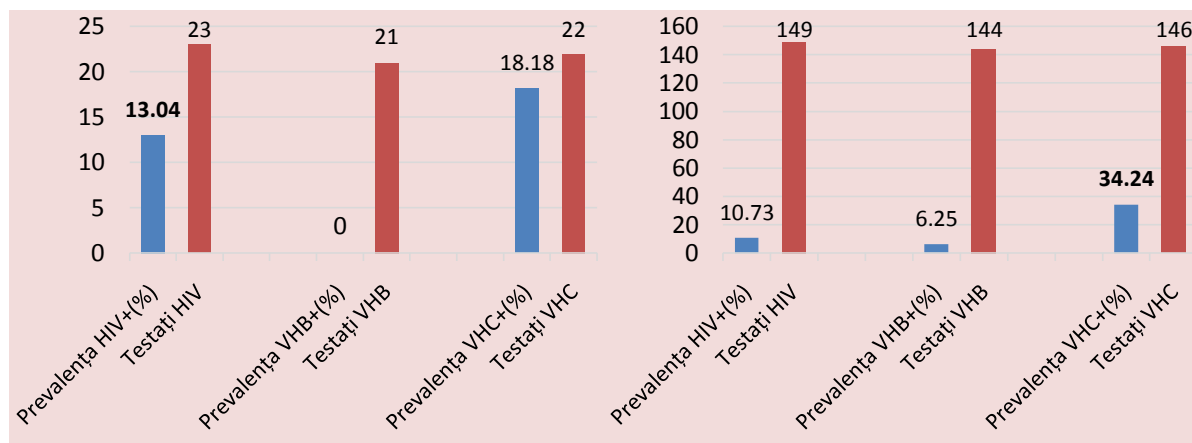
Sursa: ANA

Prevalențele rezultate din analiza datelor auto-raportate de beneficiarii testați pentru identificarea virusilor HIV, VHB și VHC în anul 2016, sunt mai mici decât cele înregistrate în cazul consumatorilor de droguri injectabile care au accesat servicii de reducere a riscurilor în anul de referință. Aceste constatări sunt consistente cu ipoteza conform căreia utilizatorii de droguri injectabile care sunt în contact cu un serviciu specializat de asistență (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.

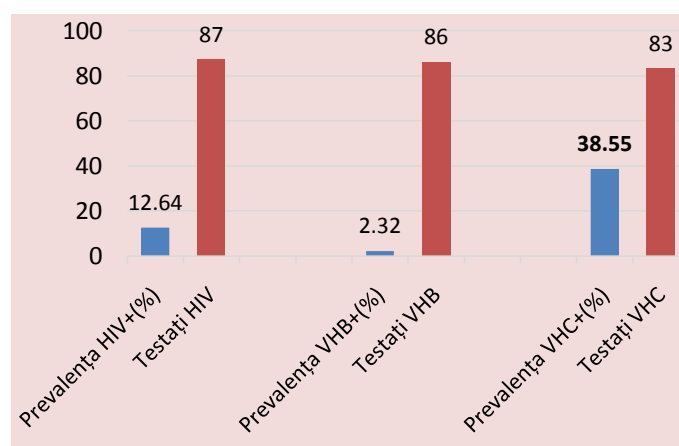
Majoritari ca proporție în populația analizată (consumatori actuali de droguri injectabile, admiși la tratament în 2016), bărbații înregistrează prevalențe mai reduse pentru HIV față de femeile și valori mai mari ale prevalenței pentru VHC și VHB.

Grafic 6- 15: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2016 (TDI)

CDI < 25



CDI > 34

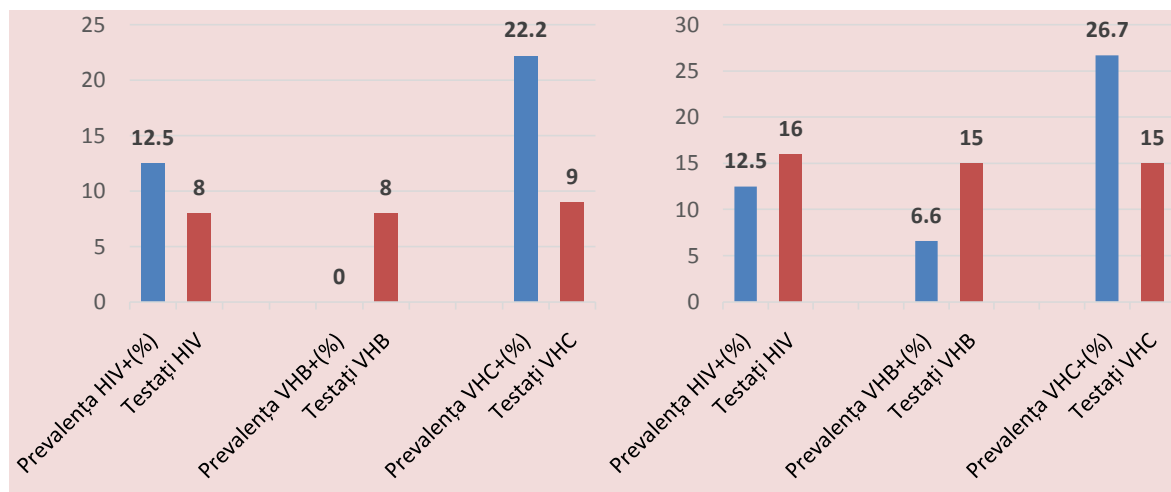


Sursa: ANA

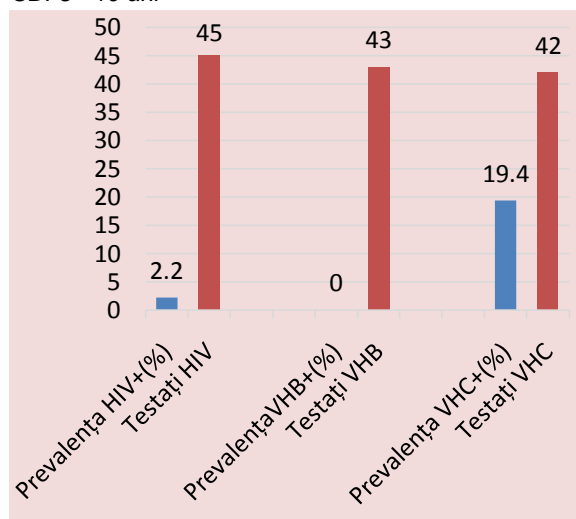
Deși au cea mai mare proporție în populația supravegheată, în anul 2016, cei din grupa de vârstă 25-34 de ani înregistrează cea mai ridicată prevalență doar pentru VHB, în timp ce pentru HIV, cele mai ridicate valori ale prevalenței se înregistrează în cazul celor din grupa de vârstă sub 25 de ani. În sub-grupul celor în vârstă de peste 34 ani se constată cea mai ridicată prevalență pentru VHC.

Grafic 6- 16: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2016 (TDI)

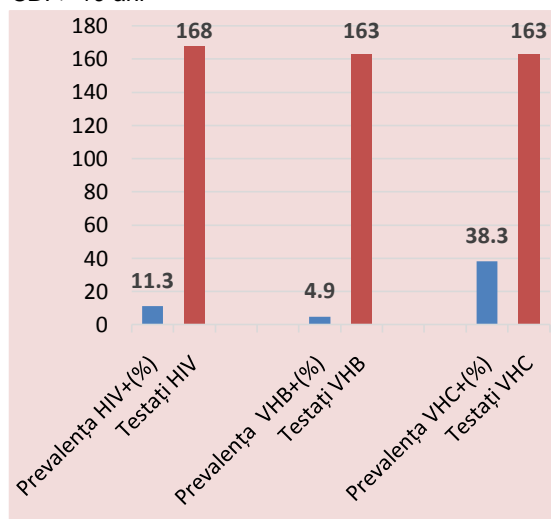
CDI < 2 ani



CDI 5 - 10 ani



CDI > 10 ani



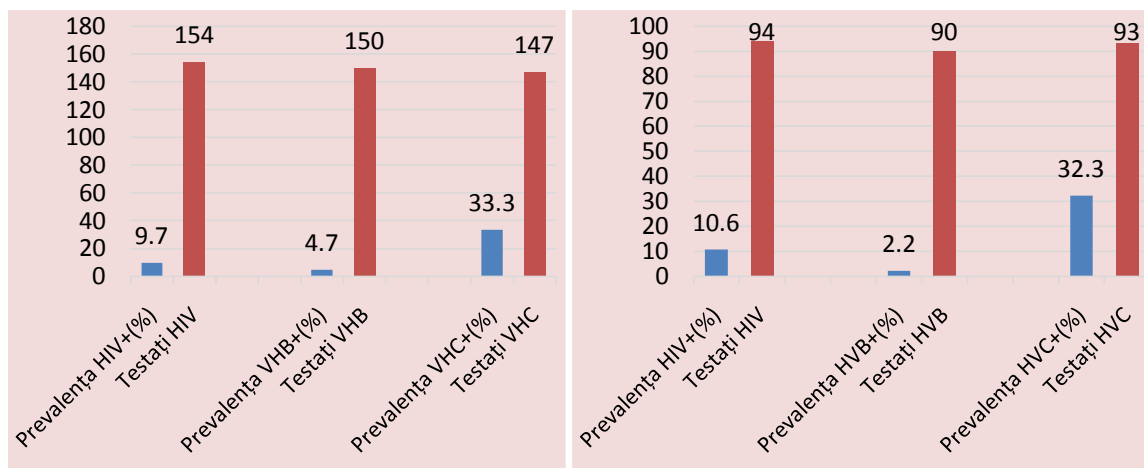
Sursa: ANA

Cele mai ridicate prevalențe ale infectării cu HIV se constată în rândul consumatorilor actuali de droguri injectabile cu istoric scurt de injectare (sub 2 ani sau sub 5 ani), urmași de cei care utilizează droguri injectabile de peste 10 ani. Cifrele trebuie considerate totuși cu precauție, având în vedere numărul redus al testărilor realizate în cazul celor cu istoric scurt de injectare.

Grafic 6- 17: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admerii la tratament, 2016 (TDI)

CDI - admiși anterior la tratament

CDI - nou admiși la tratament



Sursa: ANA

Cu toate că se regăesc 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 2016, înregistrează prevalențe mai mari la infectarea cu HIV (10,6%, față de 9,7%). În schimb, cei admiși anterior la tratament înregistrează prevalențe aproape egale – 33,3%, față de 32,3% pentru VHC și o prevalență aproape dublă pentru VHB.

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 (63,3%),
- cu vârsta între 25-34 ani (53,3%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (83,3%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (82,6%),
- admis anterior la tratament (60%),
- tratat în regim rezidențial (70%),
- anterior admerii la tratament, și-a injectat drog cu o frecvență zilnică (83,3%),
- are o durată medie de latență a consumului (de la debut până la prima admerire la tratament) de 10 ani,
- a utilizat în comun echipament de injectare în ultimele 30 de zile anterior admerii la tratament (26,7%),
- prezintă co-infectare cu VHC în 86,6% din cazuri, respectiv cu VHB în 10% din cazuri,
- are studii gimnaziale (36,7%) sau primare (30%),
- locuiește în majoritatea cazurilor într-o locuință stabilă (50%), dar se înregistrează și un procent destul de ridicat al celor cu rezidență în spații temporare de locuire sau pe stradă (36,7%),
- locuiește cu familia - părinții (40%) sau cu partenerul/ copiii (26,7%), majoritatea fiind rezidențiali în București (93,7%),

- un singur caz se află în detenție.

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHC:

- este de sex masculin (75,6%),
- cu vârsta între 25 - 34 ani (58,1%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (87,2%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (81,6%),
- admis anterior la tratament (62%),
- tratat în regim rezidențial (51,2%),
- a utilizat în comun echipament de injectare dar nu în ultimele 12 luni (37,2%),
- prezintă co-infecție cu HIV în 30,2% din cazuri și co-infecție cu VHB în 11,4% din cazuri,
- are preponderent studii liceale (32,6%),
- locuiește în București (91,9%), de regulă, într-o locuință stabilă(74,4%), de cele mai multe ori, cu părinții/ familia de origine(45,4%) ori cu partenerul/ copiii (31,4%), ,
- două cazuri se află în detenție.

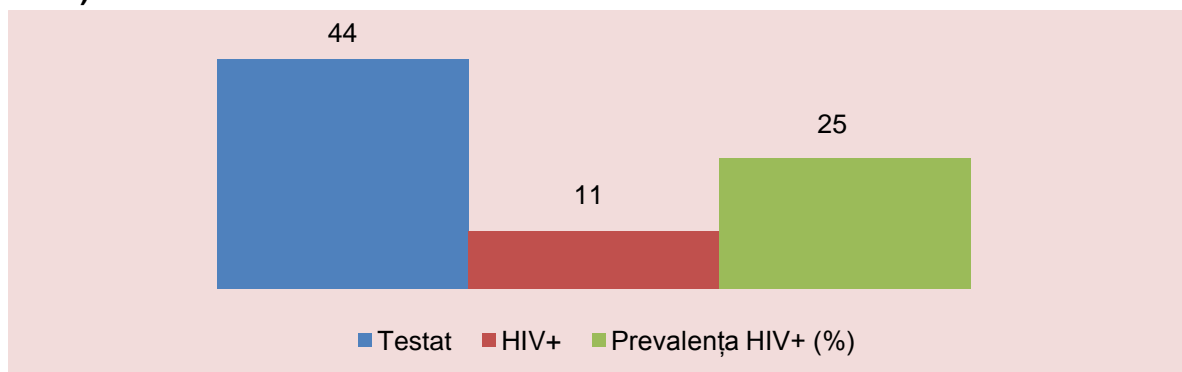
Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHB:

- este de sex masculin (90,9%),
- cu vârsta între 25 - 34 ani (81,8%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (94,1%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (88,9%),
- admis anterior la tratament (77,8%),
- anterior admiterii la tratament, a consumat cu o frecvență zilnică (90,9%) și a utilizat în comun echipament de injectare dar nu în ultimul an (27,3%),
- prezintă co-infecție cu HIV în 37,5% din cazuri și co-infecție cu VHC în 81,8% din cazuri,
- tratat în regim rezidențial (58,8%),
- are preponderent studii gimnaziale (45,5%),
- locuiește în București (90,9%), într-o locuință stabilă (72,7%), cu părinții/ familia de origine(45,5%) ori cu partenerul/ copiii (36,4%),

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) în 2016

Având în vedere faptul că sunt reduse ca volum, datele înregistrate în urma testării beneficiarilor aflați în serviciile de tratament (pe parcursul procesului terapeutic) pot fi analizate (cu precauție), comparativ cu cele constatate în cazul datelor autodeclarate de beneficiari la admiterea în tratament.

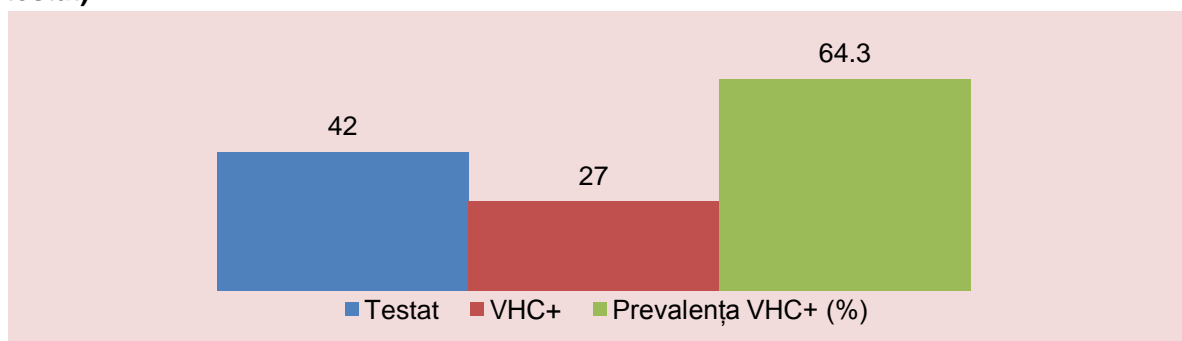
Grafic 6- 18: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2016 (status serologic testat)



Sursa: ANA

Astfel, în 2016, în condițiile menținerii numărului de teste aplicate la un nivel comparativ cu anul anterior, prevalența HIV înregistrată în populația de consumatori de droguri injectabile testați pe durata tratamentului, este de trei ori mai mare decât cea constatată în ultimii 2 ani (8,4% în 2014 și 8,3% în 2015) și dublă față de cea rezultată în urma analizei datelor auto-raportate la admiterea în tratament.

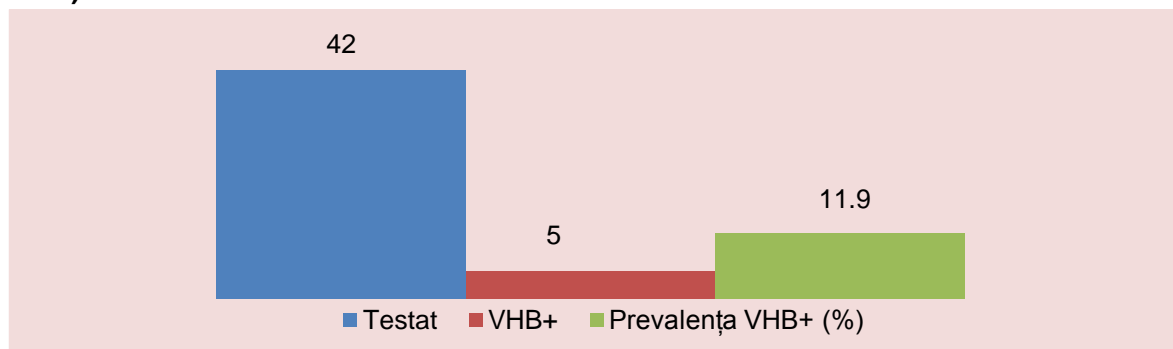
Grafic 6- 19: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2016 (status serologic testat)



Sursa: ANA

Datele privind prevalența VHC din testări sunt, de asemenea, mai puțin consistente față de cele autodeclarate (64,3%, față de 34,3%), dar confirmă menținerea unui nivel ridicat al VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din serviciile de tratament.

Grafic 6- 20: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2016 (status serologic testat)



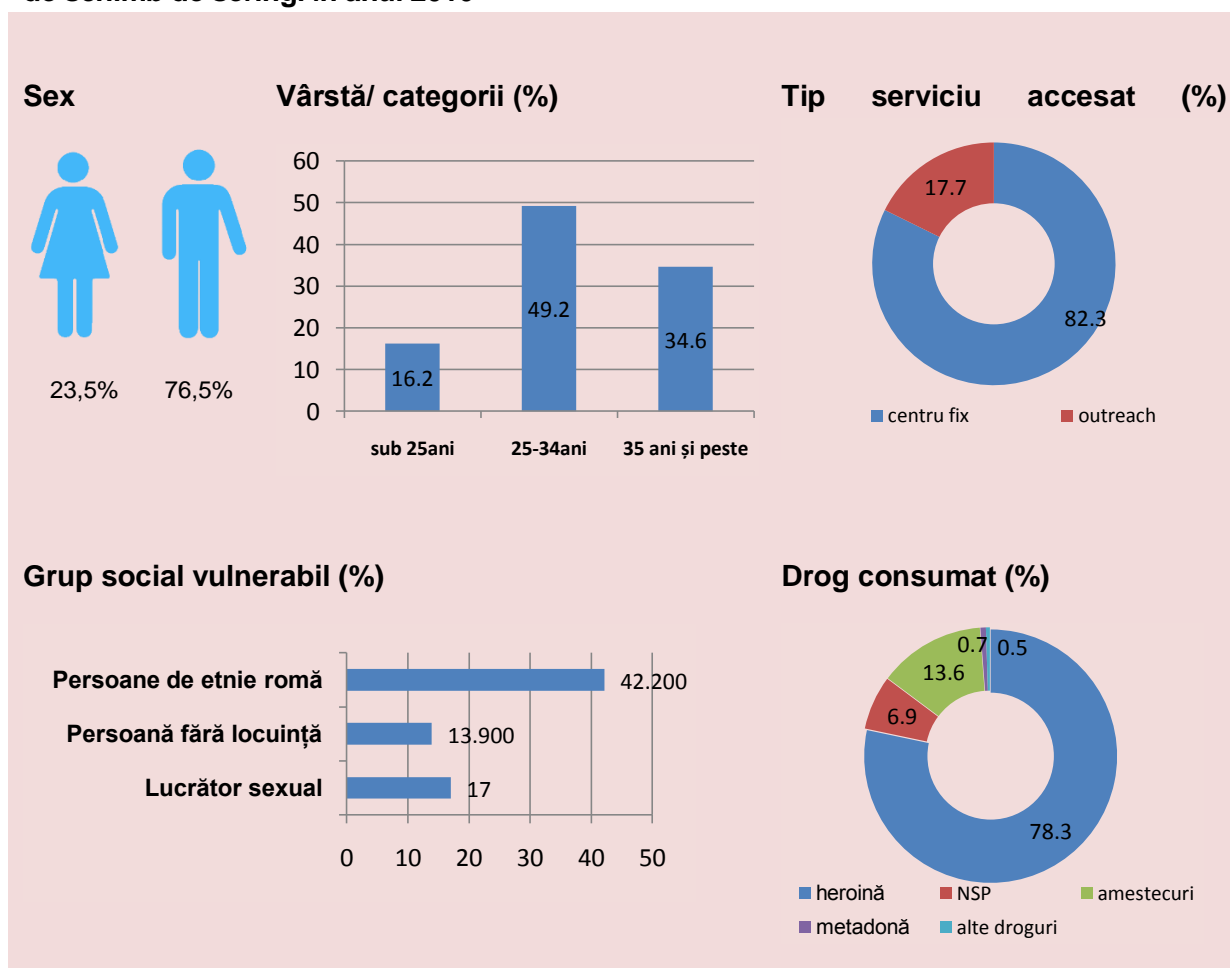
Sursa: ANA

Prevalența infectării cu VHB rezultată din testările efectuate în timpul tratamentului, este, de asemenea, dublă față de cea rezultată din datele autodeclarate, indicând o creștere a ratei VHB în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în tratament, comparativ cu anul anterior.

6.3.2.3. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi în 2016

Față de beneficiarii programelor de tratament, consumatorii de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi sunt o populație care are caracteristici socio-economice de grup vulnerabil mai accentuate, este mult mai expusă riscului de infectare cu bolile supravegheate menționate, fiind angajată în consum intensiv de droguri injectabile, complementar cu alte comportamente de risc (utilizare în comun de echipamente de injectare, contacte sexuale întâmplătoare și neprotejate etc.).

Tabel 6- 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi în anul 2016



Sursa: ANA

În cazul celor asistați în cadrul programelor de schimb de seringi, modelele de consum sunt, în 2016, mai diversificate în ceea ce privește drogul principal utilizat. Astfel, doar 67,5% au declarat drogul principal utilizat în ultimele 30 de zile, iar dintre aceștia, 78,3% au consumat heroină, 6,9% NSP, 13,6% au declarat consum de droguri multiple sau amestecuri, iar 0,7% au menționat metadona.

Deși majoritară, populația masculină (67,3%) este mai redusă ca proporție față de 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 și relativ echilibrată a subiecților în grupele 25-34 de ani (48,6%) și peste 34 de ani (41,3%).

Cei 3679 beneficiari unici, înregistrați, în anul 2016, au accesat în proporții aproape egale serviciile de schimb de seringi și cele de tip centru fix (48,9 %) , iar 51,1% au fost în contact cu cele de *outreach* - fapt explicabil prin revigorarea serviciilor mobile de asistență primară în teren a consumatorilor activi de droguri injectabile.

Se constată, concomitent cu aceasta, dublarea procentului distribuitorilor secundari de echipamente de injectare (34% în 2016, față 15,4% dintre beneficiari) utilizați de furnizori.

Beneficiarii programelor de reducere a riscurilor au fost asistați, în 2016, în proporție de 81% de ARAS și 19% de CARUSEL.

Sub aspectul apartenenței la un grup social vulnerabil, se constată că, în populația identificată de consumatori activi de droguri injectabile, 21,5% sunt lucrători sexuali (subgrupă cu potențial crescut de transmitere a bolilor infecțioase către populația generală), 20% sunt persoane fără locuință și 64,8% sunt persoane de etnie romă.

Populația analizată este în totalitate rezidentă în București și împrejurimile acestuia, iar subiecții recrutați au fost asistați preponderent în 3 dintre cele 6 sectoare ale orașului: 38,8% în sectorul 5, 28,4% în sectorul 2, 20,9% în sectorul 3.

Furnizarea de către ANA de teste rapide pentru depistarea bolilor infecțioase, seringi și alte echipamente sterile medicale către organizațiile neguvernamentale care gestionează programe de schimb de seringi în București, precum și continuarea asigurării suportului financiar necesar din partea autorităților publice de nivel central și local ori din granturile acordate pentru acest tip de activitate, nu au reușit totuși să mențină, în anul de referință, nivelul capacităților de testare la valorile anului anterior – doar 169 de persoane testate pentru bolile infecțioase supravegheate în 2016, fiind aplicate 391 de teste rapide.

Infecția cu HIV

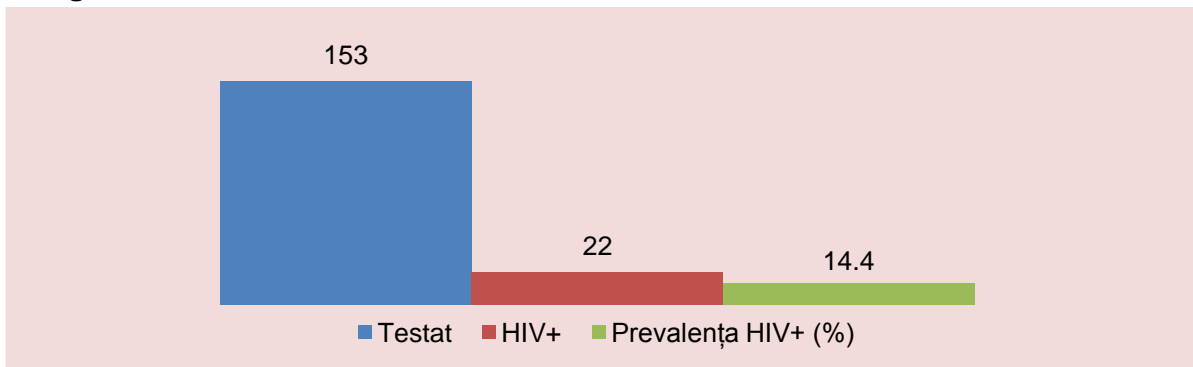
Consumatorii de droguri injectabile din programele de seringi, identificați în 2016 cu status serologic pozitiv la HIV (11,2%), prezintă caracteristici socio-demografice și comportamente de consum specifice, astfel:

- 77,3% dintre subiecți sunt bărbați, față de 22,7% 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 intervalul 25-34 ani (59,1%), cu o vârstă medie de 31 ani,
- sub-populația analizată este în totalitate localizată în București, 40,9% dintre subiecți fiind asistați în sectorul 2,
- 54,5% dintre subiecți au fost în contact cu un centru fix de schimb de seringi,
- în absența datelor pentru majoritatea cazurilor testate (aproape 80% dintre cazuri nu și-au declarat drogul utilizat), dintre cei cu status serologic pozitiv la HIV, 3 persoane au declarat consum de heroină, iar 2 consum de NSP,

- doar 5 consumatori s-au declarat drept distribuitor secundar de echipament de injectare, unul a menționat că este lucrător sexual, 9 sunt persoane fără adăpost și 4 sunt de etnie romă,
- 68,2% dintre cazuri prezintă co-infecție cu VHC și 9,1% cu VHB.

În ceea ce privește acoperirea cu servicii, se observă că în 2016 s-a realizat o medie de 33 prezervative și 67 seringi distribuite pentru fiecare beneficiar și doar 2 dintre consumatorii de droguri injectabile identificați cu HIV a beneficiat de servicii de referire.

Grafic 6- 21: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2016

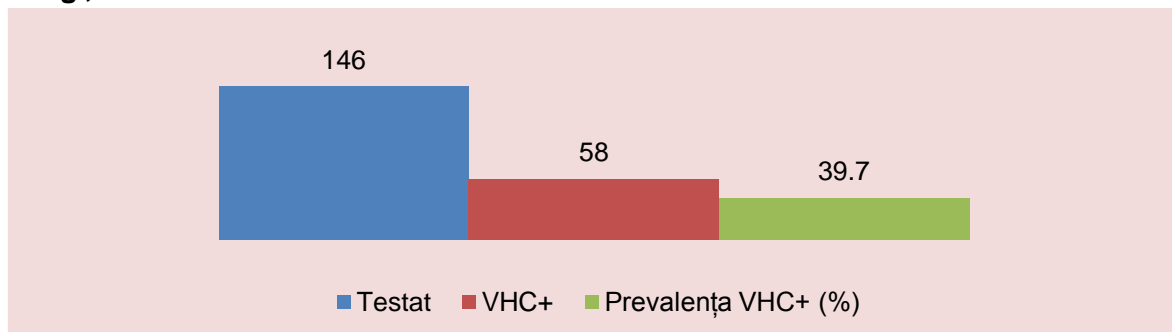


Sursa: ANA

Infecția cu VHC

Datele privind testările realizate în 2016 pentru VHC indică o scădere semnificativă față de anul anterior. Se remarcă, de asemenea, în acest an, inversarea tendinței stabile de scădere a prevalenței infectării cu VHC în populația analizată manifestate în anii anteriori și creșterea ușoară a acestei prevalențe comparativ cu 2015.

Grafic 6- 22: 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 2016



Sursa: ANA

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

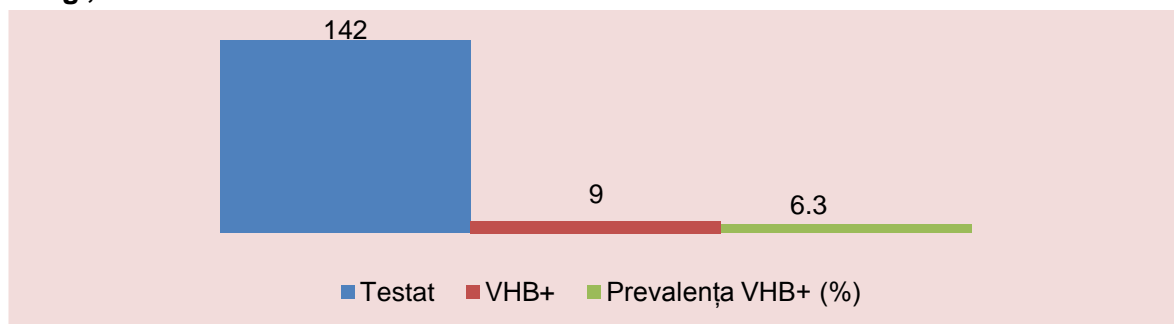
- 63,8% dintre subiecți sunt bărbați, față de 36,2% femei,
- toți cei 58 subiecți locuiesc în București, au fost înregistrați în programele ARAS, iar 46,6% dintre ei au fost asistați în sectorul 2;

- 13,8% au fost utilizați ca distribuitori secundari de echipament de injectare, 4 subiecți s-au declarat lucrători sexuali, 10 sunt persoane fără adăpost și 15 sunt de etnie romă,
- cazurile se distribuie în intervalele de vârstă 25-34 ani (55,2%) și peste 34 ani (36,2%),
- 77,6% dintre consumatorii de droguri injectabile nu au declarat drogul utilizat, iar dintre ceilalți, 10 au declarat consum de heroină,
- 25,9% dintre cazuri prezintă co-infecție cu HIV și 10,3% cu VHB.

Infecția cu VHB

Prevalența infecției cu VHB, în rândul celor înregistrați în programele de schimb de seringi, este, în 2016, ușor mai crescută față de anul anterior, în condițiile în care testările au scăzut la mai puțin de jumătate față de 2015 .

Grafic 6- 23: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infecției cu VHB în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2016



Sursa: ANA

Doar unul dintre cei 9 consumatori de droguri injectabile cu status VHB pozitiv declară drogul consumat (NSP), 4 sunt de gen feminin și 5 masculin, rezidenți în București și asistați de ARAS, în majoritate în *outreach* (77,8%), în sectorul 5 (55,6%). Un singur caz a fost, în 2016, distribuitor secundar de seringi, 3 sunt lucrători sexuali, 2 sunt persoane fără adăpost, iar 7 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 (81 seringi). 22,2% prezintă co-infecție cu HIV și 66,7% sunt co-infecțati cu VHC.

Riscul de infecție cu bolile supravegheate menționate, la care este expusă populația de consumatori de droguri injectabile din București, înregistrată în programele de schimb de seringi în anul 2016, este dificil de cuantificat. Se pot însă emite câteva ipoteze în ceea ce privește posibili factori cu care acesta se asociază temporal:

- revenirea la modelul clasic de consum (utilizare injectabilă a heroinei), prezența, în continuare, a noilor substanțe psihoactive și creșterea consumului de diverse amestecuri de mai multe substanțe, mențin modele intensive de injectare, care amplifică riscul de infecție cu bolile supravegheate;
- disponibilitatea redusă a serviciilor de reducere a riscurilor furnizate consumatorilor de droguri injectabile, limitate de volumul insuficient de resurse aflate la dispoziție;

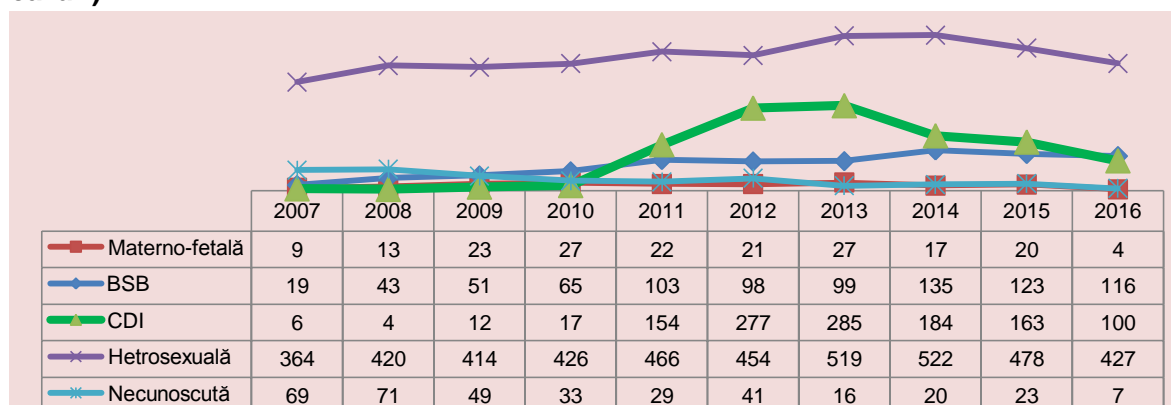
- prezența unei proporții crescute (21,5%) de lucrători sexuali consumatori de droguri injectabile - vectori de infectare în grupurile de consumatori de droguri injectabile și în afara acestora;
- acumularea unor cohorte de populație aflată în situație de risc în câteva zone recunoscute drept vulnerabile socio-economic, din sectoarele 5, 2 și 3 ale Capitalei;
- 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).

6.3.3.Tendințe

6.3.3.1. Notificări

Incidența infectării cu HIV a populațiilor de consumatori de droguri injectabile din România (fenomen localizat, în principal, în București) a început să crească în perioada 2010 – 2012, fiind asociată de majoritatea specialiștilor cu apariția pe piața drogurilor a noilor substanțe psihoactive (NSP). Față de valorile din perioada 2007-2010, numărul cazurilor de consumatori de droguri injectabile, nou diagnosticate în cadrul sistemului național de supraveghere epidemiologică, a crescut abrupt până în anul 2013.

Grafic 6- 24: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007 – 2016 (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”

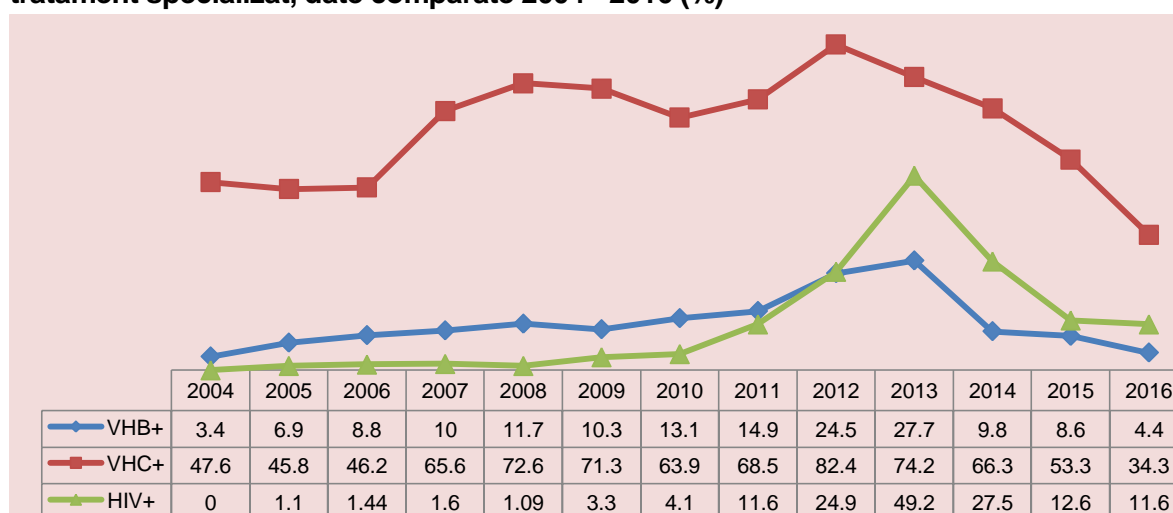
Intervențiile directe ale autorităților pentru compensarea deficitului de resurse existent pentru menținerea programelor specializate de reducere a riscurilor, conjugate cu eforturile semnificative ale reprezentanților specializați ai societății civile și adoptarea unor măsuri coerente și rapide de combatere a traficului ilicit cu noile substanțe psihoactive au făcut ca, după vârful înregistrat în perioada 2012 - 2013, curba notificărilor de noi infectări cu HIV să devină descendentă. Această tendință continuă și în anul 2016, când numărul cazurilor de consumatori de droguri injectabile nou diagnosticate a scăzut cu circa 40% față de anul anterior și se situează la aproape o treime față de valoarea maximă înregistrată în anul 2013.

6.3.3.2. Prevalență

În urma analizei statusului serologic autodeclarat la admiterea în serviciile specializate de tratament al consumatorilor de droguri injectabile, în anul 2016, la nivel național, se constată următoarele tendințe în ceea ce privește prevalența bolilor infecțioase supravegheate, asociate consumului de droguri:

- Scădere semnificativă pentru infecția cu VHB (aproape la jumătate comparativ cu anul anterior și la o valoare comparabilă cu anii 2004-2005);
- Scădere sensibilă pentru infecția cu VHC, față de anul anterior (cu aproape 20 puncte procentuale);
- Scădere ușoară pentru infecția cu HIV, față de anul anterior, similar anului 2011 când a fost notificat focarul de HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București.

Grafic 6- 25: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2016 (%)



Sursa: ANA

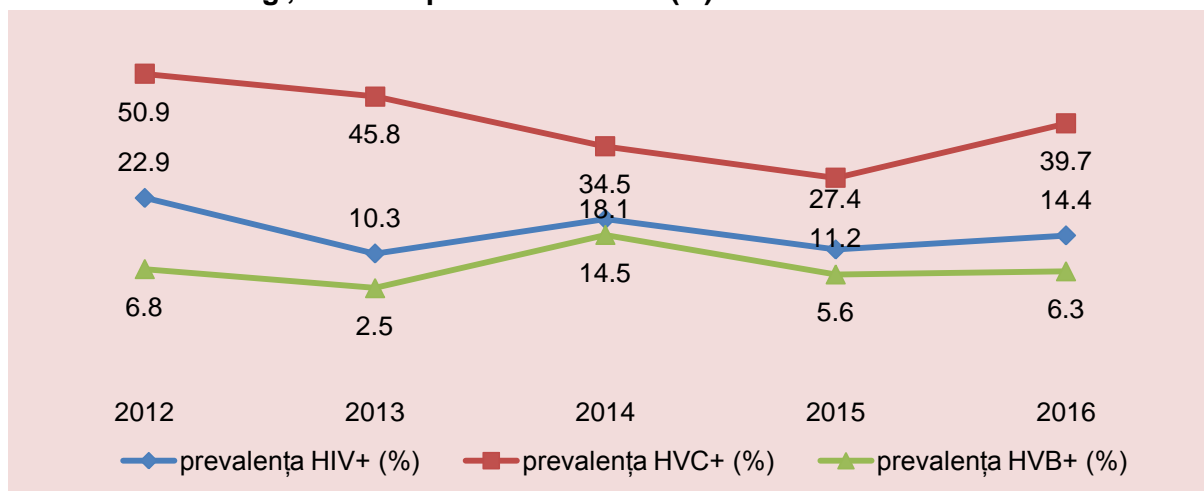
După o evoluție liniară în perioada 2005-2008, curba prevalențelor infectării cu HIV a înregistrat valori ușor ascendente în 2009-2010 pentru ca, începând cu 2011, să evolueze abrupt, marcând, până în 2012, dublarea de la an la an, a valorilor prevalenței înregistrate anterior. Începând cu 2014 și continuând în 2015 și 2016, se remarcă o tendință ușor descendentă, consistentă cu valorile înregistrate în cazul notificării noilor infectări cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Similar celei pentru HIV, curba prevalențelor infectării cu VHB înregistrează o evoluție ascendentă în perioada 2004-2011, iar după vârfurile înregistrate în 2012-2013, scade, în perioada 2014-2015, până la valori apropiate anilor 2007-2008. În anul 2016, așa cum menționam anterior, se înregistrează scăderea aproape la jumătate, comparativ cu valoarea din anul anterior și la o limită comparabilă cu anii 2004-2005, când se înregistrau cele mai reduse prevalențe pentru VHB.

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 evoluțiile celorlalte boli infecțioase analizate anterior, 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. În 2016, se constată o scădere consistentă, de aproape 20 puncte procentuale față de anul anterior, continuând trendul descendent început cu anul 2013.

Grafic 6- 26: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2016(%)



Sursa: ANA

Graficul prevalenței VHC în cadrul populației de consumatori înregistrați în programele de schimb de seringi din București pentru ultimii cinci ani este similar ca evoluție cu cel realizat pentru consumatorii de droguri injectabile din programele de tratament, pentru perioada 2012-2015 (scădere progresivă de la 50,9% în 2012, la 27,4% în 2015). În anul 2016, în condițiile reducerii numărului de testări valide efectuate la mai puțin de jumătate față de 2015, se constată o inversare a tendinței înregistrate anterior, și anume creșterea cu peste 12 puncte procentuale a prevalenței VHC, comparativ cu cea din anul 2015.

Și în cazul curbelor prevalențelor HIV și VHB, care oscilează asemănător, tendința pronunțat descendentă înregistrată în 2015 se modifică în 2016 devenind ușor ascendentă, atât pentru HIV (crește cu 2,2 puncte procentuale), cât și pentru HVB (crește cu aproape un punct procentual).

6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII²⁴

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

Deși nu este încă aprobat un document programatic dedicat HIV/ SIDA (au fost elaborate mai multe proiecte și variante de lucru în diferite faze, susținute de diverși actori interesați) sau hepatitelor virale, în România, în anul 2016, există și se află în curs de implementare

²⁴ Sursele de date utilizate pentru evaluarea situației răspunsurilor privind consecințele asupra sănătății sunt: a. monitorizarea de rutină a programelor de schimb de seringi (baza de date creată de Agenția Națională Antidrog începând cu anul 2012) – cuprinde date privind programele de reducere a riscurilor disponibile în București; b. rapoartele de evaluare periodice privind activitățile/ proiectele specifice implementate de Agenția Națională Antidrog și partenerii acesteia la nivel local, regional sau național; c. documente juridice și financiare ale instituțiilor publice/ organizațiilor neguvernamentale disponibile din surse deschise; d. rapoarte ale unor studii specializate realizate în anul de referință la nivel național de diverse instituții publice/ organizații neguvernamentale, institute de cercetare, universități, cercetători independenți etc.

mai multe documente de politici publice, care includ și obiective legate de managementul acestor boli:

- *Strategia Națională pentru Sănătate Publică 2014-2020*²⁵, document elaborat de Ministerul Sănătății, care acoperă și reformulează unele obiective din strategia sectorială anterioară anti SIDA (2003-2007):
 - Îmbunătățirea politicilor/ cadrului de reglementare și sprijinirea mecanismelor eficiente de colaborare și coordonare intersectorială (reînființarea Comisiei naționale multisectoriale HIV/ SIDA) sau între instituțiile MS (în supravegherea epidemiologică HIV);
 - Îmbunătățirea capacității de management programatic și intervenție în cazul programelor anti-SIDA (prin dezvoltarea/ îmbunătățirea sistemelor de monitorizare și supraveghere serologică și comportamentală; formare și training privind prevenirea, testarea HIV/SIDA și BTS și referirea cazurilor diagnosticate către furnizorii primari de servicii medicale);
 - Întărirea prevenției primare a HIV și dezvoltarea de servicii de reducerea riscurilor adresate populațiilor vulnerabile (programe de schimb de seringi, consiliere și testare voluntară, screening prenatal, managementul adecvat al gravidei și campanii de informare-educare);
 - Asigurarea accesului universal la programele de prevenție secundară și tratament tuturor pacienților eligibili și prevenirea expunerii la HIV/ SIDA a personalului din sistemul medical sau asistență social.

Documentul programatic analizat indică faptul că pentru implementare vor fi utilizate mai multe surse de finanțare, dar nu menționează pentru toate aceste obiective o estimare a cheltuielilor din bugetul public național.

- *Strategia Națională pentru Incluziune Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020*²⁶, elaborată de Ministerul Muncii și Justiției Sociale, propune măsuri pentru îmbunătățirea sănătății și calității vieții grupurilor vulnerabile, precum: îmbunătățirea furnizării serviciilor de prevenire în domeniul sănătății reproducerii și bolilor infecțioase (în special TB și HIV/ SIDA); creșterea accesului acestora la servicii de asistență medicală primară și dezvoltarea de servicii comunitare (inclusiv servicii mobile pentru atingerea populațiilor “invizibile”). În categoria grupurilor vulnerabile, strategia include și consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexuali, pe cei aflați în penitenciare sau bolnavii cronici. De asemenea, sunt avansate câteva măsuri de reducere a riscului de a contracta HIV/ SIDA ori TB: îmbunătățirea supravegherii active și diagnosticării HIV și TB în rândul populațiilor vulnerabile, furnizarea de sprijin pentru menținerea aderenței la tratament pentru TB etc. Documentul nu prevede totuși nicio estimare bugetară pentru implementarea măsurilor menționate anterior.
- *Strategia Națională Antidrog 2013-2020*²⁷, elaborată de Agenția Națională Antidrog (din cadrul Ministerului Afacerilor Interne) este principalul document strategic

25 HOTĂRÂRE Nr. 1028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 -2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 -2020 pentru implementarea Strategiei naționale, EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI, PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 891 din 8 decembrie 2014, disponibilă la <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/HG-1.0282014-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf> și la <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>

26 http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/StrategyVol1RO_web.pdf

27 http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/proiecte/SNA_2013_2020.pdf

care descrie în detaliu obiectivele și măsurile de prevenire și reducere a riscurilor infectării cu HIV adresate consumatorilor de droguri injectabile, după cum urmează²⁸: diversificarea serviciilor de tip programe de substituție, programe de schimb de seringi, camere de consum asistat, în comunitate și în sistemele private de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri; îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele private de libertate; 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. Strategia include un plan de acțiune monitorizat anual de agenție.

- *Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020*, adoptată prin H.G. nr. 121/ 2015²⁹ - prevede 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. Ministerul Sănătății își 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

Principalii actori instituționali implicați în problematica limitării consecințelor asociate consumului de droguri sunt Agenția 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.

În domeniul implementării politicilor antidrog, în anul 2016 a continuat aplicarea 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 - 2018³⁰, aprobate în anul anterior. Acestea sunt instrumente operaționale pentru asigurarea, din bugetul public, a suportului

²⁸ Strategia națională antidrog 2013-2020 - B.Asistența consumatorilor de droguri, B.1Identificarea, atragerea și motivarea consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată, disponibil la http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/proiecte/SNA_2013_2020.pdf

²⁹ Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 195 din 24.III.2015

³⁰ H.G. nr. 659/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 03.IX.2015

financiar pentru reificarea unor obiective și priorități din cadrul Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

Programul național, implementat de către Agenția Națională Antidrog, își propune:

- în cadrul Subprogramului IV – *Asistență integrată nivel I – rețeaua serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri, drept* obiective specifice: *întărirea serviciilor de tip programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele private 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.*
- în cadrul Subprogramului III – *Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și noi substanțe psihoactive, 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, vizând dezvoltarea serviciilor sociale tip adăpost pentru consumatorii de droguri, dezvoltarea serviciilor mobile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, dezvoltarea intervențiilor pentru românii care lucrează în străinătate, care se deplasează frecvent în străinătate și pentru imigranții care consumă droguri, realizarea unei baze de date online privind serviciile de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare a bolilor asociate consumului de droguri și dezvoltarea unui centru social pentru copiii consumatori de droguri.

În domeniul implementării politicilor de sănătate publică, în anul 2016, a continuat implementarea Programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016³¹, aprobate, prin H.G. nr. 206/ 2015³², cu modificările și completările ulterioare³³.

Programele naționale de sănătate publică³⁴ 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

³¹ 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

³² Monitorul Oficial - Partea I - Hotărâre 206 din 2015-03-25-HOTĂRÂRE privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 – disponibil la

http://www.casan.ro/casar/theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/HOTARAREA_206_din_2015.pdf

³³ Hotărâre 642 din 2016-09-08, MO PI 710/2016-09-14-HOTĂRÂRE pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016,

http://www.casan.ro/casar/theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/HOTARAREA_642_din_2016.pdf

³⁴ Finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății

boli infecțioase, sunt prevăzute activitatea de acordare gratuită a seringilor și acelor de unică folosință³⁵ fie prin structurile proprii, fie prin organizațiile neguvernamentale³⁶, cât și cea de colectare/ recuperare a seringilor și acelor utilizate în cadrul schimbului de seringi.

În cadrul programelor naționale de sănătate curative³⁷ este prevăzut Programul național de sănătate mintală prin care este asigurat tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoanele cu toxico-dependență.

Conform raportului transmis de România în aprilie 2017 drept contribuție pentru elaborarea raportului anual de monitorizare globală a HIV/ SIDA, realizat de ONU³⁸, în anul de referință, alocările financiare din fonduri publice au fost orientate aproape exclusiv pentru tratamentul persoanelor infectate cu HIV eligibile, conform criteriilor prevăzute de ghidurile terapeutice naționale (aproximativ 60 milioane euro), în timp ce, activitățile preventive au fost finanțate cu doar 1.106.403 lei. Similar anului anterior, în 2016, prevenirea a fost finanțată în principal din surse internaționale: Fondurile Norvegiene (mecanism de finanțare prin care s-au asigurat 1.370.470 Euro, co-finanțare pentru proiectul "Strengthening the prevention and control of HIV/AIDS, HVB and HVC in Romania", implementat de Ministerul Sănătății în perioada mai 2014 - aprilie 2016) și Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, TBC și Malariei (cu o alocare de 921910 Euro pentru activitățile de prevenire destinate consumatorilor de droguri injectabile, în cadrul programului "Decreasing the TB burden in Romania through reforming the TB control system and strengthening the management of drug-resistant TB by ensuring universal access to diagnosis and treatment and addressing the needs of population groups at risk", având ca perioadă de implementare aprilie 2015 - martie 2018).

În anul 2016, Asociația Română Anti-Sida a furnizat servicii de reducere a riscurilor prin intermediul centrului de reducere a riscurilor CRR TITAN, al centrului de tratament substitutiv - CRR ARENA, al Centrului de Sănătate ARAS (servicii de consiliere pre/ post test, testare pentru HIV și hepatite virale B și C și de vaccinare împotriva hepatitelor virale A și B) și a unităților mobile active pe raza municipiului București și județul Ilfov. În noiembrie 2016, ARAS a deschis un nou centru în Ferentari, pentru a furniza servicii sociale, consiliere pre și post test HIV, acompaniere la servicii medicale (diagnostic și tratament pentru tuberculoză) și îngrijiri medicale primare. Serviciile de reducere a riscurilor furnizate de ARAS au fost realizate în cadrul unor proiecte cu finanțare externă (organizația franceză SIDACTION, Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, TBC și Malarie – Proiectul *Tratament pentru toți, acum!*) sau națională – autoritățile locale, prin contribuția CCMB în cadrul unui proiect comun al DGASM și ARAS (Proiectul *Un pas înainte pentru integrarea socială și profesională a consumatorilor de droguri*). De asemenea, Agenția Națională Antidrog a sprijinit funcționarea serviciilor prin oferirea de materiale consumabile (teste rapide pentru HIV, VHB, VHC).

Asociația CARUSEL a furnizat în 2016, servicii de reducere a riscurilor prin intermediul Centrului de Reducere a Riscurilor Caracuda – Ferentari, care se adresează, în special,

³⁵ Distribuite de către direcțiile de sănătate publică teritoriale

³⁶ În baza contractelor încheiate cu organizațiile neguvernamentale

³⁷ Finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

³⁸ Romania Country Progress Report on AIDS, Reporting period January 2016 – December 2016, for Global AIDS Response Progress Report (GARPR)

persoanelor consumatoare de droguri injectabile. Centrul este dezvoltat de către Asociația Carusel, în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, Primăria Sectorului 5 și Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – SASTIPEN.

6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor

6.4.3.1. Instruire pentru intervenții de urgență în caz de supradoză și distribuire de naloxonă.

În 2016, în România, tratamentul cu naloxonă este disponibil doar în unitățile de primiri urgențe și în sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat. Prin proiectul de prevenire și management al supradozelor, Agenția Națională Antidrog, în parteneriat cu Asociația Română de Intervenție în situații de Urgență (ARIS), a implementat, pe parcursul anului de referință mai multe module de formare pentru specialiștii Agenției Naționale Antidrog, Administrației Naționale a Penitenciarelor, Serviciului Ambulanță și Centrelor de arestare preventivă. De asemenea, au fost actualizate și distribuite o serie de materiale informative.

6.4.3.2. Camere de consum supravegheat de droguri

Prin proiectul „*Drug Consumption Rooms (DCRs) – Advocacy Project*”, derulat în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog și Rețeaua Română de Harm Reduction, Asociația CARUSEL a continuat și în acest an demersurile pentru dezvoltarea de camere de consum de droguri, ca răspuns la incidența ridicată a cazurilor noi de HIV și accesul redus la servicii medicale și sociale al consumatorilor de droguri. Activitățile desfășurate în anul 2016 au fost: organizarea unor întâlniri tehnice cu reprezentanți din cadrul Agenției Naționale Antidrog, distribuirea unor pliante cu informații despre camerele de consum de droguri, intitulate „*De ce o cameră de consum?*”, și stickere de promovare a site-ului www.ccd.org. La începutul anului a fost organizată o vizită de studiu în Barcelona cu 22 de participanți, printre care s-au numărat reprezentanți ai unor autorități publice de nivel central sau local, implicate activ în dezvoltarea de răspunsuri specifice pentru reducerea consumului și traficului ilicit de droguri, în București.

6.4.3.3. Servicii de asistență pentru reintegrarea socială a consumatorilor de droguri eliberați din penitenciar

În anul 2015, a fost aprobată Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019, care definește procesul de reintegrare socială drept o succesiune de 3 etape de asistență: etapa instituțională (se desfășoară de la încarcerare până la aproximativ 90 zile înainte de liberare); etapa de pregătire pentru liberare (durează până în ziua liberării); etapa post-detenție (se poate desfășura pe o perioadă de până la 2 ani după liberare). Prevederile documentului se aplică cu dificultate din lipsă de resurse, dar în cazul consumatorilor de droguri eliberați din penitenciar, Agenția Națională Antidrog, prin structurile sale teritoriale specializate, oferă servicii de consiliere și asistență acelor beneficiari evaluați și asistați pe perioada detenției și care doresc continuarea acestui proces și după executarea pedepsei.

6.4.3.4. Furnizarea de echipament steril de injectare

Acest tip de serviciu a fost furnizat exclusiv de către societatea civilă prin centrele fixe și unitățile mobile destinate activităților de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

În anul de referință, s-au realizat demersuri intense pentru promovarea serviciilor de reducere a riscurilor și pentru identificarea de consumatori de droguri pe teren (mapping repetat), fapt care a condus la creșterea disponibilității serviciilor furnizate în *outreach* (51%) la un nivel comparativ cu cele furnizate prin centrele fixe de reducere a riscurilor.

În 2016, au fost distribuite, prin 17780 contacte, 1495787 seringi (cu o medie de 75 de seringi per client), dintre care 1009970 seringi în *outreach* și 485817 seringi la nivelul centrelor fixe. Au fost colectate 531414 seringi utilizate (aproximativ 35% din numărul celor distribuite). Materialele auxiliare distribuite consumatorilor de droguri injectabile au inclus: 797 unități apă distilată, 518086 prezervative și 28236 tampoane sterile. 3679 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de serviciile oferite în cadrul programelor de schimb seringi disponibile în București.

În anul 2016, 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 reducere a riscurilor și a consecințelor asociate consumului de droguri: materiale sanitare – tampoane, lioton, baneocin, betadina, prezervative și seringi insulină 1ml (91340 unități), în valoare de 57089,80 lei, care au fost puse la dispoziția celor două organizații neguvernamentale partenere – ARAS și CARUSEL.

De asemenea, Administrația Națională a Penitenciarelor din cadrul Ministerului Justiției, a avut disponibil, în 2016, un program de schimb de seringi în 9 unități penitenciar, dar acest serviciu nu a înregistrat niciun beneficiar.

6.4.3.5. Furnizarea de servicii de asistență integrată (medico-psiho-socială)

A. Vaccinarea

Vaccinul împotriva hepatitei B este introdus, din anul 1996, în schema națională de vaccinare gratuită la copii, recomandată de Ministerul Sănătății (cu 3 inoculări de vaccin în primul an de viață: în primele 24 h de viață, la 2 luni și la 6 luni).

În România, această metodă de reducere a riscurilor este aplicată în unitățile medicale și în unele dintre centrele de reducere a riscurilor, gestionate în București de organizații neguvernamentale (în 2016 serviciul a fost disponibil în toate centrele ARAS care furnizează tratament substitutiv cu opiacee, mai puțin în cele specializate pe distribuție de echipament steril de injectare).

B. Testarea

Testarea pentru HIV, hepatita B și hepatita C are acoperire națională fiind realizată preponderent în rețeaua de unități specializate ale Ministerului Sănătății. Testarea pentru HIV este gratuită, în unitățile direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și în maternități, pentru toate categoriile de populație, indiferent de calitatea de asigurat sau neasigurat, costurile fiind acoperite de Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV. Testarea pentru hepatita B (*screening* Ag HBs) și hepatita C (Anti HVC) este gratuită doar pentru persoanele care au calitatea de asigurat. Persoanele neasigurate din categoriile la risc pot beneficia, în anumite condiții, de investigații gratuite în cadrul laboratoarelor aparținând centrelor regionale de sănătate

publică, în limita bugetului alocat de Ministerul Sănătății prin Programul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile Prioritare.

Pe parcursul anului de referință, Agenția Națională Antidrog a furnizat aproximativ 2000 teste rapide de depistare HIV, VHC și VHB, 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 2016, pentru 15,3% dintre cazurile nou detectate, infectarea cu HIV/ SIDA a fost consecința consumului de droguri injectabile. Potrivit aceleași surse, 277 consumatori de droguri au fost testați pentru HIV în laboratoarele direcțiilor județene de sănătate publică.

Considerând statusul serologic pozitiv la bolile infecțioase supravegheate, Administrația Națională a Penitenciarelor din cadrul Ministerului Justiției a comunicat existența în mediul penitenciar, la 31.12.2016, a 738 deținuți consumatori de droguri infectați cu VHC (95% de gen masculin, în majoritate cu vârsta peste 30 de ani - 66,7%), a 340 deținuți consumatori de droguri infectați cu VHB (93,8% de sex masculin, în majoritate cu vârsta peste 30 de ani - 74,2%), a 113 deținuți consumatori de droguri infectați cu TB (97,3% de sex masculin) și a 289 deținuți consumatori de droguri infectați cu HIV. În anul de referință au fost testați pentru boli infecțioase (HIV, VHB și VHC) la încarcerare: 217 foști consumatori de droguri injectabile – pentru HIV; 38 consumatori de droguri injectabile pentru HVB și 280 consumatori de droguri injectabile pentru VHC. De asemenea, în anul 2016, pe parcursul executării pedepsei, au fost testați 706 consumatori de droguri injectabile pentru HIV, 753 consumatori de droguri injectabile pentru VHB și 760 consumatori de droguri injectabile pentru VHC.

Prin proiectul “Săptămâna europeană a testării HIV”, a cărei temă a fost „Testare. Tratament. Prevenire.”, desfășurată în noiembrie 2016, s-a atras atenția asupra importanței testării HIV în rândul persoanelor cu comportamente la risc în vederea diagnosticării timpurii și accesării tratamentului corespunzător. Specialiștii Asociației CARUSEL au desfășurat zilnic, în perioada 21-25 noiembrie, activități de testare și consiliere pre - și post testare HIV, HVC și HVB. Activitățile au fost realizate în două centre: Caracuda – Ferentari și Centrul Comunitar Obor. În cadrul evenimentului au fost realizate materiale care au cuprins informații privind importanța și necesitatea testării voluntare. Au fost realizate peste 30 de teste rapide pentru HIV și hepatite. Testele au fost oferite de către partenerul campaniei, Agenția Națională Antidrog.

C. Tratamentul bolilor infecțioase

Tratamentul cu antiretrovirale (TARV) pentru persoanele infectate cu HIV se face gratuit, costurile fiind suportate de bugetul Ministerului Sănătății prin programul național dedicat.

În cazul tratamentului pentru hepatita de tip B și hepatita de tip C, situația diferă prin faptul că oferirea gratuită a tratamentului este condiționată de existența unor criterii de includere, bazate, în principal, pe o serie de marker hepatici a căror valoare trebuie să depășească un prag minim prestabilit. Sunt disponibile în schemele de tratament unele medicamente antiretrovirale cu acțiune directă (DAA).

Toți consumatorii de droguri injectabile confirmați cu HIV în 2016 sunt înregistrați și integrați în scheme specifice de tratament cu antiretrovirale, în acord cu prevederile Ghidul Național de Tratament (2013-2014)³⁹ dar se constată, în continuare, rate reduse de aderență la tratamentul specific.

Prin centrele de reducere a riscurilor existente la nivelul municipiului București, 3202 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de servicii de informare în cadrul celor 19775 contacte avute cu personalul centrelor respective. Serviciile de consiliere psihologică au fost accesate de 72 consumatori de droguri injectabile, iar cele de consiliere socială, de 427 beneficiari. 169 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de consiliere pre și post testare HIV⁴⁰, iar 345 au primit asistență medicală primară.

Conform datelor extrase din monitorizarea *programelor de schimb de seringi*, în anul 2016, centrele de reducere a riscurilor care activează pe raza municipiului București au referit/acompaniat către alte servicii, 61 consumatori de droguri injectabile.

Cele două organizații neguvernamentale active în zona furnizării de servicii de reducere a riscurilor pentru consumatorii de droguri au avut disponibile, în 2016, servicii de acompaniere a beneficiarilor la serviciile de evidența populației, la adăposturi, în timpul iernii, la dispensarele de pneumoftiziologie și la spitale și sanatorii (Florești, Valea Iașului). De asemenea, echipe de asistenți sociali și psihologi au asigurat consilierea pacienților internați la spitalele Victor Babeș și Institutul Marius Nasta. Deși a fost organizat un mecanism flexibil de acompaniere a beneficiarilor cu probleme medicale semnificative - prin intermediul lucrătorilor sociali responsabili de acompaniere și cu utilizarea autoturismelor, adesea beneficiarii au refuzat să fie acompaniați.

O altă problemă medicală întâlnită în rândul consumatorilor de droguri este reprezentată de infecția cu tuberculoză, o boală prezentă, în principal, în rândul categoriilor sociale defavorizate. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor cu tuberculoză, în România este prevăzută în schema națională de vaccinare la copii, vaccinul BCG care se inoculează în prima săptămână de viață.

Serviciile de diagnostic și tratament sunt disponibile la nivelul unităților sanitare cu profil pneumoftiziologic teritoriale (dispensare, secții, spitale etc.), aflate sub îndrumarea și asistența tehnică de specialitate a Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” București. În România, tratamentul pentru infecția cu tuberculoză este gratuit, indiferent de calitatea de asigurat/ neasigurat în sistemul de sănătate. Costurile sunt suportate de Ministerul Sănătății, prin Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

³⁹ http://www.cnlas.ro/images/doc/GhidTARV_2014.pdf

⁴⁰ Date extrase din baza națională de date aferentă indicatorului *Programe de schimb de seringi* pentru anul 2016

D. Evaluarea/ Tratatamentul stării de sănătate mintală (a comorbidității psihiatrice asociate)

Tratatamentul dependenței de droguri include, pe lângă tratamentele de dezintoxicare medicamentoasă și de menținere a abstenenței cu substitut opiaceu, servicii de asistență psihiatrică și psihologică. În România, unitățile care oferă tratament de substituție cu agonisți/ antagonisți funcționează, în marea lor majoritate, în spitale clinice de psihiatrie sau secții de psihiatrie și dispun și de servicii specifice tulburărilor psihiatrice.

25,4% din totalul consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în servicii de tratament specializat la nivel național în anul 2016 prezintă co-morbiditate psihiatrică asociată consumului de droguri.

Conform raportărilor transmise de organizațiile neguvernamentale care derulează în București programe de reducere a riscurilor, odată cu introducerea cardului de sănătate, accesul persoanelor consumatoare de droguri la serviciile medicale a fost îngreunat, spitalizarea acestora fiind dificilă întrucât unitățile medicale nu își pot deconta cheltuielile pentru o persoană care nu are card de sănătate și asigurare medicală. În acest context asistența psihiatrică furnizată gratuit nu este disponibilă pentru consumatorii de droguri neasigurați.

6.4.3.5. Intervenții de tip preventiv

În cursul anului 2016, au avut loc 3 întâlniri ale *Grupului intersectorial de experți din domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri – GIRRAD care au vizat:* informarea organizațiilor neguvernamentale cu privire la tematica Comisiei pentru Droguri – Organizația Națiunilor Unite de la Viena, în vederea pregătirii Adunării Generale Speciale a ONU cu privire la problematica drogurilor; consolidarea unui sistem de referire eficient pentru asigurarea continuității serviciilor în cadrul circuitului integrat de asistență ca urmare a consumului de droguri și adaptarea mecanismelor de lucru între serviciile de asistență a persoanelor consumatoare de droguri și sistemul privativ de libertate. Grupul, constituit în anul 2014, la propunerea și sub coordonarea Agenției Naționale Antidrog, contribuie la creșterea capacității de reacție la provocările generate de consumul problematic de droguri prin identificarea vulnerabilităților și generarea de soluții pentru eficientizarea acestui segment al sistemului de asistență.

Proiecte/ campanii inițiate/ derulate în anul 2016

Cea de a 6-a ediție a campaniei de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS!”, implementată în Vama Veche, în perioada 1-29 august 2016, în parteneriat cu Asociația CARUSEL, s-a adresat în primul rând celor care deja au inițiat consumul. 2500 adolescenți și tineri au beneficiat de intervențiile directe de informare și consiliere, iar membrii echipei de implementare a campaniei au furnizat 97 intervenții individuale, psihologice și sociale. Beneficiarii intervențiilor de consiliere individuală au fost referiți serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială ale Agenției Naționale Antidrog.

Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (CNCD), Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială (SAS) și Asociația Carusel, au organizat în luna iunie a anului 2016, la Eforie Nord, cea de-a VIII-a ediție a Școlii de Vară „Grupuri de

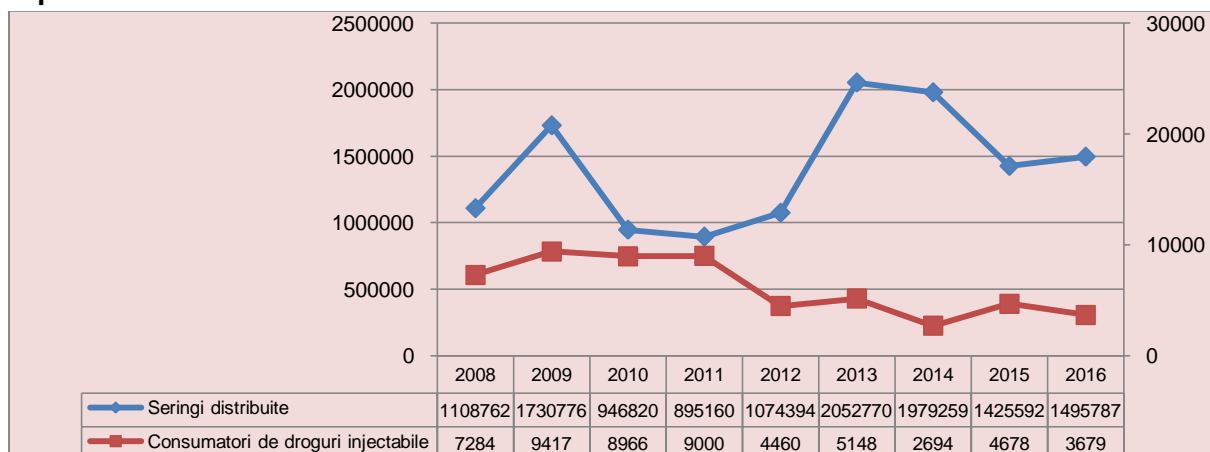
Risc și Servicii Sociale de Suport. Dreptul la nediscriminare”. Acest eveniment a fost realizat în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, Colegiul Național al Asistenților Sociali din România și Brigada Activiștilor din Domeniul Drogurilor.

Proiectul „*Tratament pentru toți, acum!*”, finanțat de Fondul Global de Luptă Împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei, implementat de Asociația Română Anti-SIDA 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 TB, HIV, VHB și VHC.

6.4.4. Tendințe

În ceea ce privește evoluția programelor de schimb de seringi, în ultimii 5 ani se constată menținerea ariei de acoperire geografică a acestora doar la nivelul municipiului București.

Grafic 6- 27: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2016



Sursa: ANA

După intensificarea eforturilor de a furniza un număr sporit de echipamente de injectare sterile în perioada 2013-2014 (aproximativ 2 milioane de seringi distribuite consumatorilor de droguri injectabile), se constată o scădere a numărului acestora la aproximativ 1,5 milioane în ultimii 2 ani, populația de consumatorilor de droguri injectabile asistată prin aceste programe înregistrând o medie anuală de 4000 clienți.

În funcție de volumul de resurse asigurat anual, se înregistrează o tendință de creștere progresivă a gradului de utilizare a distribuitorilor secundari, tactică menită să compenseze numărul insuficient de specialiști/ lucrători angajați în furnizarea de servicii de reducere a riscurilor.

Se remarcă, de asemenea, în ultimul an, o echilibrare a ponderii serviciilor mobile, de tip *outreach*, cu cea a centrelor fixe în ceea ce privește distribuția de seringi.

Specialiștii din zona neguvernamentală estimează, de asemenea, creșterea disponibilității lanțurilor farmaceutice din mediul urban de a vinde seringi sterile consumatorilor de droguri injectabile, acestea având însă prețuri ridicate, în raport cu precaritatea economică a beneficiarilor.

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:

- Nu există o strategie națională pentru HIV, ci doar prevederi în strategii adiacente (Strategia națională pentru sănătate publică 2014-2020, Strategia Națională Antidrog 2013-2020, Strategia Națională Anti-sărăcie și incluziune socială 2015-2020);
- Cheltuielile publice au fost alocate în majoritate pentru tratamentul specializat (TARV) în 2016 – 60 milioane Euro, în timp ce, prin comparație, pentru prevenire, volumul de resurse alocat este aproape insignifiant – 25000 euro (aceasta fiind asigurată din finanțări internaționale - Fondurile Norvegiene – 1370470 euro și Fondul global pentru SIDA, Tuberculoză și Malarie -921910 euro);
- În ceea ce privește consumatorii de droguri injectabile, similar ultimilor 3 ani, în 2016 au fost disponibile, în principal, în București, servicii de prevenire și reducere a riscurilor – schimb de seringi, distribuție de prezervative, testare rapidă pentru HIV și hepatite virale B și C, vaccinare anti hepatita A și B, testare pentru simptomatologie TB, informare - educare-consiliere privind bolile transmisibile, referire și acompaniere a beneficiarilor către servicii de nivel superior (confirmare diagnostic și tratament specializat) și tratament substitutiv cu opioide (OST);
- Serviciile, furnizate în majoritate de organizațiile neguvernamentale (prin centre fixe cu prag redus de acces - centre de reducere a riscurilor sau prin unități mobile) și ANA (programele de asistență specializate) nu au înregistrat creșteri față de anii anteriori și rămân insuficiente ca volum în raport cu nevoile evaluate (conform opiniei specialiștilor din domeniu).
- Serviciile de reducere a riscurilor au fost finanțate din surse internaționale (Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, TBC și Malariei, Fondurile Norvegiene, SIDAction etc) și naționale (Agenția Națională Antidrog, Consiliul General al Municipiului București și câteva dintre primăriile de sector).
- Sistemele actuale de monitorizare sunt funcționale, dar este necesară extinderea rețelei de furnizori de date.
- Specialiștii din sectorul neguvernamental au semnalat câteva limite majore în furnizarea serviciilor de asistență medicală și socială adresate consumatorilor de droguri în vederea reducerii riscurilor de infectare cu bolile supravegheate, în anul 2016, precum: discriminarea și stigmatizarea consumatorilor de droguri, spitalizarea dificilă a acestora ca urmare a introducerii cardului individual de sănătate, imposibilitatea confirmării rezultatelor la testele pentru VHB și VHC, organizarea deficitară a serviciilor medicale (ex. accesarea serviciilor de diagnosticare a tuberculozei, în funcție de adresa de domiciliu etc). Printre soluțiile propuse pentru depășirea situațiilor semnalate se numără: implementarea unui plan operațional multianual de servicii de reducere a riscurilor (servicii de schimb de seringi și de tratament substitutiv) finanțat la nivel național/ local din resurse publice; promovarea pe agenda publică a problemei consumatorilor de droguri și a comunităților vulnerabile ori actualizarea și completarea prevederilor legale care la momentul actual obstrucționează dezvoltarea și furnizarea de servicii specializate consumatorilor de droguri injectabile.

6.4.5. Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

În baza H.G. nr. 860/ 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri, cu modificările și completările ulterioare, Agenția Națională Antidrog a realizat, cu sprijinul partenerilor instituționali publici și privați activi în domeniul asistenței consumatorilor de droguri, Standardele naționale de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, care vizează dezvoltarea unui model pentru organizarea serviciilor de asistență a dependenței de droguri adecvat nevoilor reale ale beneficiarilor și care să permită abordări structurate și sistematice, care pot fi evaluate pe baza unor parametri obiectivi.

De asemenea, Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1389/ 513/ 282 din 4 august 2008, privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, menționează mai multe seturi de criterii de autorizare/ acreditare a centrelor de reducere a riscurilor, structurate pe un set de standarde minime de calitate (referitoare la autorizarea sanitară de funcționare, la asigurarea serviciilor, la organizarea și funcționarea centrului, precum și la structura de personal).

Începând cu anul 2010 este disponibil în România și se aplică în mod curent prevederile *Ghidului clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee*⁴¹, elaborat cu asistența financiară a UNODC, aprobat ca ghid de bună practică de către Ministerul Sănătății, Colegiul

Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor.

De asemenea, începând cu anul 2014, în România, se utilizează de către practicieni, forma actualizată a *Ghidului TARV*⁴², elaborat de Ministerul Sănătății prin Comisia de Luptă Anti-SIDA, cu suportul Institutului Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”.

6.5. CONCLUZII

- **Decese asociate consumului de droguri**

Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, în 2016, este relativ stabilizat, cu tendința de revenire la valorile anilor 2007-2010.

Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, cu riscurile inerente ale patologiei “de seringă”, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidență foarte mare a metadonei.

Se constată, de asemenea, menținerea în spectrul substanțelor identificate în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri a unora rar observate în anii trecuți, cum ar fi: MDMA, cocaină.

⁴¹ <http://rhrn.ro/wp-content/uploads/2016/05/ghid-clinic-de-tratament-substitutiv-al-dependentei-de-opiacee.pdf>

⁴² http://www.cnlas.ro/images/doc/GhidTARV_2014.pdf

A crescut semnificativ vârsta medie de deces – expresie a „îmbătrânirii” valurilor anterioare de consumatori, cu acumulare progresivă de complicații.

Este foarte probabilă o subraportare a cazuisticii prin neincluderea în baza de date a Registrului Special de Mortalitate a deceselor „indirect” corelate consumului de droguri, care prin caracteristicile particulare ale definirii lor sunt eludate din analiza medico-legală.

- **Urgențe medicale datorate consumului de droguri**

În anul de referință, în peste două treimi din cazurile de urgență datorate consumului de droguri ilicite s-a înregistrat consumul singular de diferite substanțe psihoactive. Cea mai mare parte a fost cauzată de consumul de NSP.

În ceea ce privește calea de administrare a drogurilor ilicite care au determinat urgența medicală, se constată că, în 2016 prevalează administrarea pulmonară, urmată de cea orală.

Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar într-una singură (regiunea Nord-Vest) se înregistrează o creștere a numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite față de anul anterior.

În raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, zonele cu cel mai mare risc sunt: Iași, Cluj (ponderi peste 10%) și București, Botoșani, Timiș, Prahova, Suceava (ponderi între 5% și 9,9%).

- **Boli infecțioase asociate consumului de droguri**

Prevalențele în ceea ce privește infectarea cu bolile supravegheate (HIV/ SIDA și hepatite virale B și C) a consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2016 sunt consistente cu tendința descendentă manifestată în ultimii doi ani, după vârful din 2013.

În cazul consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, prevalențele, în creștere ușoară față de anul anterior, pentru toate cele trei boli infecțioase monitorizate, indică prezența, în continuare, a unui cumul de condiții de risc care favorizează potențiale evoluții viitoare.

Tendința de stabilizare a numărului de cazuri nou diagnosticate de infectare cu HIV/ SIDA continuă și în 2016, confirmând faptul că epidemia de HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București se află în faza de supraveghere și control. Disponibilitatea mai redusă a capacităților de testare, comparativ cu anul anterior, poate fi un factor important în explicarea evoluțiilor înregistrate în anul de referință.

- **Răspunsuri privind consecințe asupra sănătății**

Nu există o strategie națională pentru HIV, ci doar prevederi în strategii adiacente (Strategia națională pentru sănătate publică 2014-2020, Strategia Națională Antidrog 2013-2020, Strategia Națională Anti-Sărăcie și Incluziune Socială 2015-2020).

În 2016, au fost disponibile în principal în București servicii de prevenire și reducere a riscurilor – schimb de seringi, distribuție de prezervative, testare rapidă pentru HIV și hepatite virale B și C, vaccinare anti hepatita A și B, testare pentru simptomatologie TB, informare – educare - consiliere privind bolile transmisibile, referire și acompaniere a

beneficiarilor către servicii de nivel superior (confirmare diagnostic și tratament specializat) și tratament substitutiv cu opioide (OST).

Furnizate în majoritate de organizațiile neguvernamentale (prin centre fixe cu prag redus de acces - centre de reducere a riscurilor sau prin unități mobile) și ANA (programele de asistență specializate), serviciile menționate nu au înregistrat creșteri față de anii anteriori, fiind insuficiente ca volum în raport cu nevoile evaluate, conform opiniei specialiștilor .

7. PIAȚA DROGURILOR

Chiar dacă numărul capturilor și cantitățile confiscate sunt în creștere, România rămâne în continuare o țară de tranzit pentru traficul de droguri, dovadă fiind cantitățile mari de droguri capturate pe teritoriul național, cu destinație țări din spațiul european, dar și țară de destinație pentru majoritatea tipurilor de droguri. În acest context, România, prin portul Constanța, rămâne o rută alternativă utilizată de rețelele infracționale organizate pentru introducerea în Europa a cocainei. Totodată, în ultimii ani, la nivel național, se constată un interes mare pentru dezvoltarea unor activități ilicite organizate privind cultivarea și traficearea canabisului, dovadă fiind cantitățile confiscate de masa plante canabis și a numărului în creștere a culturilor ilicite identificate.

A. ASPECTE DE NOUȚATE

Față de anul 2015, în anul 2016 piața ilicită a drogurilor din România înregistrează următoarele tendințe:

1. Creșterea cantității totale de droguri confiscate de aproximativ cinci ori, cu următoarele caracteristici:
 - **Cantitatea totală de droguri** confiscate înregistrează creșteri semnificative față de anii anteriori (2016 – 5907,57 kg, de aproximativ 5 ori mai mult față de 2015 - 1192,792 kg și de 7,7 ori mai mult față de anul 2014 - 768,902 kg);
 - **Numărul capturilor** de droguri este în **creștere** față de anul 2015 (3998 capturi realizate în 2016 față de 3679 capturi în 2015) și se menține peste valorile înregistrate în anii 2011-2014. Cele mai multe capturi au fost înregistrate pentru canabis (2140 de capturi), MDMA (350 capturi), heroină (342 capturi), rezină de canabis (212 capturi) fragmente vegetale cu THC (182 capturi), pirovalerone (148 capturi), cocaină (138 capturi);
 - Cele mai **importante cantități confiscate** au fost înregistrate pentru: masă plante canabis (2846,294 kg), cocaină (2321,345 kg), plante de khat (454,008 kg), canabis iarbă (142,646 kg), fragmente vegetale cu THC (100,945 kg) și MDMA (14357 de comprimate);
 - **95,16%** (5621,647 kg) din cantitatea totală de droguri confiscate în anul 2016 reprezintă masă plante de **canabis, cocaină și plante de khat**;
 - **52,9%** (3124,741 kg) din cantitățile totale de droguri confiscate reprezintă **capturi de canabis**, din care: 2846,294 kg masă plante de canabis, 142,646 kg canabis iarbă, 100,945 kg fragmente vegetale cu THC și 34,856 kg rezină de canabis;
 - **Khatul** își menține prezența pe piața ilicită a drogurilor, fiind confiscate 454,008 kg, valoare în creștere față de anul 2015, când au fost confiscate 247,715 kg;
 - Creșterea semnificativă a capturilor de **LSD**;
 - Cantitatea de droguri provenită din **capturile semnificative** realizate în cursul anului 2016 reprezintă **98,75%** din totalul confiscărilor realizate fiind cea mai mare valoare procentuală înregistrată până în prezent, astfel:
 - ✓ Total cantități droguri capturate: 5907,57 kg, 20076 comprimate, 0,152 litri și 991 doze;
 - ✓ Total cantități droguri provenite din capturi semnificative: 5833,747 kg, 12787 comprimate și 900 de doze.

2. Capturile de **medicamente cu conținut stupefiant** înregistrează o creștere din punct de vedere al numărului, dar o scădere din punct de vedere al cantităților confiscate;
3. Traficul și consumul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în municipiul București și județele Timiș și Constanța

Tabel 7- 1: Situația numărului de capturi semnificative de droguri realizate în Municipiul București și în județele Timiș și Constanța, în perioada 2013 – 2016

Localitate	2013		2014		2015		2016	
	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate
București	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	26	492,44 kg 3156 cp
Timiș	6	19,87 kg	6	32,9 kg 6.000 cp	10	85,47 kg	10	36,76 kg 1884 cp 900 doze
Constanța	1	8,9 kg	5	36,34 kg	10	60.879 kg 1.297 cp	4	2314,14 kg

Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Traficul la nivel stradal⁴³ se caracterizează în continuare prin **cantități mici capturate** (sub 5 grame/ captură, respectiv sub 250 comprimate/ captură⁴⁴). Astfel, din totalul de 3487 capturi (aferele tipurilor de drog: heroină, cocaină, canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, MDMA, NSP și medicamente cu conținut stupefiant), 2925 de capturi au vizat cantități de droguri mai mici de 5 grame și sub 250 comprimate, 506 de capturi au vizat cantități de droguri între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură, 12 capturi au vizat cantități de droguri între 250 de comprimate/ captură și 1000 de comprimate/ captură și 44 capturi au vizat cantități de droguri peste 1000 de grame sau comprimate/ captură, astfel:

- **Heroină – 342 capturi, totalizând 3,7934 kg, din care:**
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 323 capturi totalizând 144,4 grame (0,447 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 19 capturi, totalizând 3,649 grame.
- **Cocaină – 138 capturi, totalizând 2321,345 kg, din care:**
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 108 capturi, totalizând 115,33 grame (1,07 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 27 capturi, totalizând 2016,31 grame;
 - Cantități peste 1000 grame / captură: 3 capturi totalizând 2319,2137 kg.
- **Canabis iarbă – 2140 capturi, totalizând 142,64615 kg, din care:**

⁴³ Potrivit E.M.C.D.D.A., nivelul pieței drogurilor este dat de cantitățile de droguri confiscate, astfel:

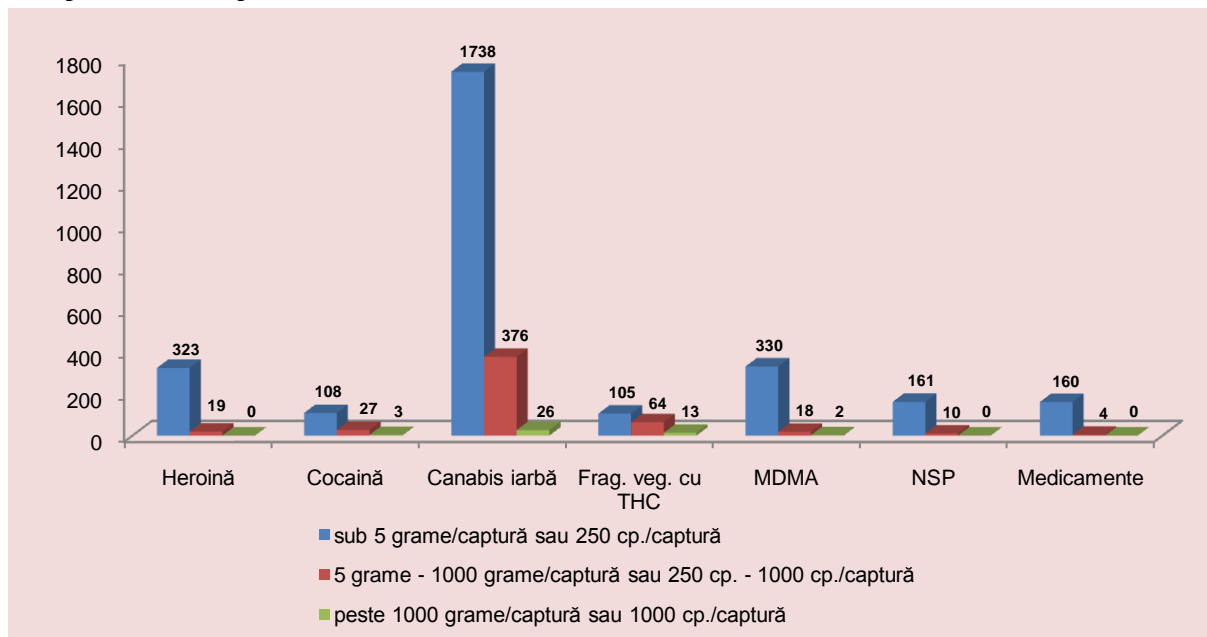
- Sub 5 grame – mic trafic de droguri – la nivel stradal (en-detail);
- Între 5 grame – 1 kg – piața medie a drogurilor – la nivel stradal (en-detail);
- Peste 1 kg - captură semnificativă de droguri – vânzare cu ridicata (en gross);

⁴⁴ Potrivit U.N.O.D.C. capturile de droguri care depășesc 250 de comprimate/ captură sunt considerate capturi semnificative;

- Cantități sub 5 grame/ captură: 1738 capturi, totalizând 1786,43 grame (1,03 grame/ captură), din care 1144 capturi (507,97 grame) sub 1 gram/ captură;
- Cantități cuprinse între 5 grame / captură și 1000 grame / captură: 376 capturi, totalizând 35816,48 grame;
- Cantități peste 1000 grame / captură: 26 de capturi totalizând 105,04324 kg.
- **Fragmente vegetale cu THC – 182 capturi**, totalizând 100,94557 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 105 capturi, totalizând 92,38 grame (0,88 grame/ captură), din care 73 capturi (19,96 grame) sub 1 gram/ captură;
 - Cantități cuprinse între 5 grame / captură și 1000 grame/ captură: 64 capturi, totalizând 8892,62 grame;
 - Cantități peste 1000 grame / captură: 13 de capturi totalizând 91,96057 kg.
- **MDMA – 350 capturi** fiind confiscate 14357 comprimate și 0,218 kg, din care:
 - Cantități sub 250 comprimate/ captură sau 5 grame/ captură: 247 capturi, totalizând 3536 comprimate (~14 comprimate/ captură) și 83 de capturi, totalizând 65,33 grame (0,787 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură sau cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 8 capturi, totalizând 4587 comprimate și 10 capturi, totalizând 153,37 grame;
 - Cantități peste 1000 comprimate / captură: 2 capturi totalizând 6234 comprimate.
- **N.S.P. (pirovalerone, triptamine, catinone canabinoizi sintetici, piperazine și 2C-X) – 171 capturi**, fiind confiscate 0,33602 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 161 capturi, totalizând 37,67 grame (0,23 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 10 capturi, totalizând 298,35 grame.
- **Medicamente cu conținut stupefiant** (benzodiazepine, metadonă, oxicodonă, morfină, codeină, buprenorfină, ketamină, barbiturice, amfepramonă și zolpidem) – **164 capturi**, fiind confiscate 5083 comprimate, din care:
 - Cantități sub 250 comprimate/ captură: 160 capturi, totalizând 3622 comprimate (~23 comprimate/ captură);
 - Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură: 4 capturi totalizând 1461 comprimate.

Se constată că cele mai multe capturi vizează cantități sub 5g/captură, acestea fiind realizate pentru cannabis, MDMA și heroină.

Grafic 7- 1: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, cannabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, M.D.M.A., N.S.P. și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

4. Cannabis/ rezină de cannabis/ masă plante de cannabis:

- **Cantitatea confiscată în anul 2016** totalizează **3124,741 kg**, din care 142,646 kg cannabis iarbă, 100,945 kg fragmente vegetale cu THC, 2846,294 kg plante de cannabis și 34,856 kg rezină de cannabis (hașiș), provenind din **2631 capturi**. 97,72% (3053,61 kg) din cantitatea totală confiscată provine din **66 capturi semnificative**;
- Cantitățile confiscate de **plante de cannabis** înregistrează o creștere semnificativă (de aproximativ **9,7 ori mai mult**) față de anul 2015, astfel: 2016 – 2846,294 kg, 2015 – 293,228 kg, 2014 – 422,164 kg;
- Numărul de **culturi ilicite** continuă să crească și în anul 2016, fiind identificate **83 de culturi**, din care **41 indoor** (76 – 2015, 74 – 2014, 69 – 2013);
- **91,08%** din cantitatea totală de cannabis confiscată reprezintă **masă plante de cannabis**. Cele mai importante capturi de cannabis plante au fost realizate pe raza județelor Ialomița (2600 kg), Cluj (64,31kg), Brașov (46,35 kg) și Sibiu (38,52kg);
- Cannabisul⁴⁵ provine în special din state, precum România, Spania, Portugalia, Kosovo, Olanda, Moldova și Maroc. **94,84%** din cantitatea de cannabis⁴⁶ confiscată (2930,41 kg cannabis – din care 2822,45 kg masă plante de cannabis) a avut ca **țară de producție România**;
- **Rezina de cannabis** își menține prezența pe piața drogurilor din România. În anul 2016 cantitatea confiscată este în creștere față de anii anteriori, fiind

⁴⁵ Cannabis –iarbă, rezină de cannabis, fragmente vegetale cu THC

⁴⁶ Cannabis –iarbă, fragmente vegetale cu THC, plante cannabis

capturate 34,856 kg (2015 – 5,152, 2014 – 15,214 kg, 2013 – 24,86 kg, 2012 – 27,263 kg).

5. Cocaină:

- **Cantitatea de cocaină confiscată a înregistrat o valoare record** față de anii precedenți (2016 – 2321,345 kg, 2015 – 71,286 kg, 2014 – 34,088 kg, 2013 – 53,339 kg, 2012 – 54,703 kg). **99,97%** din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din **7 capturi semnificative**, restul de 0,805 kg fiind rezultatul a 131 de capturi;
- **Numărul capturilor** de cocaină continuă trendul ascendent început în anul 2013 înregistrând, de asemenea, o **valoare de maxim**. 99,42% (2307,95 kg) din cantitatea totală de cocaină confiscată în anul 2016 provine dintr-o singură captură semnificativă având ca țară de origine Columbia și țară de destinație Olanda. Această captură record a fost realizată pe raza județului Constanța, cocaina fiind disimulată în pereții unor containere maritime. O altă captură semnificativă de cocaină (11,26 kg), provenind tot din Columbia, a fost realizată pe raza județului Timiș.

6. Heroină:

- Cantitatea totală de heroină confiscată în 2016 a fost de **3,793 kg, în scădere semnificativă** față de anul 2015, când au fost confiscate 334,195 kg, și a provenit din **342 capturi**;
- **91,22%** (3,46 kg) din totalul heroinei capturate pe teritoriul României a fost rezultatul a **7 capturi semnificative**. 0,333 kg heroină a fost rezultatul a 335 capturi; **43,5%** (1,65 kg) din cantitatea totală de heroină confiscată a avut ca **destinație România** și a provenit din **3 capturi** semnificative;

7. Droguri sintetice⁴⁷:

- Cantitățile de droguri sintetice confiscate în cursul anului 2016 sunt **în creștere** față de anul 2015 și totalizează: amfetamine – 1,834 kg și 82 comprimate, derivați ai amfetaminei – 0,0004 kg și 514 comprimate, metamfetamine – 0,0002 kg, MDMA – 0,218 kg și 14357 comprimate și LSD – 991 doze provenind din 483 capturi;
- Cantitățile de droguri sintetice provenite din **capturi semnificative** sunt, de asemenea, **în creștere** față de anul 2015 (2016 – 10821 comprimate MDMA, 505 comprimate de derivați ai amfetaminei, 1,21 kg de amfetamină și 900 de doze de LSD, față de 10331 comprimate MDMA și 1040 comprimate PMMA).
- Numărul **capturilor semnificative** este în creștere – 15 capturi semnificative realizate în 2016, față de 12 capturi semnificative în anul 2015.

8. Medicamente cu conținut stupefiant:

- În anul de referință, numărul de capturi și cantitățile de medicamente confiscate sunt în **scădere**, ca urmare a scăderii semnificative a cantității și numărului de capturi de benzodiazepine. Astfel, au fost înregistrate **190 capturi** de medicamente cu conținut stupefiant, fiind confiscate 5083 comprimate, 35,27 grame și 104,5 mililitri;
- Cantitățile și numărul de capturi de **metadonă** înregistrează **creșteri** față de anul 2015. Astfel, în anul 2016, au fost confiscate 2455 de comprimate, 0,2

⁴⁷ La numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, metamfetamină, derivați ai amfetaminei, LSD și MDMA.

grame și 82 de mililitri de metadonă, ca rezultat al 92 de capturi, față de 409 comprimate și 67 capturi.

9. În ceea ce privește **persoanele** implicate în activitățile de trafic de droguri⁴⁸:

- Peste **89,31%** din persoanele implicate sunt de **origine română**, ceea ce reprezintă o scădere față de anul 2015 când procentul era de peste 92,99%
- Restul persoanelor implicate au provenit din: Turcia, Albania, Ungaria, Etiopia, Israel, Serbia, Austria, Belgia, Franța, Iran, Kosovo, Lituania, Maroc și Spania;
- 87,4% sunt bărbați și 71,76% se încadrează în categoria de vârstă 25 – 44 ani.

10. În funcție de **țara de origine/plecare și destinație a drogurilor**⁴⁹ au fost constatate următoarele:

Tabel 7- 2: Situația drogurilor ilicite din România în ceea ce privește țara de origine/plecare și destinația a drogurilor

Tip drog	Țara de origine/plecare	Țara destinație	Rută tranzit
Heroină	Turcia	România	Turcia-Bulgaria-România
Cocaină	Columbia Olanda Serbia	România Olanda Israel	Columbia–Spania-Belgia-Ungaria-România Olanda–România Serbia–România Columbia-România-Olanda Marea Britanie-România-Israel
MDMA	Olanda Marea Britanie Spania Germania	România	Olanda-Germania-Austria-Ungaria-Romania Olanda-Marea Britanie-Romania Olanda-România Spania-România
Canabis	Spania România Olanda Moldova Kosovo Canada Albania	România Italia Germania	Spania–Franța-Germania–Austria-Ungaria–România Moldova–România-Italia Kosovo-România-Germania Olanda–România Spania–România Albania–România Kosovo–România
Rezină de canabis	Spania Maroc Portugalia	România	Portugalia–România Maroc–Spania–Franța-Germania–Austria-Ungaria–România
Derivați amfetamină	Spania	România	Spania-România
Frunze de coca	Peru Spania	România	Peru-Spania-România
Khat	Etiopia Tanzania	România Marea Britanie Germania	Etiopia-România-Marea Britanie Etiopia-România Tanzania-Qatar-România-Marea Britanie
Opiu	Iran	România	Iran-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 destinație**⁵⁰:

- Cocaină – cu destinație Olanda și Israel;
- Plantele de Khat – cu destinație Marea Britanie;
- Canabis iarbă – cu destinație Italia și Germania.

⁴⁸ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2016

⁴⁹ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2016

⁵⁰ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2016

12. Metode de disimulare⁵¹:

- Autoturisme/ autobuze: piese auto, geamantan, filtru de aer, colet poștal, printre dulciuri;
- Imobile: tabacheră, cutii pentru cosmetice, cutii pentru depozitat, cutie pentru periuța de dinți, bagaje, în ghiveci pentru flori, în pungi de plastic, rucsac, geantă de mână, piese de mobilier, în anexă imobil (boxă), în curtea casei, în pivniță, în garaj, în pod
- Stradă: bagaj, geantă de mână, în pungă pentru deșeuri, disimulate pe corpul uman;
- Aeroport/punct de trecere a frontierei: geantă de mână, geamantan, colet poștal, plicuri de ceai;
- Port maritim: în pereți unor containere;
- Colete expediate prin firme de curierat/ poștă.

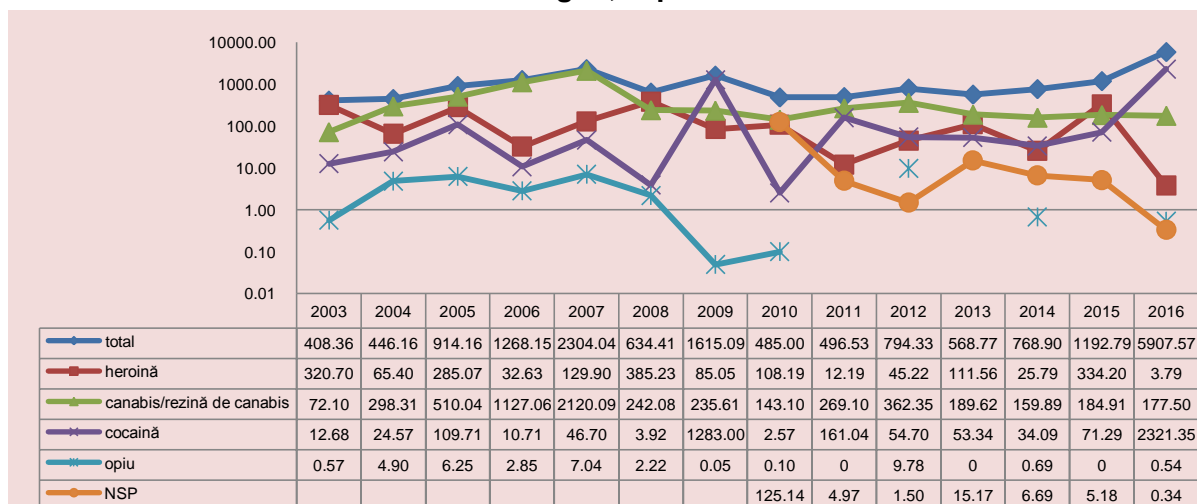
B. ANALIZA INDICATORILOR

B.1. Cantități confiscate

În perioada 2003-2016, au fost confiscate 17804,27 kg droguri, **cele mai mari cantități** fiind înregistrate pentru **canabis iarbă și hașiș** (6091,758 kg), **cocaină** (4189,66 kg), **heroină** (1944,91 kg) și **N.S.P.** (158,99 kg).

Analiza la nivelul perioadei anilor 2003-2016, indică o tendință fluctuantă în ceea ce privește modul de evoluție a confiscărilor de droguri, **cu maxime** atinse în anii 2016 pentru **cocaină**, 2015 pentru **heroină și medicamente cu conținut stupefiant**, 2012 pentru **opiu**, 2010 pentru **N.S.P.**

Grafic 7- 2: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2003 – 2016



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2016, au fost confiscate **5907,57 kg de droguri** (față de 1192,792 în 2015, 768,902 kg în 2014, 568,773 kg în 2013 și 794,328 kg în 2012), **20076 comprimate** (față de 159907 comprimate în 2015, 397211 comprimate în 2014, 33328 cp în 2013 și 16528 cp în 2012), **0,152 litri** (față de 0,596 litri în 2015, 0,864 litri în 2014, 0,248 litri în 2013 și 3,726 litri în

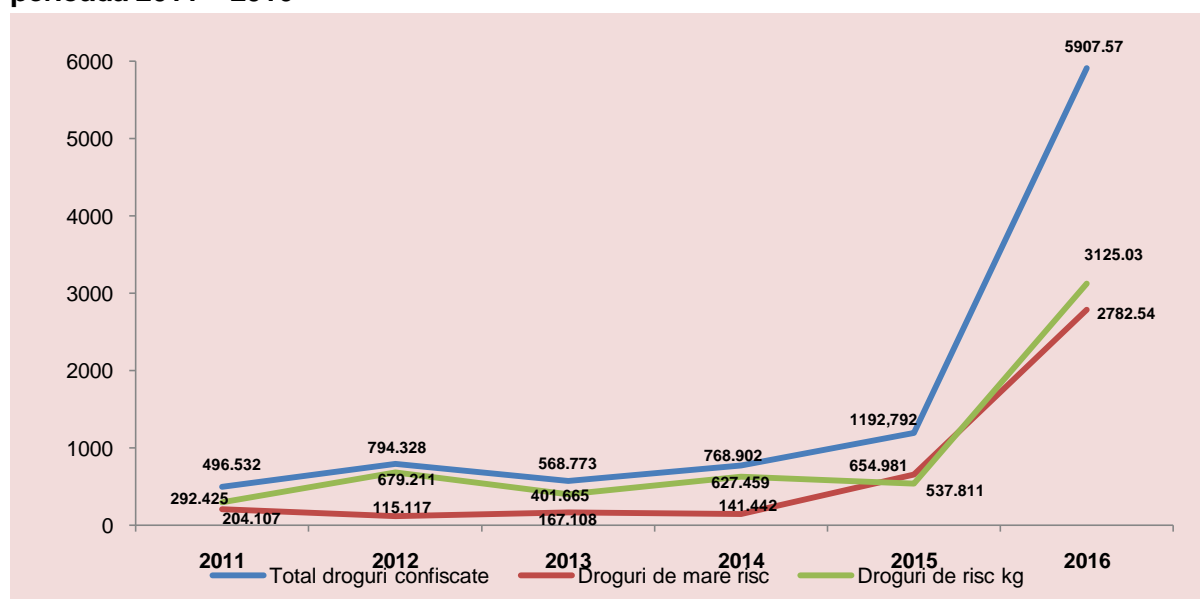
⁵¹ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2016

2012) și **991 de doze** (față de 75 de doze în 2015, 509 doze în 2014, 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012), din care:

- **Droguri de mare risc:**
 - **2782,54 kg** (în creștere semnificativă față de anii anteriori, astfel: 654,981 kg în 2015, 141,442 kg în anul 2014, 167,108 kg în anul 2013 și 115,117 kg în anul 2012);
 - **18000 comprimate** (în creștere față de anul 2015, când au fost confiscate 16167 comprimate, dar în scădere semnificativă față de anul 2014 și față de anul 2013, când au fost confiscate 390211 comprimate și respectiv 32592 comprimate);
 - **991 de doze** (în creștere față de anii anteriori 2015, când au fost confiscate 75 de doze în anul 2015, 509 doze în 2014, 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012);
 - **0,152 litri** (în scădere semnificativă față de anii anteriori, astfel: 0,596 litri în 2015, 0,773 litri confiscați în 2014, 0,182 litri în 2013 și 2,643 litri în 2012).
- **Droguri de risc:**
 - **3125,03 kg** (în creștere semnificativă față de anii anteriori, astfel 537,811 kg în 2015, 627,459 kg în 2014, 401,665 kg în 2013 și 679,211 kg în 2012);
 - **2076 comprimate** (în scădere semnificativă față de anii 2015 și 2014 când au fost confiscate 143740 comprimate și respectiv 7000 de comprimate, dar în creștere față de anii 2013 și 2012 când au fost confiscate 736 comprimate și respectiv 2057 comprimate).

Comparativ cu anul 2015, anul 2016 consemnează **creșterea semnificativă** (de aproximativ **5 ori mai mult**) a **cantității totale de droguri** confiscate de la 1192,792 kg la 5907,57 kg și o scădere a numărului de comprimate confiscate, de aproximativ 8 ori față de valoarea înregistrată în anul 2015 (de la 159907 comprimate, la 20076 comprimate).

Grafic 7- 3: Evoluția cantităților totale (kilograme) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2016

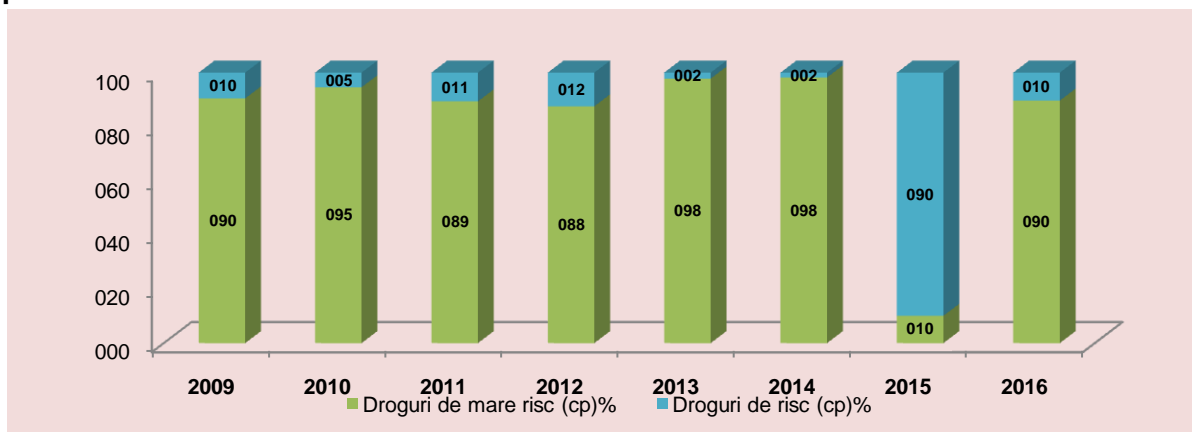


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din cele 5907,57 kilograme de droguri confiscate, **48,18%** reprezintă **masă plante de canabis** (2846,294 kg), **39,29%** reprezintă **cocaină** (2321,345 kg), **7,69%** reprezintă **plante de khat** (454,008 kg), **4,12%** reprezintă capturi de **canabis** iarbă și fragmente vegetale cu THC (243,591 kg – din care 100,945 kg fragmente vegetale cu THC), **0,59%** **rezină de canabis** (34,856kg) și 0,13% alte droguri.

Raportat la anul 2015, anul de analiză înregistrează o creștere a confiscărilor de comprimate din categoria droguri de mare risc.

Grafic 7- 4: Evoluția cantităților totale (comprimate) de droguri confiscate în România, în perioada 2009 – 2016

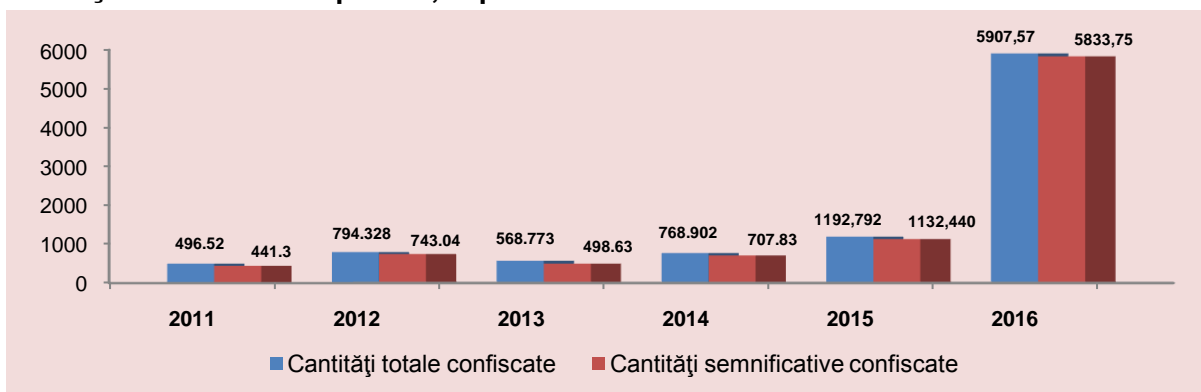


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din numărul total de comprimate confiscate în anul 2016, **71,51%** (14357 comprimate) reprezintă **MDMA**, 12,23% (2455 comprimate) reprezintă metadonă, 9,83% (1974 comprimate) reprezintă benzodiazepine, 2,65% (533 comprimate) reprezintă codeină și 2,56% (514 comprimate) reprezintă derivați ai amfetaminei.

98,75% din cantitatea totală de droguri capturată în anul 2016 provine din **capturi semnificative** (valoare în **creștere** față de cele înregistrate în anii anteriori – 94,94% în anul 2015, 92% în anul 2014, 87,66% în anul 2013 și 93% în anul 2012).

Grafic 7- 5: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri confiscate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2016



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 2016, numărul de capturi a crescut pentru principalele tipuri de droguri, excepție făcând capturile de pirovalerone, care, după cea mai mare valoare atinsă în anul 2015, înregistrează o scădere semnificativă. O creștere semnificativă este consemnată și pentru capturile de MDMA, iar capturile de canabinoizi sintetici înregistrează valori în scădere față de anii precedenți. Astfel, au fost realizate **3998 capturi** de droguri, din care cele mai multe au fost înregistrate pentru: cannabis 2322 capturi (2140 capturi de iarbă de cannabis și 182 capturi de fragmente vegetale cu THC), MDMA (350 capturi), heroină (342 capturi), rezină de cannabis (212 capturi), pirovalerone (148 capturi) și cocaină (138).

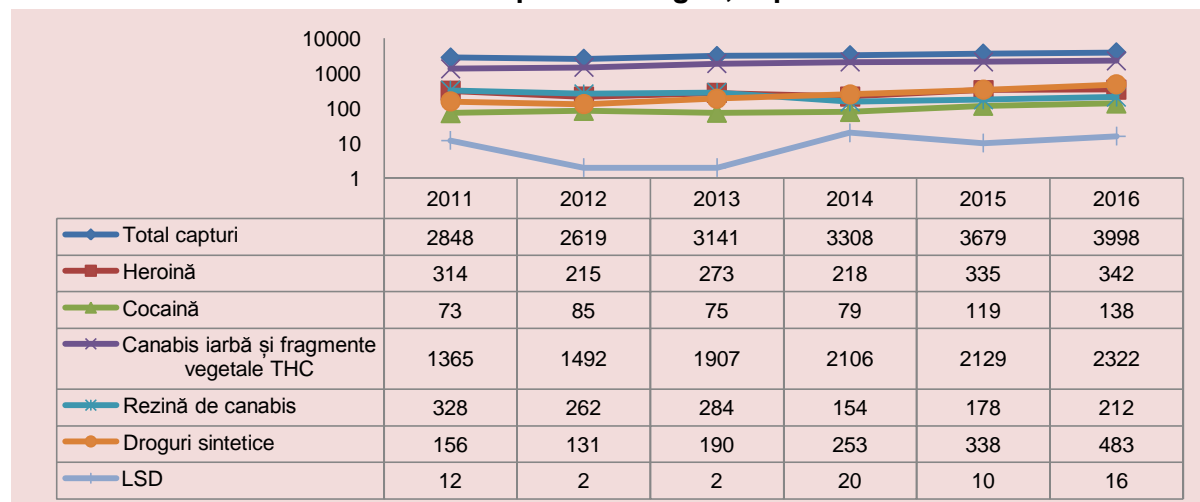
Tabel 7- 3: Situația drogurilor ilicite confiscate la nivel național, în perioada 2011 – 2016, în funcție de tipul de drog

Droguri	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Capt	Cant	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	342	3,793
Cocaină	73	161,039	85	54,703	75	53,339	79	34,088	119	71,286	138	2.321,345
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	2.322	243,591
Rezină de cannabis	328	17,572	262	27,263	284	24,86	154	15,214	178	5,152	212	34,856
Droguri sintetice	156	14.916	131	12.903	190	27.596	253	318.143	338	14.924	483	14953
Pirovalerone (kg)	6	0,004	10	0,03	12	0,025	32	0,181	185	2,658	148	0,231
LSD (doze)	12	65	2	104	2	2	20	509	10	67	16	991

Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Evoluția numărului capturilor de **iarbă de cannabis** la nivel stradal descrie o tendință ascendentă, cu o valoare de maxim în anul de referință, de 2140 capturi, față de 1987 capturi în anul 2015, 1967 capturi în anul 2014 și 1799 capturi în anul 2013.

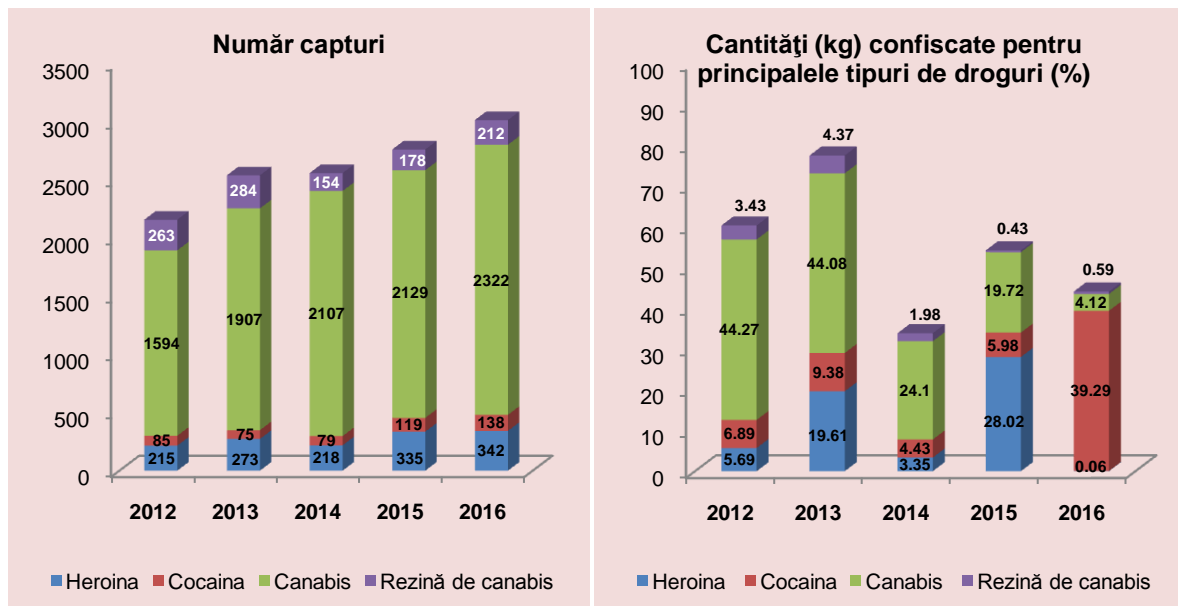
Grafic 7- 6: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2011 – 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Analiza numărului de capturi și a cantităților de droguri confiscate în ultimii 5 ani (2012-2016) consemnează o tendință de creștere a numărului de capturi, cu cele mai multe capturi înregistrate pentru cannabis iarbă și fragmente vegetale (9956), droguri sintetice (1395) și heroină (1383).

Grafic 7- 7: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2012 – 2016



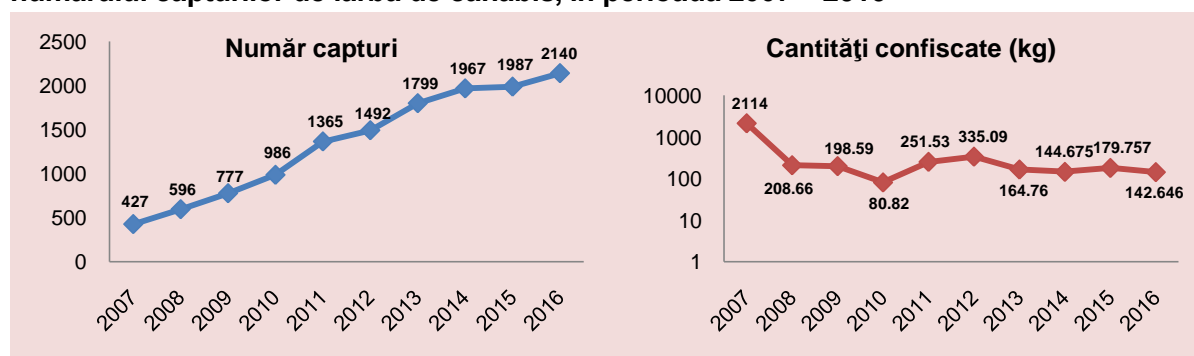
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.1. Cannabisul și rezina de cannabis

Cu toate că, față de anii anteriori, anul 2016 înregistrează o scădere a cantității confiscate de iarbă de cannabis (a doua cea mai mică valoare după cea înregistrată în anul 2010), cannabisul rămâne cel mai capturat drog la nivel național. În acest sens, au fost confiscate **243,591 kg cannabis** (față de 235,19 kg în 2015 și 184,919 kg capturate în 2014) provenind din **2322 capturi**, din care **142,646 kg iarbă de cannabis** (față de 179,757 kg capturate în 2015) provenind din **2140 capturi** și **100,945 kg fragmente vegetale cu THC** (față de 55,433 kg capturate în 2015) provenind din **182 capturi**.

Analiza perioadei 2007-2016 evidențiază o evoluție ascendentă a numărului capturilor de iarbă de cannabis (creștere de 5 ori față de anul 2007), concomitent cu o evoluție oscilantă a cantităților confiscate, astfel: perioada 2007-2010 înregistrează o scădere, perioada 2010-2012 descrie o creștere, iar perioada 2013-2016 este caracterizată prin scăderi și creșteri succesive. În decurs de zece ani se observă o creștere de cinci ori a numărului de capturi de iarbă de cannabis.

Grafic 7- 8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de iarbă de canabis, în perioada 2007 – 2016

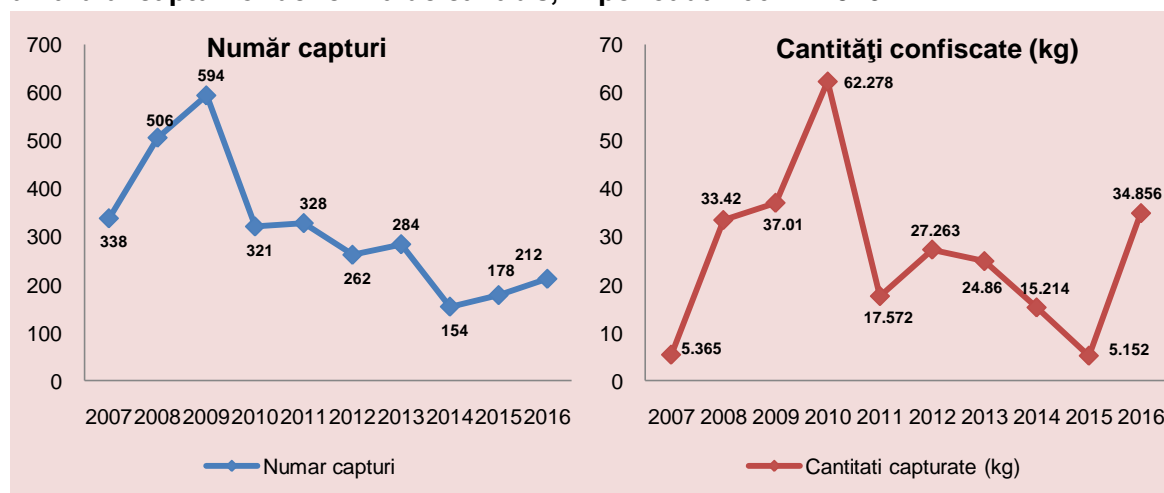


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Cantitatea totală de **rezină de canabis** (34,856 kg) confiscată în anul 2016 a crescut semnificativ, față de valorile înregistrate în perioada 2011 – 2015, înregistrând a treia cea mai mare valoare într-un interval de zece ani.

Numărul de capturi de rezină de canabis a crescut față de anul 2015, dar valoarea se menține sub nivelul anilor 2007 – 2013. Evoluția acestui indicator este oscilantă, fiind înregistrate intervale cu o tendință ascendentă în perioadele 2007-2009, 2012-2013, 2015-2016 și descendentă în perioadele 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014.

Grafic 7- 9: Evoluția cantităților de rezină de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de rezină de canabis, în perioada 2007 – 2016



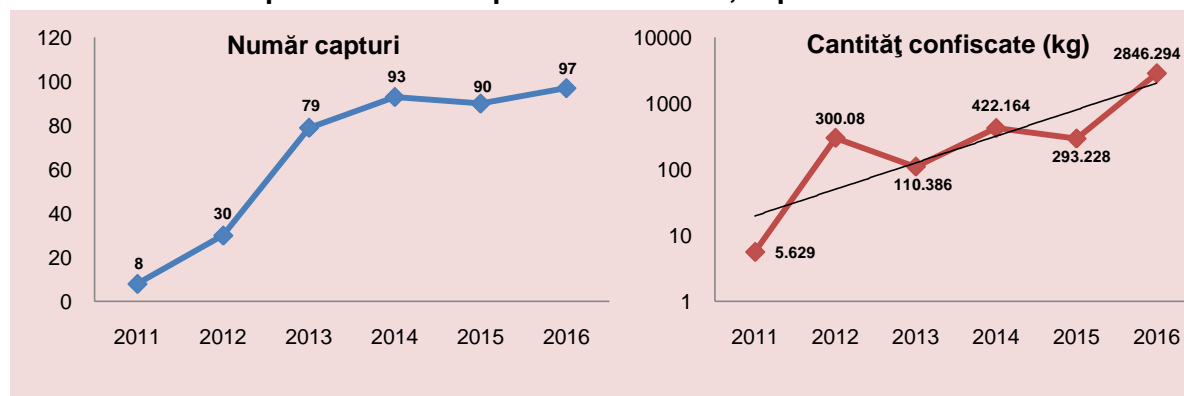
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În cursul anului 2016, au fost realizate și 2 capturi semnificative de rezină de canabis (28,92 kg), ambele fiind destinate pieței ilicite din România.

Cantitatea de **masă plante de canabis** confiscată în cursul anului 2016 (înregistrează o creștere semnificativă, de aproximativ 9,7 ori mai mult față de anul 2015 (2846,294 kg față de 293,228 kg), menținându-se astfel tendința ascendentă în privința confiscărilor pentru acest tip de drog. Cantitatea de 2846,294 kg masă plante de canabis reprezintă 48,18% din cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2016.

Tendința ascendentă se menține și în privința numărului de capturi de masă plante de canabis, fiind înregistrată o ușoară creștere față de anul 2015 (97 de capturi, față de 90 în 2015).

Grafic 7- 10: Evoluția cantităților de masă plante de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

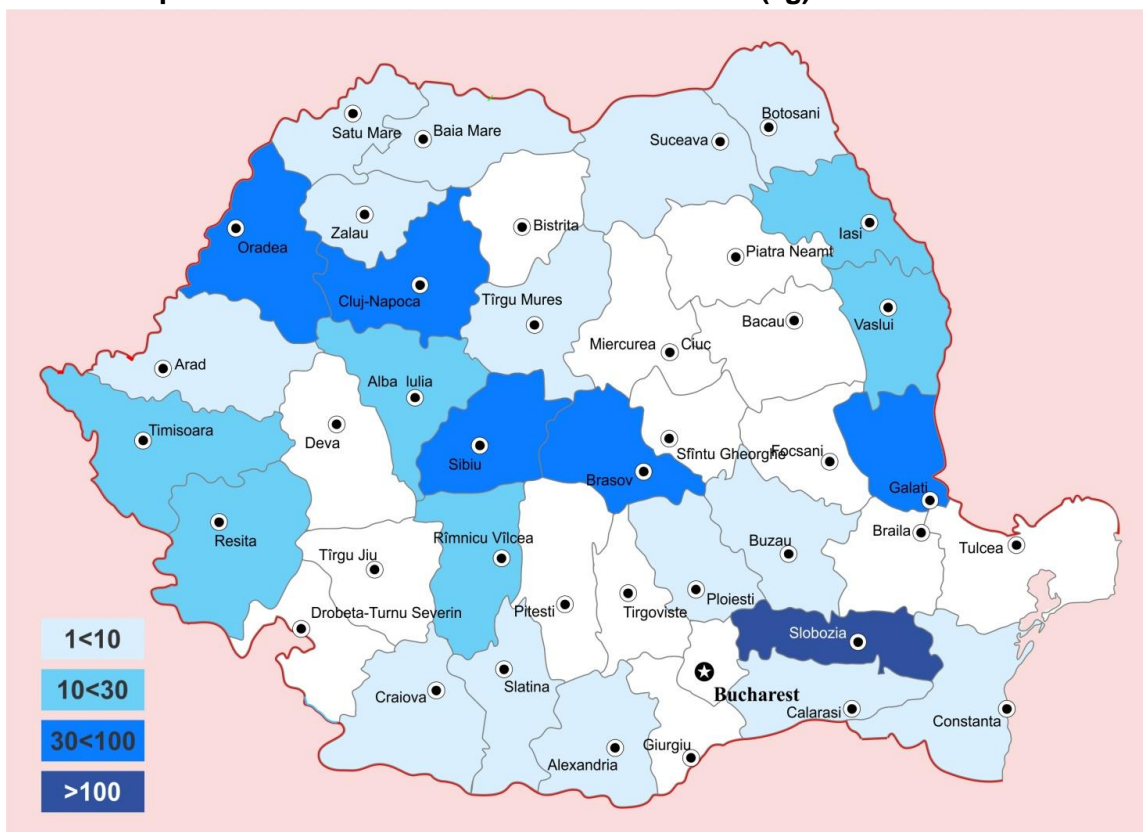
În cursul anului 2016, pe teritoriul României au fost descoperite **83 culturi ilicite**, în creștere față de anii precedenți (76 culturi în 2015, 74 culturi în 2014, 69 culturi în anul 2013 și 48 în anul 2012).

Analiza datelor privind capturile semnificative de canabis realizate în anul 2016 evidențiază faptul că aproximativ **94,84% din cantitatea de canabis**⁵² confiscată (2930,41 kg canabis – din care 2822,45 kg masă plante de canabis) a avut ca **țară de producție România**.

Rutele de trafic a canabisului, în perioada analizată, păstrează caracteristicile anilor anteriori. Astfel, iarba de canabis confiscată în România provine din Spania, Olanda Moldova și Kosovo și pătrunde pe teritoriul național, în principal pe cale rutieră, fiind disimulată în colete expediate prin firme de curierat/ poștă, în geamantane, genți de mână, cutii pentru depozitare, piese auto, piese de mobilier, pungi de plastic, pungi pentru deșeuri, printre dulciuri sau pe corpul uman.

⁵² Canabis –iarbă, fragmente vegetale cu THC, plante;

Harta 7- 1: Capturi semnificative de canabis⁵³ în anul 2016 (kg)



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Harta 7- 2: Rute de traficare pentru canabis⁵⁴ în anul 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.2.Cocaina

În anul 2016, cantitatea totală de cocaină confiscată a fost de 2321,345 kg și a fost rezultatul a 138 capturi, înregistrând o creștere semnificativă față de anul 2015, când au fost confiscate doar 71,286 kg, rezultat al unui număr de 119 capturi. 99,97% (2320,55 kg) din

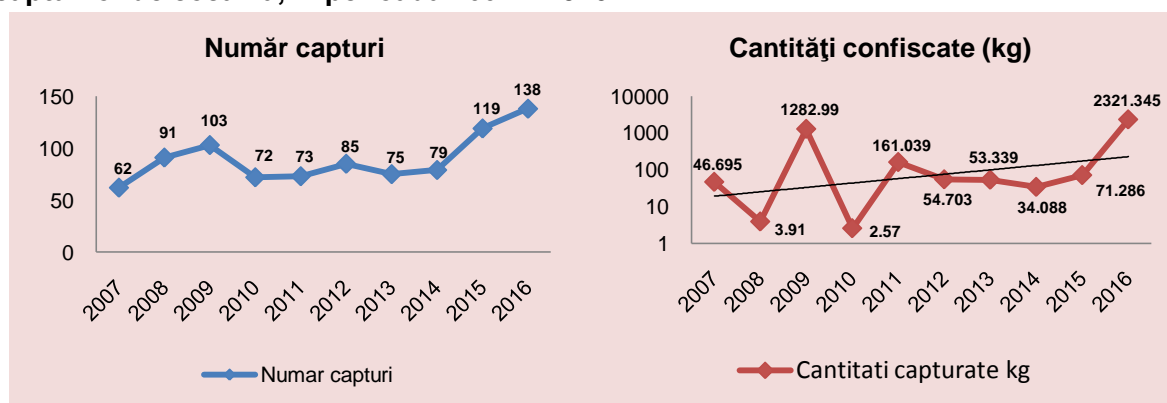
⁵³ Canabis iarbă, frgamente vegetale cu THC, plante și rezină de canabis;

⁵⁴ Canabis iarbă, frgamente vegetale cu THC, plante și rezină de canabis;

cantitatea totală de cocaină confiscată provine din 7 capturi semnificative, restul de 0,795 kg fiind rezultatul a 131 capturi. Anul de referință înregistrează **cea mai mare captură semnificativă** de cocaină realizată până în prezent în România, și anume 2307,95 kg, ceea ce reprezintă 99,42% din cantitatea totală de cocaină confiscată în anul 2016. Cocaina confiscată în portul Constanța a fost transportată din Columbia, pe cale maritimă, în pereții unor containere, și avea ca țară de destinație Olanda.

Analiza perioadei 2007-2016 evidențiază anii 2009, 2011 și 2016 cu cele mai mari cantități de cocaină confiscată pe teritoriul național. Totodată, se constată că portul Constanța rămâne în continuare un nod important în activitatea de traficare a cocainei, toate cele trei capturi record realizându-se în această zonă. De asemenea, pentru aceeași perioadă se observă o tendință de creștere a numărului de capturi, dar și o creștere semnificativă a cantității confiscate. Astfel, dacă în perioada 2007-2011 s-au confiscat 1497,204 Kg cocaină din 401 capturi, în următoarea perioadă de 5 ani, numărul de capturi a crescut la 496, iar cantitatea de cocaină confiscată aproape s-a dublat (2534,761 kg).

Grafic 7- 11: Evoluția cantităților de cocaină confiscate comparativ cu cea a numărului de capturi de cocaină, în perioada 2007 – 2016



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din punct de vedere al **țării de origine**, cocaina capturată pe teritoriul României în cursul anului 2016 a provenit din Columbia și a avut ca țări de plecare Columbia, Olanda, și Serbia. Din cele 7 capturi semnificative realizate, **4 capturi de cocaină** au avut ca **destinație România** și au totalizat **12,07 kg** (0,52% din cantitatea totală).

În privința rutelor de traficare și a metodelor de disimulare, s-a constatat că în anul 2016, traficul de cocaină s-a realizat:

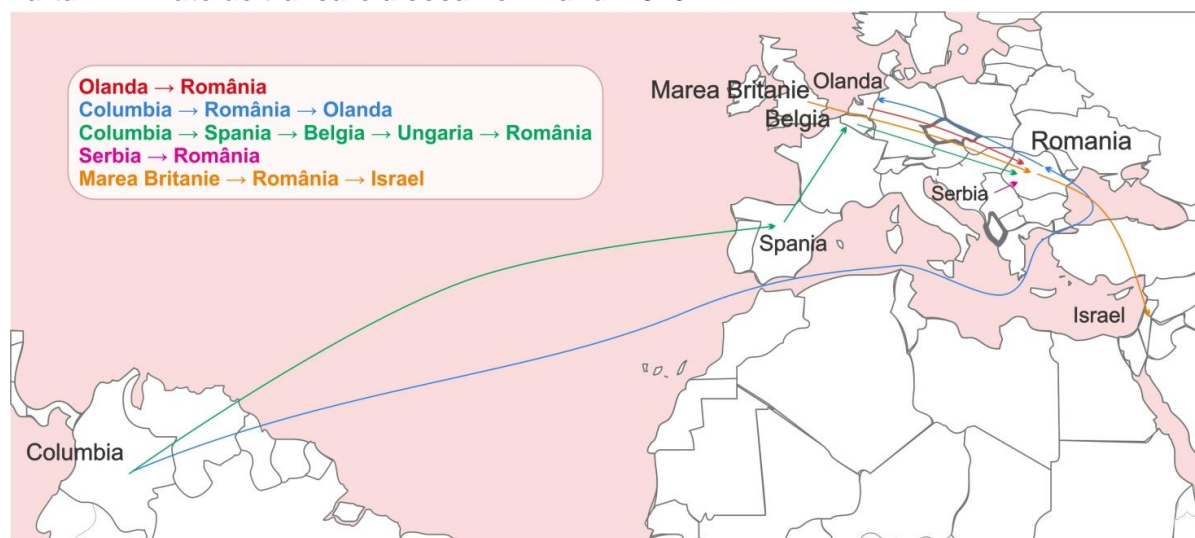
- Pe cale maritimă, din Columbia, în pereții unor containere, pe ruta România – Olanda;
- Pe cale rutieră, în geamantane sau piese auto, cu destinație România, din Olanda și Serbia;
- Pe cale aeriană, din Columbia, fiind disimulate în colete poștale, pe ruta Spania – Belgia – Ungaria – România;
- Pe ruta Marea Britanie – România – Israel (0,12 Kg cocaină).

Harta 7- 3: Capturi semnificative de cocaină în anul 2016 (kg)



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Harta 7- 4: Rute de traficare a cocainei în anul 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.3. Drogurile sintetice

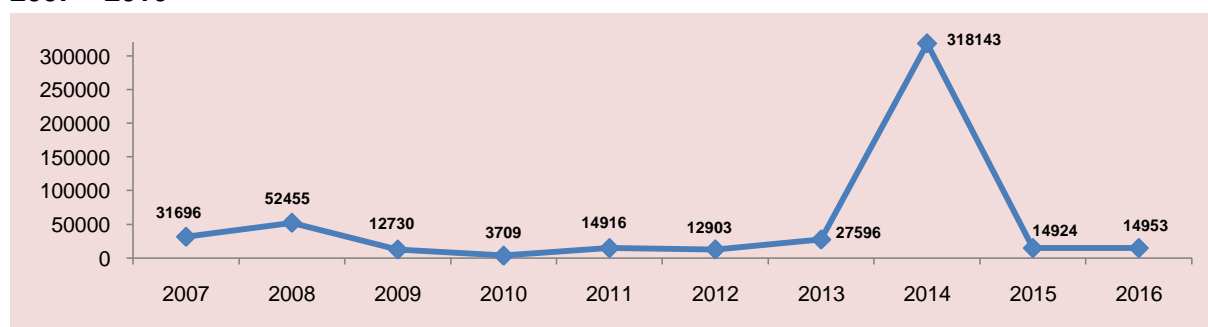
Datele colectate la nivelul anului 2016 indică faptul că România este în continuare țară de destinație pentru drogurile sintetice. Capturile realizate au evidențiat că aceste droguri provin din state precum Olanda și Spania, fiind aduse în România pe calea rutieră, prin intermediul

firmelor de colectărie sau cu autoturisme personale sau autocare, de către cetățeni care se întorc din Occident.

Cantitățile de droguri sintetice confiscate în cursul anului 2016 totalizează: amfetamină – 1,834 kg și 82 comprimate, derivați ai amfetaminei – 0,4 gr și 514 comprimate, metamfetamină – 20,16 gr, MDMA – 0,218 kg și 14357 comprimate și LSD – 991 doze provenind din 483 capturi.

Cantitățile de droguri sintetice provenite din **capturi semnificative** sunt în **creștere** față de anul 2015 pentru amfetamină, MDMA și LSD (2016 – 1,21 kg amfetamină, 10821 comprimate MDMA și 900 doze LSD, față de 10331 comprimate MDMA în 2015) și în **scădere** pentru derivați ai amfetaminei (2016 – 505 comprimate, față de 1040 comprimate în 2015). Și numărul capturilor semnificative este în ușoară creștere (15 capturi semnificative realizate în 2016, față de 12 în 2015).

Grafic 7- 12: Evoluția confiscărilor de comprimate de tip droguri sintetice, în perioada 2007 – 2016



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Amfetamină – Cantitatea totală confiscată în anul 2016 este în creștere față de anul 2015, când au fost confiscate 0,375 kg, dar rămâne sub valoarea înregistrată în anul 2014 (3,802 kg). Astfel, în cursul anului 2016, au fost confiscate 1,834 kg și 82 comprimate de amfetamină, provenind din 108 capturi.

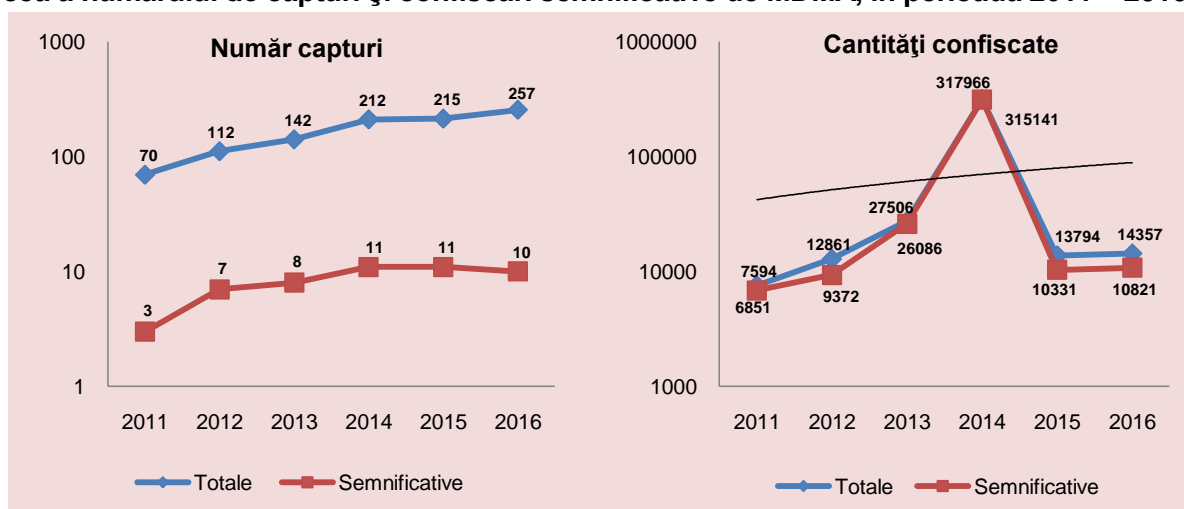
Derivați ai amfetaminei – Cantitatea confiscată în cursul anului 2016 este în **scădere** față de anul 2015. Astfel, în anul de referință au fost confiscate 514 comprimate și 0,0004 kg, care au provenit din 5 capturi, față de 1113 comprimate și 0,045 kg care au provenit din 10 capturi confiscate în anul 2015. 505 comprimate confiscate reprezintă rezultatul unei singure capturi semnificative, provenind din Spania și având ca țară de destinație România.

Metamfetamină – În cursul anului 2016 au fost înregistrate 4 capturi pentru acest tip de drog, fiind confiscate 20,16 gr metamfetamină, în creștere față de anul 2015, când a fost confiscat un singur comprimat de metamfetamină. Cu toate acestea, **prezența** metamfetaminei pe piața drogurilor din România în anul de analiză rămâne **redușă**, anii 2011 și 2012 fiind perioade de referință pentru confiscările record de metamfetamină în România.

MDMA – Anul 2016 înregistrează o creștere a confiscărilor de MDMA, atât din punct de vedere al numărului de capturi, cât și al cantității confiscate. Analiza ultimilor 5 ani (2012-2016) evidențiază o tendință ascendentă în privința numărului de capturi. Cu toate că anii

2013-2014 înregistrează cele mai mari cantități confiscate, confiscările realizate în anii 2015-2016 confirmă **disponibilitatea în creștere** a acestui tip de drog pe piața ilicită a drogurilor. Astfel, au fost confiscate 14357 comprimate și 0,218 kg MDMA, provenind din 350 de capturi, comparativ cu 13794 comprimate și 0,143 kg MDMA, provenind din 273 capturi, confiscate în 2015. 75,37% (10821 comprimate) din totalul comprimatelor de MDMA confiscate au provenit din 10 capturi semnificative, restul de 3536 comprimate fiind rezultatul a 247 capturi (~14 comprimate/ captură). Comprimatele de MDMA au fost traficate pe cale rutieră, pe rutele Olanda – Germania – Austria – Ungaria – România, Olanda – Marea Britanie – România sau Spania – România, fiind transportate cu autoturisme/autocare și ascunse în piese auto, geamantane, colete poștale sau disimulate pe corpul uman.

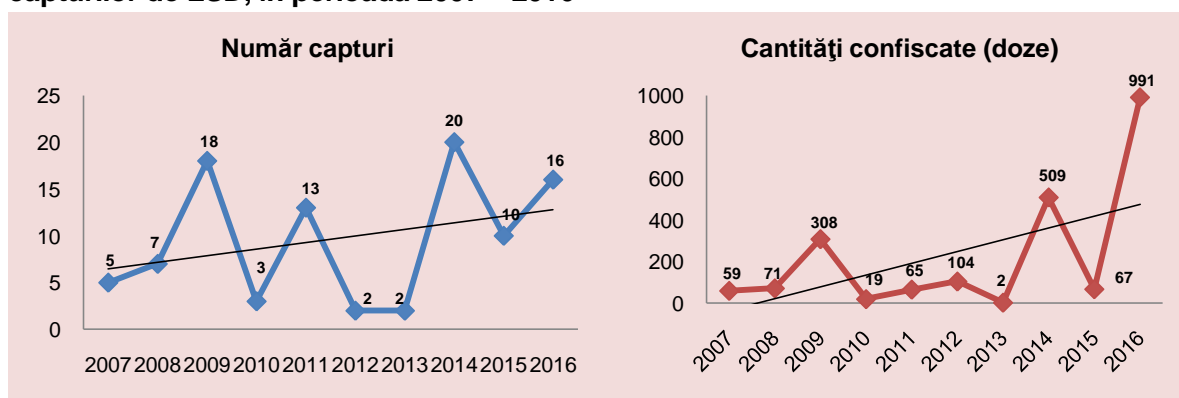
Grafic 7- 13: Evoluția capturilor și confiscărilor de comprimate de MDMA, comparativ cu cea a numărului de capturi și confiscări semnificative de MDMA, în perioada 2011 – 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

LSD – confiscările de LSD au înregistrat o **creștere semnificativă** în anul 2016 comparativ cu anii anteriori, astfel: 2016 – 991 doze, provenind din 16 capturi, 2015 – 67 doze, provenind din 10 capturi, 2014 – 509 doze, provenind din 20 de capturi și 2013 – 2 doze, provenind din 2 capturi. 900 doze de LSD confiscate reprezintă rezultatul unei singure capturi semnificative.

Grafic 7- 14: Evoluția dozelor de LSD confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de LSD, în perioada 2007 – 2016



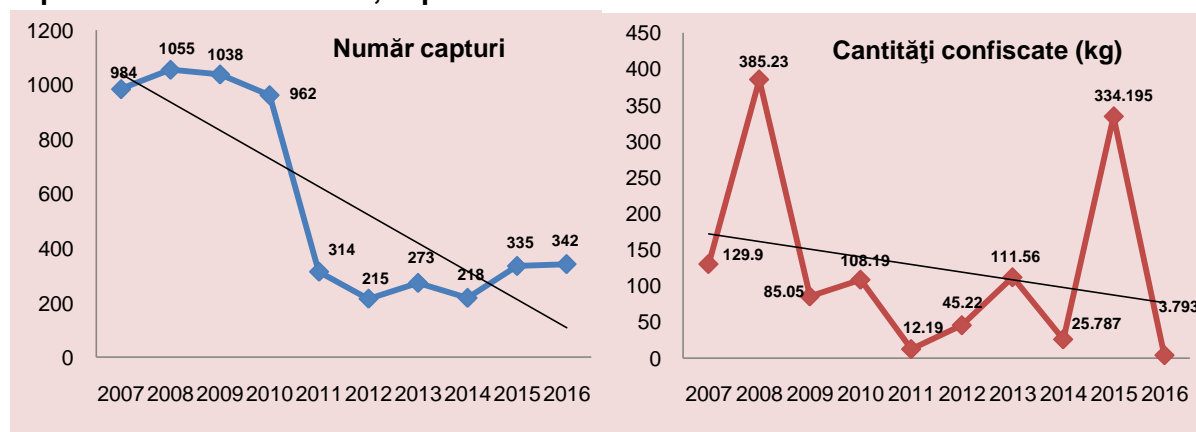
Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.4. Heroina

Anul 2016 înregistrează **cea mai mică cantitate de heroină confiscată în ultimii 10 ani** (3,793 kg – scădere de peste 88 ori). Cu toate acestea, numărul de capturi pentru acest tip de drog este creștere, descriind o tendință ascendentă în ultimii 5 ani, anul 2016 înregistrând **cel mai mare număr de capturi din ultimii 5 ani**.

Astfel, în anul 2016, au fost realizate 342 capturi de heroină, cantitățile totale confiscate însumând doar 3,793 kg. Din acest total, **91,22%** reprezintă rezultatul a **7 capturi semnificative** (3,46 kg), restul de 0,333 kg făcând obiectul a 335 capturi la nivel național (~ 1 gr/captură). **43,5%** (1,65 kg) din cantitatea totală de heroină confiscată a avut ca **destinație România** și a provenit din **3 capturi semnificative**.

Grafic 7- 15: Evoluția cantităților de heroină confiscate, comparativ cu cea a numărului de capturi de heroină realizate, în perioada 2007 – 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Analiza evoluției confiscărilor de heroină în ultimii 10 ani evidențiază o tendință oscilantă a cantităților confiscate, cu valori maxime atinse în anii 2008 și 2015, și o stabilizarea a pragului numărului de capturi în perioada 2011-2016, comparativ cu perioada 2007-2010, la sub 350 de capturi pe an, ceea ce reprezintă o scădere de peste 50% a acestor valori față de cele înregistrate în perioada 2007-2010.

Rutele utilizate pentru traficul de heroină nu prezintă aspecte noi față de anii anteriori. În anul 2016, acest tip de drog a provenit din Turcia, fiind transportat pe cale rutieră pe ruta Turcia – Bulgaria – România și ascunsă în piese auto. Totodată, heroina capturată a fost identificată în imobile reședință, fiind disimulată în geamantane, pivniță sau ghiveci de flori.

B.2.5. Khat

Khat-ul își menține prezența pe piața ilicită a drogurilor din România și în anul 2016. După capturile semnificative realizate în anii 2014 (75,421 kg) și 2015 (247,715 kg), în anul 2016 acest drog înregistrează o **creștere semnificativă** a cantității confiscate (454,008 kg). Cantitatea de 453,96 kg a provenit din 7 capturi semnificative.

Acest tip de drog este transportat pe cale rutieră/ aeriană, fiind ascuns în colete expediate prin firme de curierat/ poștă. Totodată, a fost identificat în imobile reședință, disimulat printre produse cosmetice.

În anul 2016, au fost identificate următoarele rute de trafic:

- 3 capturi semnificative (67,49 kg) au provenit din Etiopia. Dintre acestea, 2 capturi au avut țară de destinație România, iar o captură a avut ca țară destinație Marea Britanie;
- 1 captură de 351,07 kg a fost traficată pe ruta Tanzania – Qatar – România, având ca țară de destinație Marea Britanie;
- Pentru 3 capturi semnificative (35,39 kg) nu sunt cunoscute țările de proveniență și nici de destinație.

B.2.6. Noi substanțe psihoactive (NSP)

Anul 2016 consemnează o **scădere a disponibilității** noilor substanțe psihoactive pe piața drogurilor din România. Astfel, au fost realizate 182 capturi (în scădere față de anul 2015, când au fost realizate 284 capturi) și au fost confiscate doar 0,336 kg și 40 de comprimate de noi substanțe psihoactive, cantitate în scădere față de anii precedenți (2015 – 5,188 kg, 2014 – 6,7 kg, 2013 – 16,431 kg, 2012 – 1,5 kg). Cu toate acestea, se constată o creștere a numărului de capturi de 2C-X.

În ultimii cinci ani, datele privind capturile de NSP evidențiază o tendință în scădere disponibilității pe piața ilicită a drogurilor a triptaminelor, în timp ce disponibilitatea pentru catinone și pirovalerone este oscilantă. Totodată, începând cu anul 2014, se înregistrează o tendință de scădere și pentru canabinoizii sintetici.

În anul 2016, **nu au fost înregistrate capturi semnificative** de noi substanțe psihoactive.

Tabel 7- 4: Situația cantităților de NSP confiscate, precum și a numărului capturilor de N.S.P. în perioada 2012 – 2016

NSP	Cantitate capturată										Număr capturi				
	kilograme					comprimate					2012	2013	2014	2015	2016
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016					
Canabinoizi sintetici	1,079	0,531	0,972	0,599	0,02572	0	0	0	0	0	21	23	119	46	9
Catinone	0,19	0,204	0,578	0,439	0,079	577	4	16	1	0	44	26	36	41	11
Piperazine	0,0001	0,0001	0	0,0002	0,00021	89	39	14460	28	3	19	4	5	3	3
Pirovalerone	0,03	0,025	0,181	2,658	0,23106	2	13	0	4	0	10	12	32	185	148
Triptamine	0,078	14,19	4,964	1,415	0	0	0	11	0	4	73	68	23	6	1
Mitraginină	0	0	0,0086	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Salvinorin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dimetocaină	0,131	1,481	0,00012	0,0745	0	0	0	0	0	0	7	2	1	1	0
2 C-X	0,00507	0	0,00084	0,00001	0,00003	0	0	1	2	33	1	0	3	2	10

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.7. Medicamente cu conținut stupefiant

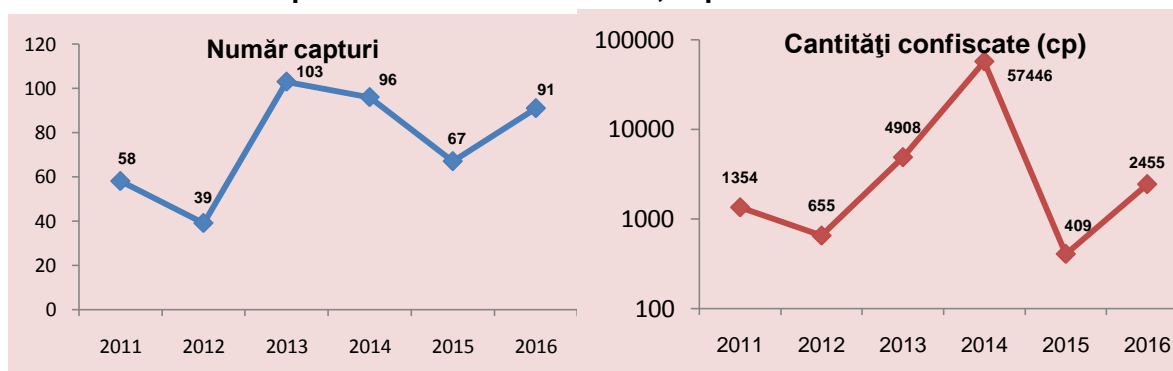
Medicamentele cu conținut stupefiant înregistrează un trend descendent în privința cantităților confiscate (5083 comprimate, 35,27 grame și 104,5 mililitri), dar o creștere a numărului de capturi, de la 163 capturi în 2015 la 190 capturi în anul 2016, ceea ce evidențiază o **menținere a disponibilității** acestora pe piața drogurilor din România. Astfel, în anul 2016 au fost realizate doar **4 capturi semnificative** de medicamente, după cum urmează: 2 capturi de metadonă (656 comprimate), o captură de codeină (365 comprimate) și o captură de benzodiazepine (440 comprimate alprazolam).

B.2.7.1. Metadonă

În anul 2016, se constată o **creștere a disponibilității** metadonei, materializată prin creșterea atât a cantității confiscate, cât și a numărului de capturi. Astfel, au fost confiscate

2455 comprimate, 0,2 grame și 82 mililitri provenind din 91 de capturi, comparativ cu anul 2015 când au fost înregistrate 67 de capturi totalizând 409 comprimate, 0,84 grame și 2 mililitri. Analiza ultimilor 5 ani, consemnează anii 2013 și 2014 cu cele mai mari valori înregistrate pentru cantitatea confiscată și numărul de capturi realizate. 256 de comprimate de metadonă sunt rezultatul unei capturi semnificative și au provenit România, fiind destinate pentru piața ilicită din țara noastră.

Grafic 7- 16: Evoluția cantităților de metadonă (comprimate) confiscate, comparativ cu cea a numărului de capturi de metadonă realizate, în perioada 2011 – 2016

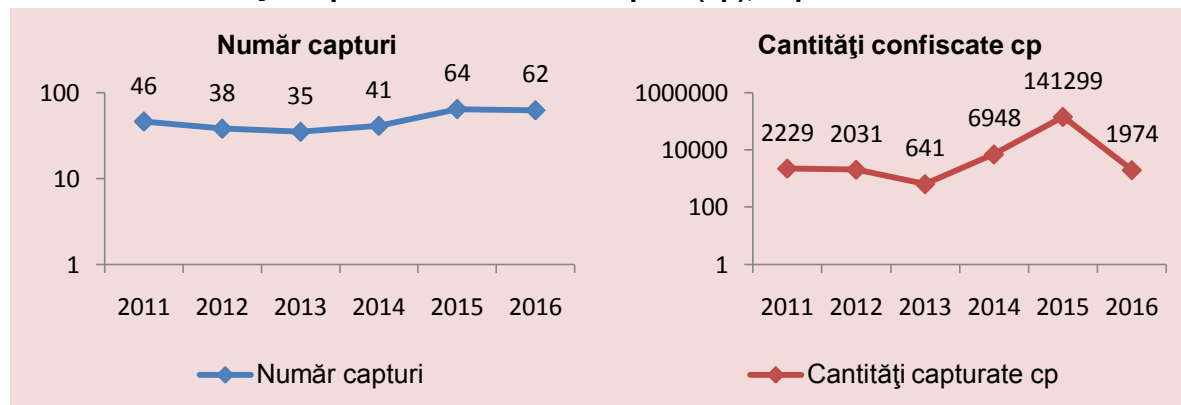


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.7.2. Benzodiazepine

După tendința ascendentă înregistrată în perioada 2013-2015, anul 2016 aduce o scădere semnificativă a cantității confiscate de benzodiazepine. Cu toate acestea, această clasă de medicamente își **păstrează disponibilitatea pe piața ilicită**, numărul de capturi fiind în creștere față de valoarea consemnată pentru anul 2015. Astfel, au fost confiscate 1974 comprimate, 7,6 grame și 22,5 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a 74 capturi, față de anul precedent când au fost confiscate 141299 comprimate, 0,3 grame și 5 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a 66 capturi. În anul 2016, a fost realizată o singură **captură semnificativă de 440 comprimate** de benzodiazepine.

Grafic 7- 17: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2011 – 2016



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Totodată, față de anul 2015, confiscările de codeină, zolpidem, au înregistrat o creștere, atât din punct de vedere al numărului de capturi, cât și al cantităților confiscate, în timp ce confiscările de amfepramonă au scăzut semnificativ. 365 de comprimate de codeină au provenit din România, fiind destinate pentru piața ilicită din țara noastră.

Tabel 7- 5: Alte medicamente confiscate în anii 2015 - 2016

Alte medicamente	Cantitate capturată						Număr capturi	
	grame		comprimate		mililitri		2015	2016
	2015	2016	2015	2016	2015	2016		
Oxicodonă	-	-	480	11	-	-	1	1
Morfină	-	22,1	16	8	1	-	4	2
Codeină	-	1,76	307	533	-	-	3	8
Barbiturice	-	-	284	61	-	-	4	2
Ketamină	91,15	2,82	-	-	57,5	-	11	5
Buprenorfină	-	-	7	11	-	-	3	3
Amfepramonă	-	-	2129	7	-	-	3	1
Zolpidem	-	0,79	17	23	-	-	1	3

Sursa: Direcția de Combatere 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 2016, prețurile de comercializare a drogurilor **se mențin în tendința anilor anteriori**, înregistrând valori relativ constante. Diferențele sunt determinate în parte de cursul mediu al monedei euro⁵⁵ stabilit de B.N.R. pentru anul 2016, dar și de cererea și disponibilitatea drogurilor pe piață.

În ceea ce privește prețurile de comercializare a drogurilor vândute, acestea sunt relativ similare anului 2015, astfel:

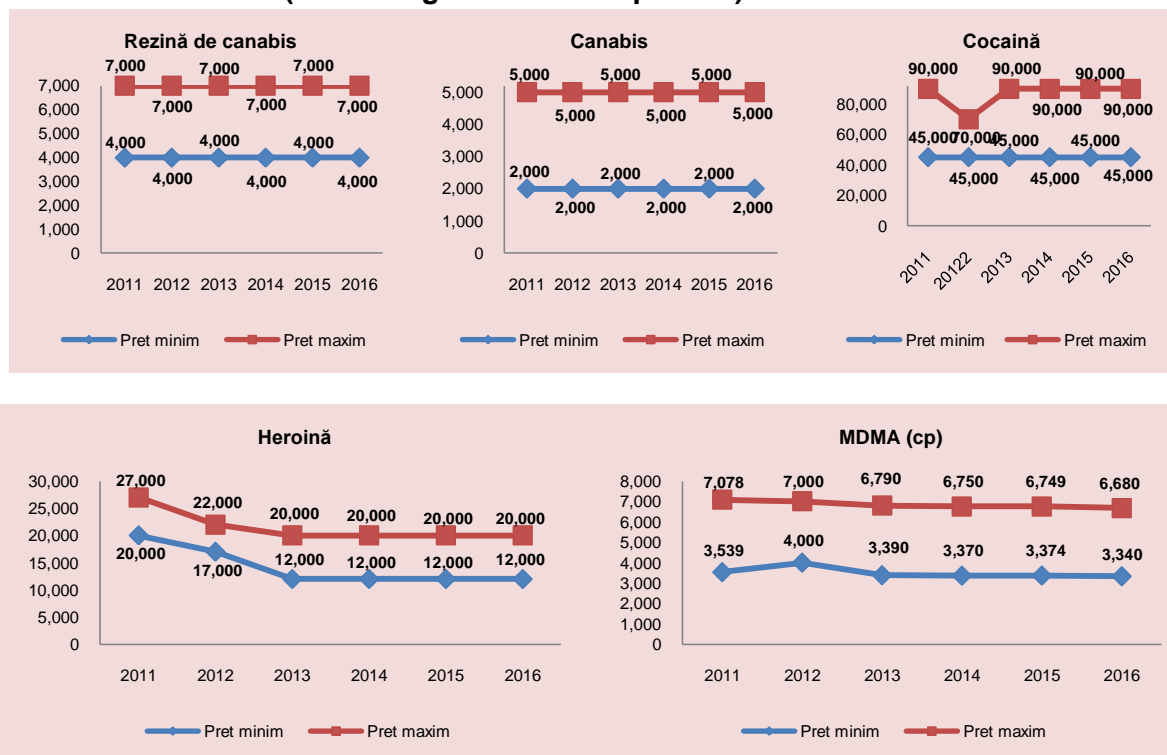
- **Canabis iarbă** (marijuana) – valorile prețului cu ridicată rămân constante și în anul 2016, modificări fiind identificate doar la nivelul prețurilor cu amănuntul, în sensul unei diminuări a prețului minim – 8,91 Euro/ gram în 2016, față de 8,99 Euro/ gram în 2015;
- **Rezină de cannabis** (hașiș) – prețul cu ridicata (en gros) se menține la nivelul anilor 2009 – 2015, iar valorile înregistrate pentru prețul cu amănuntul, la nivel stradal, sunt și ele în scădere față de anul 2015 (13,50 – 17,99 Euro/ gram în 2015, față de 13,36 – 17,81 Euro/ gram în 2016);
- **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 2015, în timp ce, valoarea prețului cu amănuntul este în scădere și variază între 44,54 – 48,99 Euro/ gram, față de 44,99 – 49,49 Euro/ gram în 2015;
- **MDMA** – prețurile sunt în ușoară scădere față de anii precedenți, prețul cu ridicata variind între 3340 – 6680 Euro în anul 2016, față de 3374 – 6749 Euro/ 1000 comprimate în 2015, în timp ce prețul unui comprimat de MDMA variază între 8,91 și 17,81 Euro, față de 8,99, și 17,99 Euro în anul 2015;

⁵⁵ Conform datelor existente la nivelul Băncii Naționale a României cursul mediu înregistrat pentru moneda Euro în anul 2014 a fost de 4,444 RON, în anul 2015 a fost de 4,445 RON iar în anul 2016 a fost de 4,4908 RON (<http://www.curs-valutar-bnr.ro/>).

- **LSD** – prețul cu amănuntul este în ușoară scădere, de la 17,99 – 33,75 Euro/ doză în anul 2015, la 17,81 – 33,4 Euro/ doză în anul 2016.

B.3.2. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 de comprimate)

Grafic 7- 18: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2016 (în Euro/ kg sau 1000 comprimate)



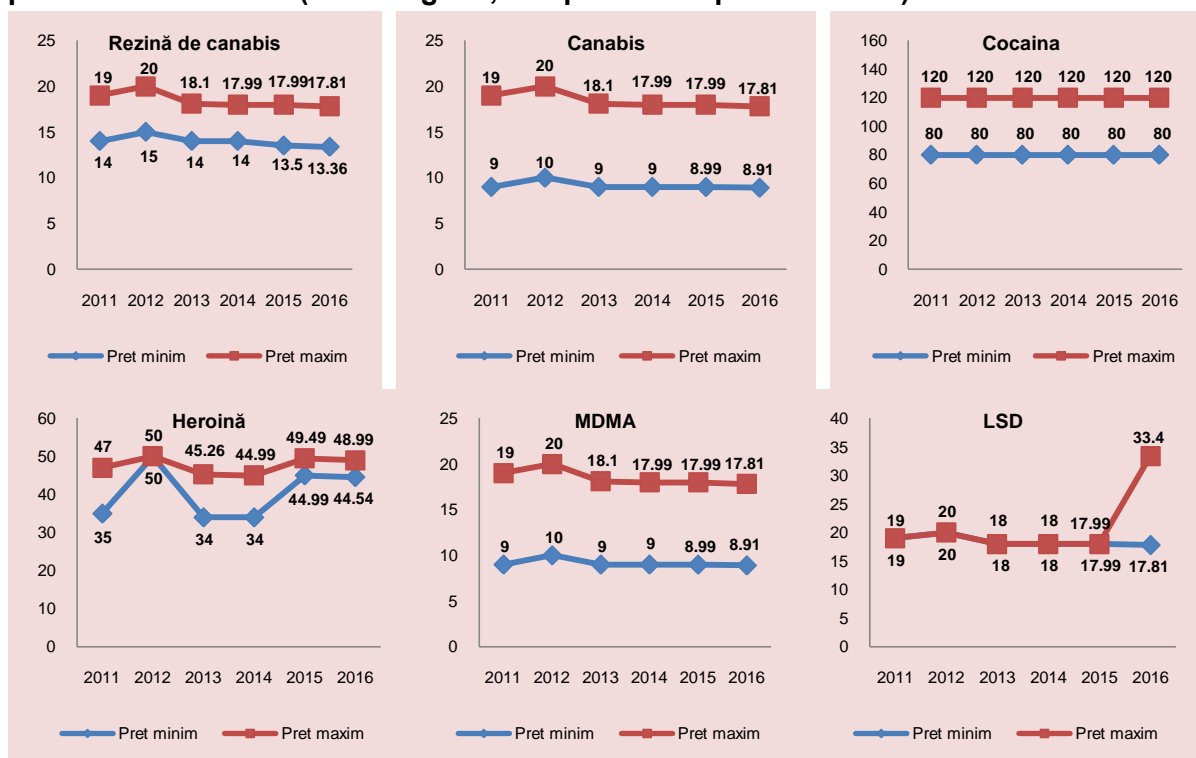
Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Cocaina păstrează cel mai ridicat preț pe piața drogurilor (90000 Euro/ kg), în timp ce prețul comprimatelor de MDMA înregistrează o ușoară scădere a prețului minim (cu ridicata și cu amănuntul). În perioada 2011-2016, prețurile minime cu ridicata pentru cocaină, iarbă de canabis și resină de canabis se mențin constante, în timp ce prețul heroinei înregistrează o tendință descrescătoare în perioada 2011-2013, ulterior menținându-se la o valoare constantă.

Evoluția prețurilor maxime cu ridicata în perioada 2011-2016 consemnează cea mai scăzută valoare pentru prețul cu ridicata al cocainei (70000 Euro/ Kg în anul 2012), cea mai ridicată valoare pentru heroină (27000 Euro/ Kg în anul 2011) și valori constante pentru canabis (5000 Euro/ Kg), resină de canabis (7000 Euro/ Kg), cocaină (90.000 Euro/ Kg) și heroină (20000 Euro/ Kg) în perioada 2013-2016. Prețul MDMA înregistrează în această perioadă o ușoară scădere de la 6790 Euro/ Kg în 2013, 6750 Euro/ Kg în 2014, 6749 Euro/ Kg în 2015 la 6680 Euro/ Kg în 2016.

B.3.3.Prețul cu amănuntul (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)

Grafic 7- 19: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2016 (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

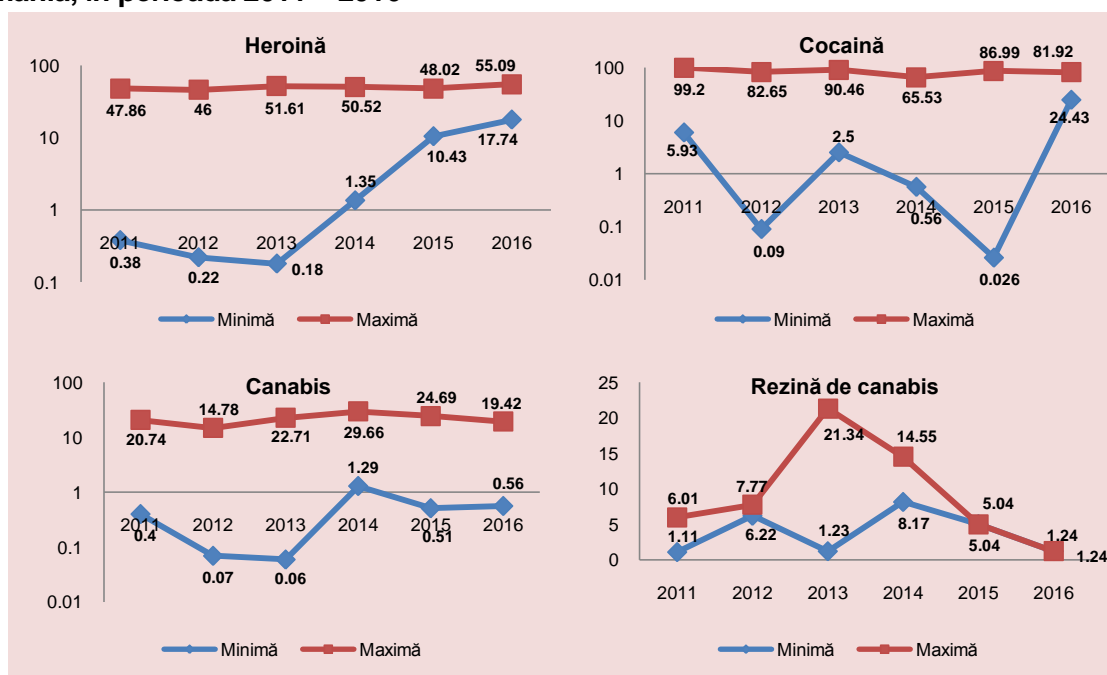
Atât valorile minime, cât și maxime ale prețurilor drogurilor vândute cu amănuntul sunt în ușoară scădere la nivelul anului 2016 față de anii precedenți, cu excepția cocainei, al cărei preț se menține constant în perioada 2011 – 2016.

B.4.Puritatea drogurilor

Probele analizate în cursul anului 2016 au pus în evidență următoarele aspecte, astfel:

- Concentrația heroinei vândute la nivelul străzii a variat între 17,74% și 55,09%. Puritatea medie a probelor de heroină (vândută cu amănuntul) analizate a fost de 34,18%. Cei mai frecvent întâlniți agenți de diluție și adjuvanții/ adulteranți în probele de heroină au fost: griseofulvin, cafeină și paracetamol;
- Puritatea probelor de MDMA (vândute la nivelul străzii) a variat între 27,77% și 42,04%, iar concentrația capturilor de cocaină analizate a variat între 24,43% și 81,92%. În probele de cocaină analizate au fost identificate substanțe, precum: levamisol și benzocaină;
- Concentrația în THC a ierbii de canabis comercializată la nivelul străzii a fost cuprinsă între 0,56% și 19,42%, iar analiza probelor de iarbă de canabis vândută la nivelul străzii a relevat o concentrație medie de 9,99%. În ceea ce privește rezina de canabis vândută la nivelul străzii, analizele de laborator au pus în evidență o concentrație în THC de 1,24%.

Grafic 7- 20: Evoluția purității minime, respectiv maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2016



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

În ceea ce privește puritatea maximă a probelor analizate în cursul anului 2016, aceasta a scăzut pentru cocaină, cannabis și rezină de cannabis și a crescut pentru heroină.

C. CONCLUZII

- În anul 2016, cantitatea totală de droguri confiscate înregistrează creșteri semnificative față de anii anteriori, de aproximativ 5 ori mai mult față de 2015 - 1192,792 kg și de 7,7 ori mai mult față de anul 2014 - 768,902 kg. Cu toate acestea, cantitățile de heroină, medicamente și N.P.S. confiscate în cursul anului 2016 sunt în scădere față de anul 2015;
- Traficul la nivel național este caracterizat, în general, de capturi de cantități mici de droguri realizate la nivelul străzii, destinate consumului propriu. Peste 65% din numărul total de capturi reprezintă capturi mai mici de 5 g ceea ce reprezintă 0.043% din cantitatea totală de droguri confiscate și doar 1,95% din numărul total de capturi reprezintă capturi mai mari de 1kg, ceea ce reprezintă peste 97% din cantitatea de droguri confiscată;
- Cannabisul rămâne cel mai capturat drog la nivel național, fiind evidențiată în continuare o preocupare pentru cultivarea ilicită a acestuia (52,9% din cantitatea totală de droguri confiscate reprezintă capturi de cannabis). Cantitatea confiscată de plante de cannabis reprezintă 48,18% din cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2016;
- Numărul capturilor de droguri este în creștere față de anul 2015, menținându-se tendința ascendentă în perioada de monitorizare, cele mai multe capturi fiind înregistrate pentru: cannabis (iarbă, rezină, fragmente vegetale cu THC și plante), MDMA, heroină, pirovalerone și cocaină;

- Atât valorile minime, cât și maxime ale prețurilor drogurilor vândute cu amănuntul sunt în ușoară scădere la nivelul anului 2016 față de anii precedenți, cu excepția cocainei, al cărei preț se menține constant în perioada 2011 – 2016;
- Medicamentele cu conținut psihotrop și stupefiant își mențin prezența pe piața ilicită a drogurilor, înregistrând față de anul 2015 o scădere a cantităților/comprimatelor confiscate, dar o creștere a numărului de capturi;
- 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 2016, au pus în evidență următoarele:

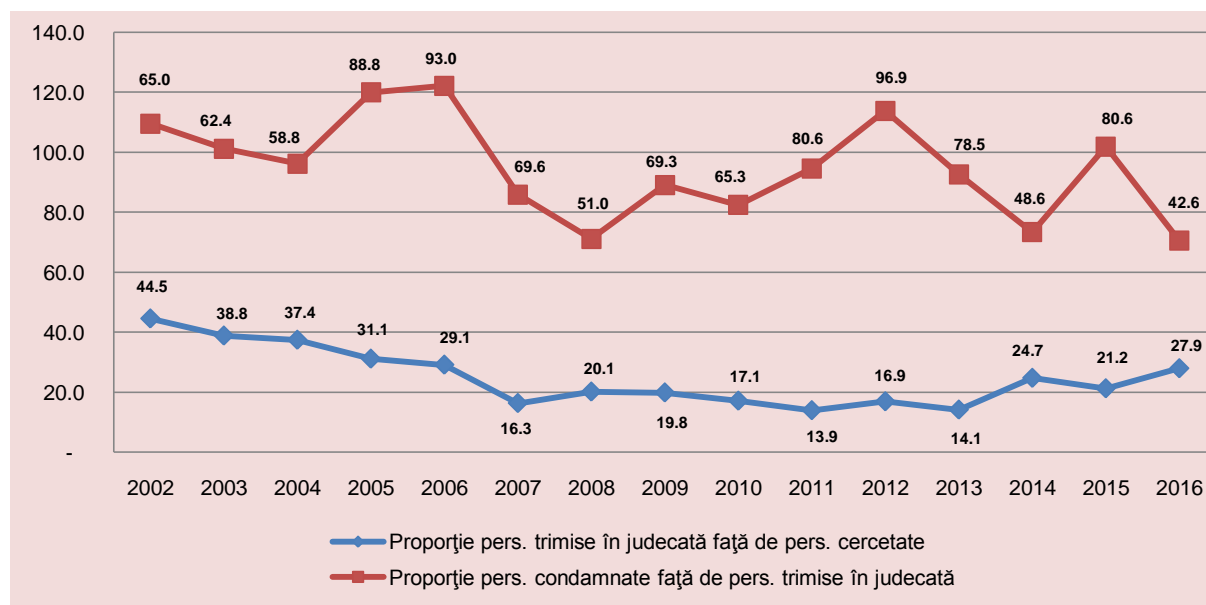
- **Intensificarea aplicării măsurilor coercitive alternative**, atât de către structurile de parchet, cât și de instanțele de judecată, reflectată prin creșterea numărului cauzelor soluționate cu **renunțare la urmărirea penală**, respectiv aplicarea cu precădere a **pedepsei închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere** a acesteia, precum și **amânarea aplicării acesteia**;
- **Creșterea numărului cauzelor penale soluționate** de către unitățile de parchet cu aproximativ 25% față de anul precedent și a **numărului persoanelor cercetate** (cu 6,28% față de 2015);
- **Creșterea proporției cauzelor soluționate cu trimitere în judecată** din totalul cauzelor soluționate (de la 15,8% în 2015, la 19,5% în 2016) și a **proporției numărului persoanelor trimise în judecată** din totalul persoanelor cercetate (de la 21,2% în 2015, la 27,9% în anul 2016);
- **Creșterea numărului grupurilor infracționale** destructurate (de la 64 la 75) și creșterea numărului participanților în aceste grupuri;
- **Scăderea numărului persoanelor condamnate** pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor cu 21,9%, față de anul 2015;
- **Scăderea numărului minorilor condamnați** pentru infracțiuni la regimul drogurilor;
- **Scăderea semnificativă a numărului persoanelor condamnate** pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu** (de la 157 persoane în 2015, la 78 persoane în anul de referință), precum și a ponderii acestora din totalul persoanelor condamnate (de la 15,3% în anul 2015, la 9,7% în anul 2016).

8.2. ANALIZA INDICATORILOR

Față de anul 2015, se constată o **creștere a valorii absolute a indicatorilor** privind numărul rechizitoriilor (cu 32,2%), numărul acordurilor de recunoaștere a vinovăției (de 2,7 ori) și numărul dosarelor soluționate prin renunțare la urmărirea penală (cu 43,4%) și prin clasare (cu 3,8%).

Cu toate că numărul cauzelor soluționate de parchete și al persoanelor cercetate și trimise în judecată a înregistrat creșteri în anul 2016, numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată, dar și al proporției acestora prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată este în scădere de la 1149 la 852, respectiv de la 80,63% la 42,64%.

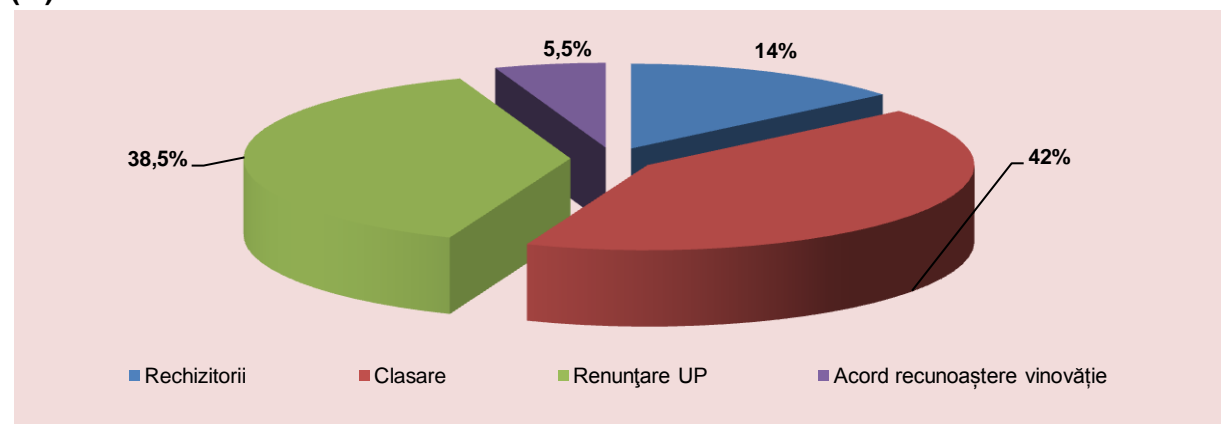
Grafic 8- 1: Evoluția proporției numărului de persoane condamnate prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată și a proporției numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate, în perioada 2002 – 2016



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Totodată, se constată o mai mare eficiență în aplicarea prevederilor noilor coduri (Codul penal și Codul de procedură penală) de către structurile de parchet care investighează infracțiunile la regimul drogurilor și precursorilor, aspect reflectat de **creșterea proporției dosarelor soluționate cu trimitere în judecată** prin raportare la totalul cauzelor soluționate și a **proporției persoanelor trimise în judecată** prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate (de la 21,2% în 2015, la 27,9% în 2016), concomitent cu **creșterea proporției dosarelor în care a fost aplicată soluția renunțării la urmărirea penală**.

Grafic 8- 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2016, în funcție de tipul soluției dispuse (%)

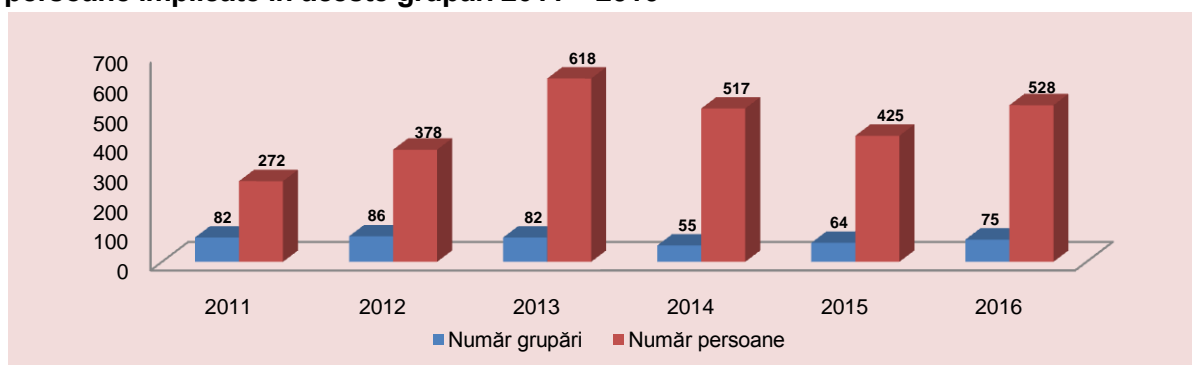


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Potrivit Consiliului Superior al Magistraturii, în anul 2016, la nivelul instanțelor de judecată au fost înregistrate 891 dosare penale la regimul drogurilor⁵⁶, ceea ce reprezintă 1,45% din totalul dosarelor penale înregistrate la nivelul tribunalelor și 0,26% la nivel național.

Anul 2016 consemnează și o creștere a valorii indicatorului privind grupurile infracționale identificate (de la 64 în 2015, la 75 în 2016), precum și a numărului persoanelor implicate în aceste grupări (de la 425 în 2015, la 528 în 2016). Analiza acestui indicator în ultimii cinci ani pune în evidență o tendință în creștere a preocupării structurilor de aplicare a legii pentru destructurarea grupărilor infracționale. Astfel, dacă în anii 2011-2012 erau raportate 82-86 grupări infracționale cu un număr de maxim 378 de persoane implicate, începând cu anul 2013, numărul grupărilor identificate raportate scade, concomitent cu creșterea numărului persoanelor implicate în aceste grupări.

Grafic 8- 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2016

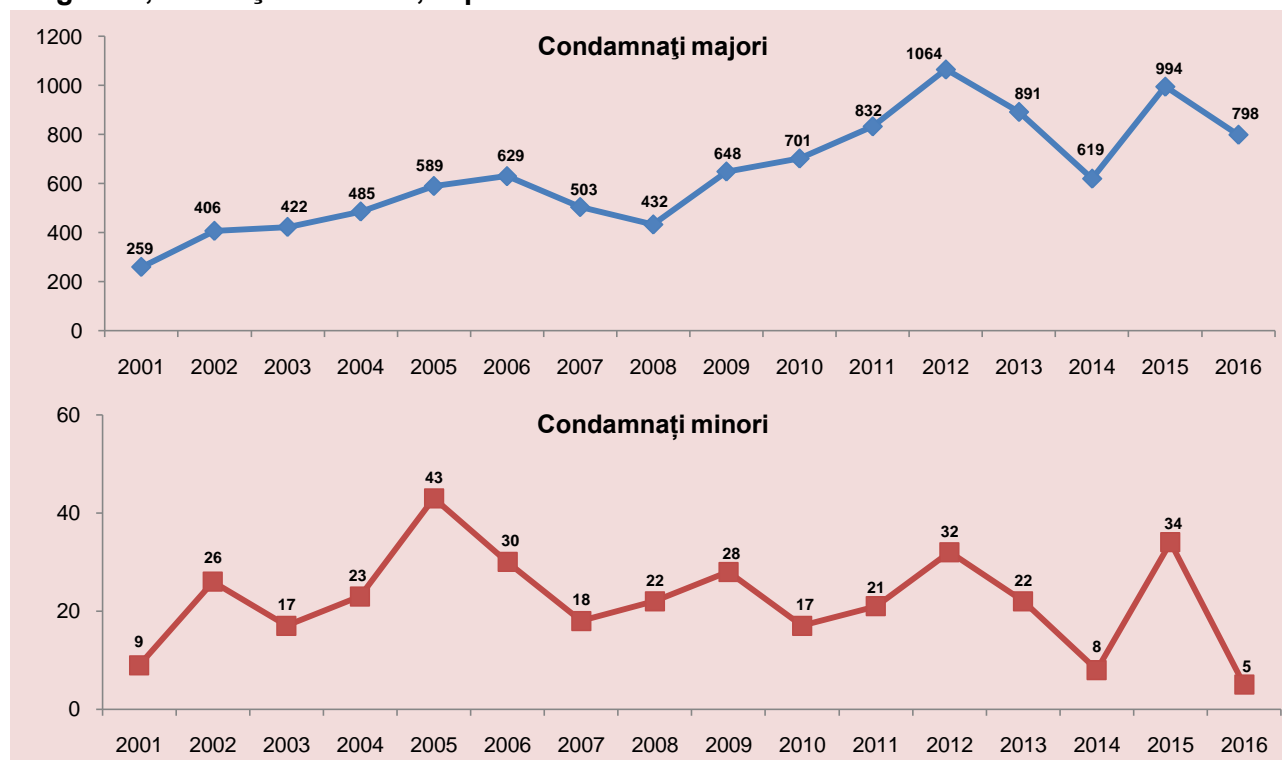


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Numărul persoanelor condamnate, atât majore, cât și minore, este în **scădere** față de anul 2015, valoarea maximă fiind atinsă în anul 2012, cele mai mari valori fiind înregistrate în București (263), Bihor (42), Brașov și Prahova (câte 40) Constanța și Timiș (câte 39).

⁵⁶ Infracțiuni la Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare și la Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

Grafic 8- 4: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2016



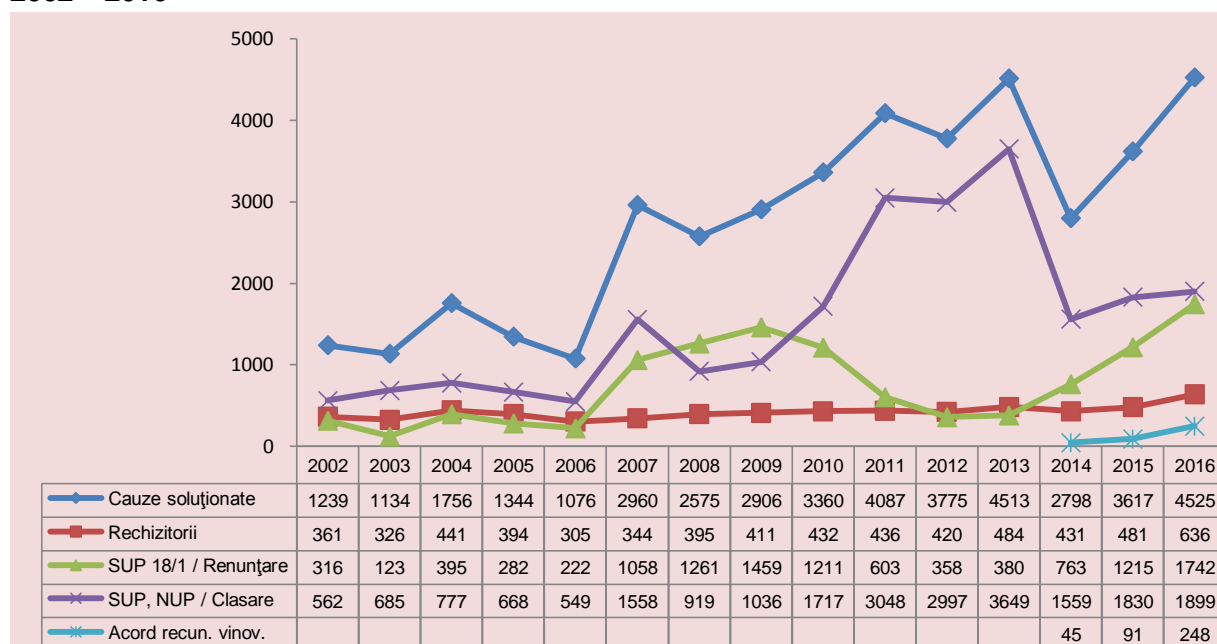
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Nivelul de **implicare a minorilor** în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor se menține la valori reduse, **sub 1%** din totalul persoanelor condamnate în anul 2016, fiind **în scădere** față de anul 2015, când valoarea procentuală a acestuia era de 3,3%. În ultimii 5 ani se înregistrează o tendință de scădere a numărului minorilor condamnați la regimul drogurilor, cu o valoare de maxim atinsă în anul 2015 (34 minori), această perioadă consemnând cele mai mici valori ale acestui indicator înregistrate până în prezent.

8.2.1. Dosare penale soluționate

Potrivit datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, în cursul anului 2016 au fost soluționate **4525 cauze**, ceea ce reprezintă o **creștere de aproximativ 25%** față de anul 2015, când au fost soluționate 3617 cauze.

Grafic 8- 5: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2002 – 2016

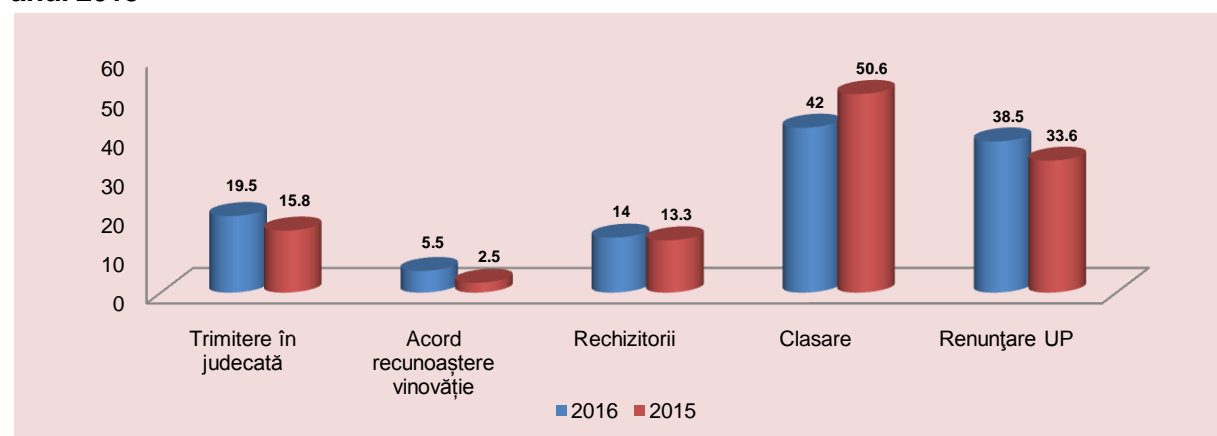


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În ceea ce privește **soluțiile date**, 636 cauze au fost înaintate instanțelor de judecată, în 1742 cauze a fost dispusă renunțarea la urmărirea penală, iar în 1899 de dosare penale s-a dispus clasarea. Potrivit dispozițiilor art. 478 din Codul de procedură penală, pentru 248 persoane a fost aplicată procedura specială de încheiere a unui acord de recunoaștere a vinovăției.

Raportat la **valorile procentuale** înregistrate în anul 2015, anul 2016 consemnează **creșteri** ale procentului de **cauze soluționate prin trimitere în judecată**⁵⁷ (de la 15,8% în anul 2015, la 19,5% în anul 2016) și **renunțare la urmărirea penală** (de la 33,6% în anul 2015, la 38,5% în anul 2016), precum și o **scădere** pentru cele soluționate prin **clasare** (de la 50,6% în anul 2015, la 42% în anul 2016).

Grafic 8- 6: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2015

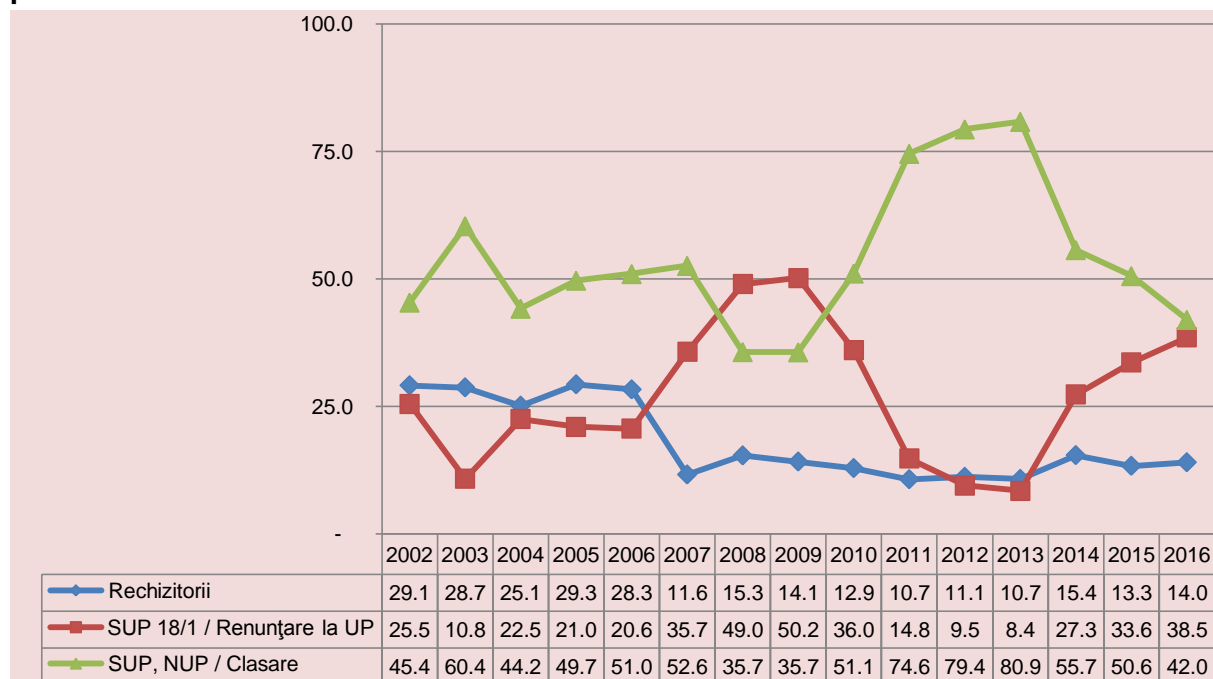


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

⁵⁷ Rechizitorii și acorduri de recunoaștere a vinovăției

În anul 2016, se menține **tendința crescătoare** a proporției cauzelor soluționate prin **renunțare la urmărirea penală**, înregistrată începând cu anul 2013, concomitent cu **scăderea** proporției celor soluționate **prin clasare** pentru aceeași perioadă de analiză.

Grafic 8- 7: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției, în perioada 2002 – 2016



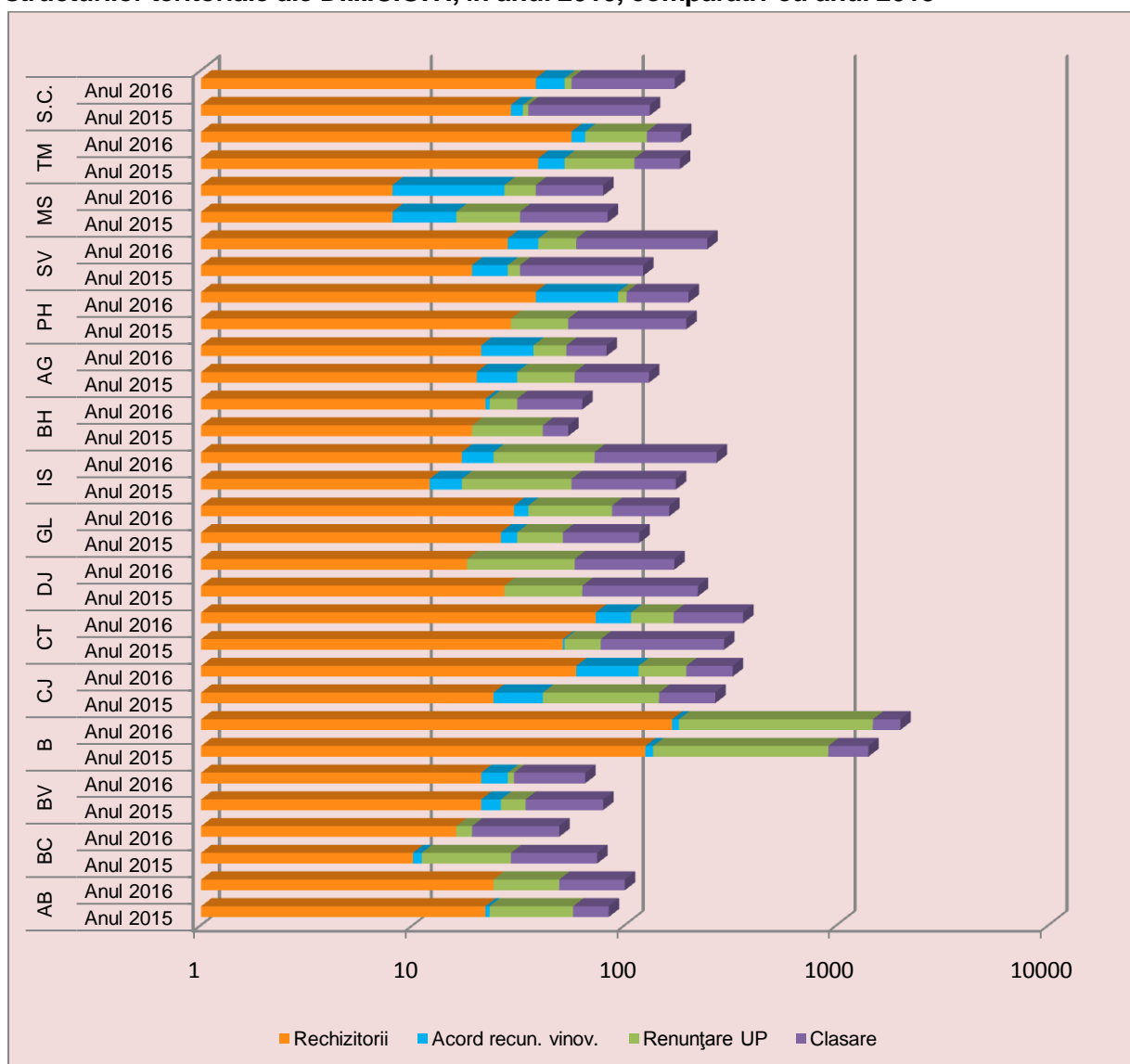
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Analiza indicatorilor la nivel teritorial indică o creștere a numărului de **cauze soluționate** pentru majoritatea structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., astfel: București (de la 1410 în 2015, la 1997 în 2016), Suceava (de la 122 în 2015, la 245 în 2016), Iași (de la 174 în 2015, la 271 în 2016), Constanța (de la 294 în 2015, la 362 în 2016) și Cluj (de la 267 în anul 2015, la 323 în anul 2016). Scăderi semnificative au fost înregistrate pentru structurile din Craiova (de la 221 în anul 2015, la 171 în 2016), Pitești (de la 130 în anul 2015, la 82 în 2016), Bacău (de la 74 în anul 2015, la 49 în 2016) și Brașov (de la 79 în anul 2015, la 65 în 2016).

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 44,1%, fiind urmat de Constanța (8%), Cluj (7,1%) și Iași (6%).

În ceea ce privește **soluțiile date**, cele mai multe rechizitorii au fost înregistrate pentru structurile teritoriale din București (26,3%), Constanța (11,5%), Cluj (9,3%), Timișoara (8,8%), Ploiești și Structura centrală (câte 6%). Față de anul precedent, se constată o creștere a valorilor procentuale pentru București, Constanța, Timișoara și Cluj și o constanță a acestora pentru Ploiești și Structura Centrală.

Grafic 8- 8: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2016, comparativ cu anul 2015



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Se remarcă faptul că, în anul 2016, din numărul total de cauze soluționate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, **Bucureștiul înregistrează cea mai mare proporție (65%) de cauze soluționate în care s-a dispus măsura renunțării la urmărirea penală**, prevăzută de art. 318 Codul de Procedură Penală, fiind urmat de structurile din Timișoara (33,69%), Galați (32,09%), Cluj (24,45%) și Craiova 23,39%.

Cele mai multe acorduri de recunoaștere a vinovăției au fost înregistrate la nivelul Serviciilor teritoriale D.I.I.C.O.T. din Cluj (57), Ploiești (55), Constanța (34) și Târgu Mureș (19), 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 (1300), Cluj (79), Constanța (63) și Timișoara (62).

Tabel 8- 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2015 – 2016

Serviciul teritorial	Cauze soluționate									
	2015					2016				
	Rechizitorii	Acord recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total	Rechizitorii	Acord recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total
Alba Iulia	22	1	34	27	84	24	0	25	51	100
Bacău	10	1	18	45	74	16	0	3	30	49
Brașov	21	5	8	45	79	21	7	2	35	65
București	125	11	776	498	1410	167	13	1300	517	1997
Cluj	24	17	104	122	267	59	57	79	128	323
Constanța	51	1	25	217	294	73	34	63	192	362
Craiova	27	0	36	158	221	18	0	40	113	171
Galați	26	5	20	66	117	30	5	52	75	162
Iași	12	5	39	118	174	17	7	48	199	271
Oradea	19	0	22	13	54	22	1	8	32	63
Pitești	20	11	27	72	130	21	16	16	29	82
Ploiești	29	0	25	141	195	38	55	9	98	200
Suceava	19	9	4	90	122	28	11	20	186	245
Tg. Mureș	8	8	16	51	83	8	19	11	41	79
Timișoara	39	13	59	71	182	56	9	62	57	184
Structura centrală	29	4	2	96	131	38	14	4	116	172
Total	481	91	1215	1830	3617	636	248	1742	1899	4525

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 judecată⁵⁸

În anul 2016, se observă o ușoară **creștere** a numărului de **persoane cercetate** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor. Astfel, la nivelul structurilor de parchet, au fost cercetate 7140 persoane (cu 6,3% mai multe față anul 2015), din care aproximativ 34% (2421 persoane) au fost cercetate de către Serviciul Teritorial al Municipiului București și 12,6% (897 persoane) de către Serviciul Teritorial al Municipiului Ploiești.

Din totalul persoanelor cercetate, 1998 persoane (27,9%)⁵⁹ au fost trimise în fața instanțelor de judecată pentru continuarea procesului penal, 636 dintre acestea aflându-se în stare de arest preventiv. Față de anul 2015, numărul total al **persoanelor trimise în judecată** înregistrează o **creștere** cu 40,2%⁶⁰.

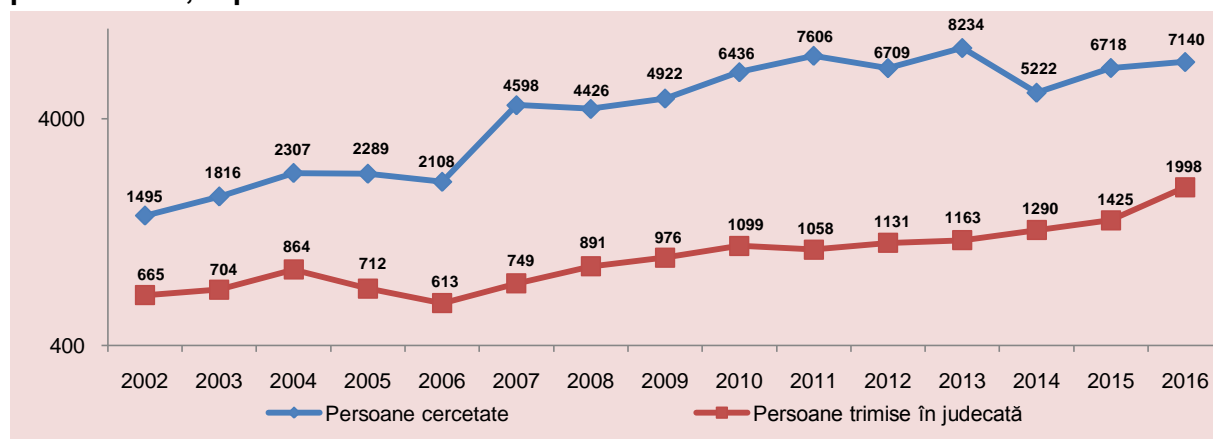
Pentru diferența de 5142 persoane au fost dispuse alte măsuri procedurale.

⁵⁸ Date furnizate de D.I.I.C.O.T.

⁵⁹ Inclusiv acordurile de recunoaștere a vinovăției

⁶⁰ Valoarea a fost calculată inclusiv cu acordurile de recunoaștere a vinovăției

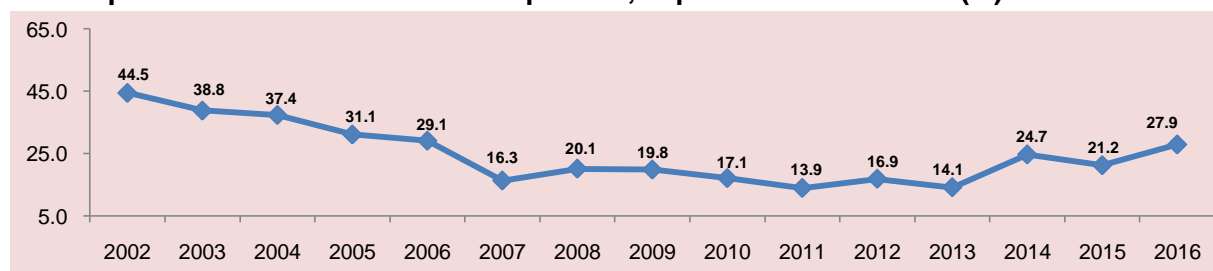
Grafic 8- 9: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2002-2016



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Din corelarea indicatorului persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor cu indicatorul persoane cercetate, raportat la anul precedent, anul 2016 evidențiază o **creștere a ponderii persoanelor trimise în judecată** (de la 21,2% în 2015, la 27,9% în 2016).

Grafic 8- 10: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2002 - 2016 (%)



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 (391), Ploiești (274), Constanța (212), și Cluj (210), iar cea mai mare pondere 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 (97,1%), Pitești (67,4%) și Galați (60,4%).

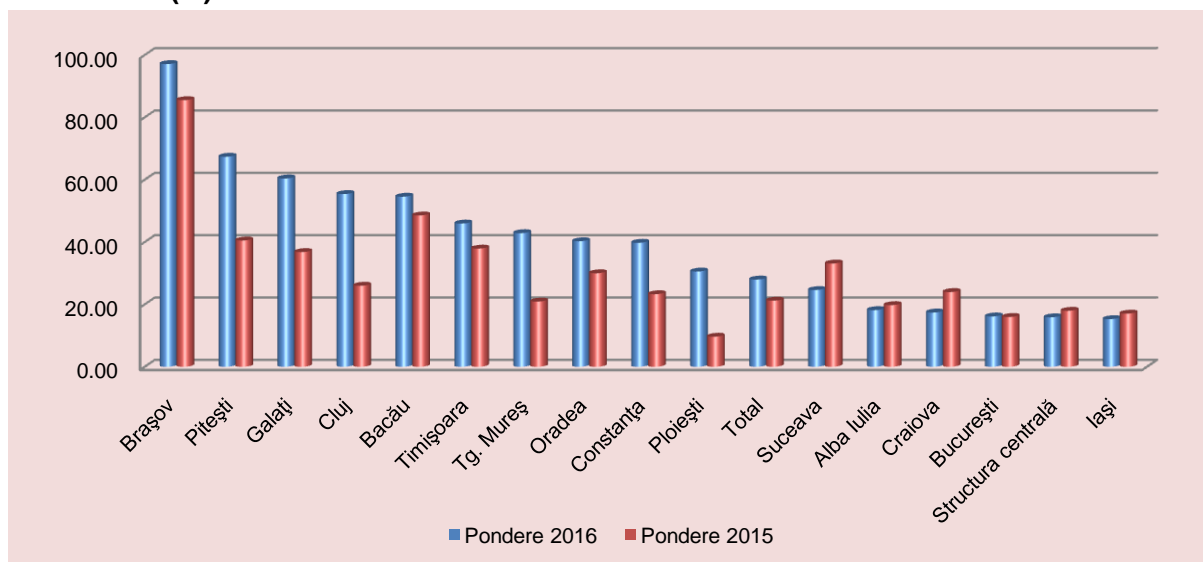
Grafic 8- 11: Ponderea numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., în anul 2016 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Comparativ cu anul 2015, cele mai mari **valori procentuale** ale numărului de persoane trimise în judecată (creșteri) au fost înregistrate pentru județele care intră în aria de competență teritorială a structurilor D.I.I.C.O.T. din Cluj, Pitești, Galați, Tg. Mureș și Ploiești.

Grafic 8- 12: 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 2015 – 2016 (%)



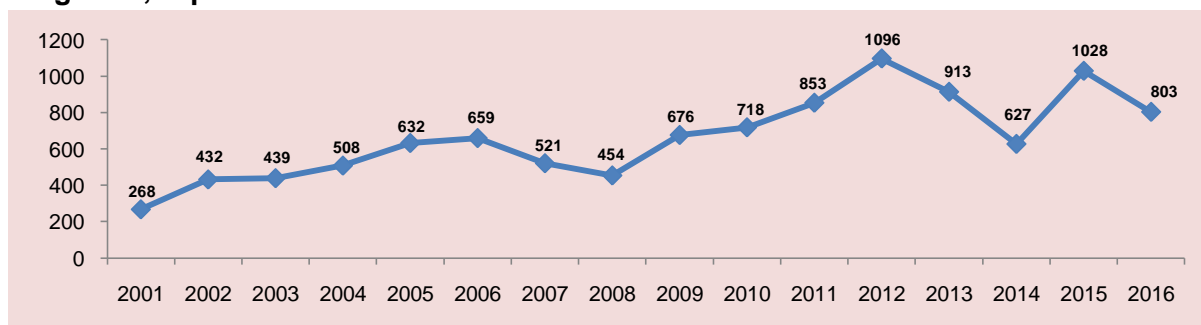
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În ceea ce privește numărul de **minori cercetați** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, cea mai mare valoare s-a înregistrat pe raza de competență a Serviciului Teritorial D.I.I.C.O.T. Ploiești (14), iar cele mai multe **persoane arestate** au fost înregistrate la nivelul structurilor D.I.I.C.O.T. din București (154), Ploiești (85), Structura Centrală (48), Galați și Timișoara (câte 46).

8.2.3. Persoane condamnate⁶¹

În anul 2016, au fost înregistrate **852 persoane condamnate** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor⁶² și NSP⁶³, ceea ce reprezintă 17,64% din numărul total de condamnați definitiv la nivelul tribunalelor, respectiv **2,73% la nivel național**. Numărul persoanelor condamnate pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor a înregistrat o **scădere cu 21,9%** față de anul 2015, fiind condamnate **803 de persoane**, dintre care **798 majore și 5 minore**.

Grafic 8- 13: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2016



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Analiza ultimilor 5 ani (2012-2016) consemnează o tendință oscilantă a acestui indicator, cu cele mai mari valori înregistrate pentru anii 2012 și 2015.

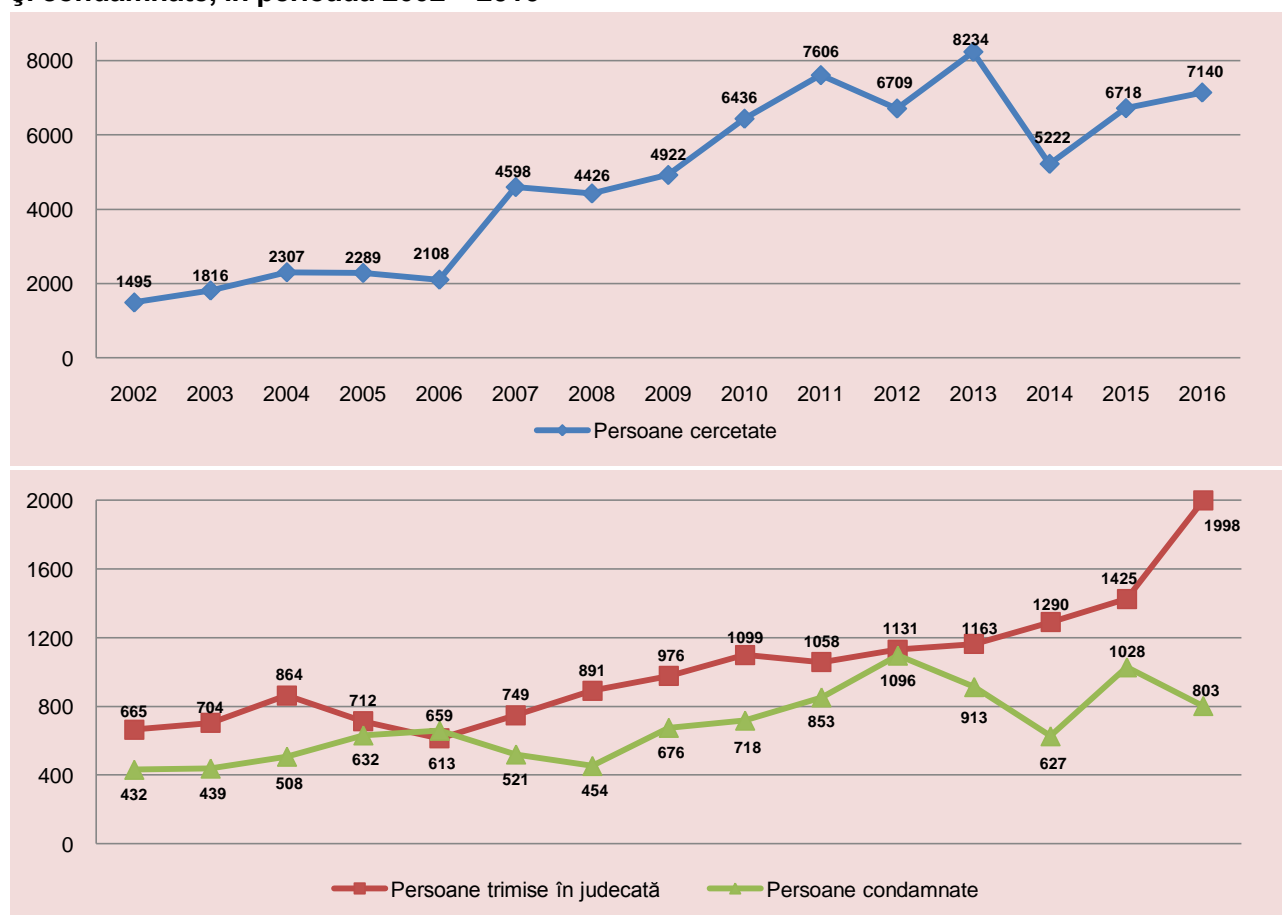
Totodată, analiza comparativă a valorilor aferente indicatorilor privind persoanele cercetate și persoanele trimise în judecată evidențiază, începând cu anul 2014, o tendință în creștere a numărului de persoane cercetate, respectiv cea mai mare valoare înregistrată până în prezent pentru numărul persoane trimise în judecată. Numărul persoanelor cercetate atinge în anul 2016 a treia valoare înregistrată până în prezent, după valorile consemnate în anii 2013 și 2011.

⁶¹ Date statistice furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii

⁶² Prevăzute de Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁶³ 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, republicată

Grafic 8- 14: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2002 – 2016⁶⁴



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 (263), ceea ce reprezintă aproximativ 32,8% din totalul persoanelor condamnate.

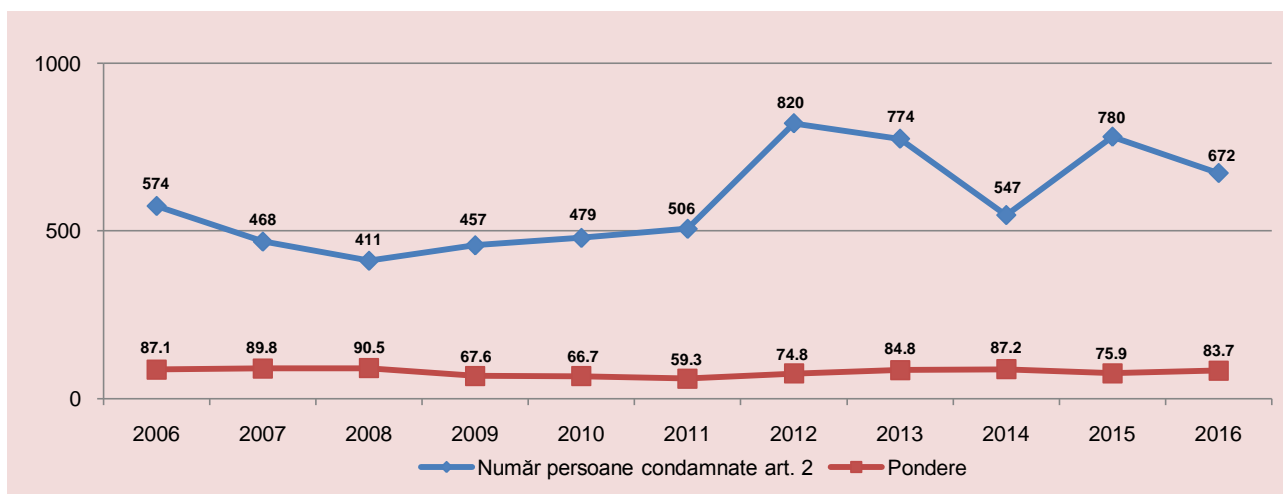
În ceea ce privește **infrațiunea de trafic de droguri**⁶⁵, au fost înregistrate 756 fapte penale având ca obiect, principal sau secundar, acest tip de infrațiune. **Numărul persoanelor condamnate din** dosarele penale în care infrațiunea de trafic de droguri a constituit obiect principal **a scăzut**, de la 780 în anul 2015, la **672 persoane** în anul de referință, dar **proporția** acestuia prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru infrațiuni la regimul drogurilor a înregistrat o **creștere**, de la 75,9% în anul 2015, la **83,7%** în anul 2016. Pentru 84 de persoane, infrațiunea de trafic de droguri a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului.

Analiza în timp a acestui indicator pune în evidență anii 2012 și 2015 cu cele mai mari valori absolute înregistrate în ultimii 10 ani, în timp ce ponderea acestui indicator din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infrațiuni la regimul drogurilor are o tendință oscilantă, cu cele mai mari valori înregistrate în anii 2008, 2007 și 2014.

⁶⁴ Valoarea aferentă indicatorului persoane trimise în judecată pentru anul 2014 include și 45 de acorduri de recunoaștere a vinovăției

⁶⁵ Art. 2 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

Grafic 8- 15: 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, în perioada 2006 – 2016



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Și numărul **minorilor condamnați** pentru acest tip de infracțiune **a scăzut semnificativ**, fiind înregistrați doar **4 minori** condamnați, față de doar 21 minori înregistrați în anul 2015.

La nivel teritorial, cele mai multe persoane condamnate pentru trafic de droguri au fost înregistrate în București (206), Bihor (40), Brașov și Prahova (câte 39) Constanța (32) și Timiș (30). Se observă că Bucureștiul rămâne zona teritorială cu cea mai mare pondere de condamnări pentru trafic de droguri (30,7% în anul 2016) și înregistrează, în anul de referință, o scădere cu 12,7% a valorii acestui indicator (de la 236 persoane în 2015, la 206 în anul 2016).

Pentru infracțiunea de **introducere sau scoatere din țară**, precum și **importul ori exportul de droguri de risc, fără drept**⁶⁶ au fost înregistrate 129 fapte penale. **Numărul persoanelor condamnate** din dosarele penale în care acest tip de infracțiune a constituit obiect principal a înregistrat, de asemenea, o **scădere**, de la 87 persoane în anul 2015 (8,5% din totalul persoanelor condamnate), la **53** persoane înregistrate în anul 2016 (6,6% din totalul persoanelor condamnate). Pentru 76 persoane, acest tip de infracțiune a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului. Cele mai multe persoane condamnate pentru acest tip de infracțiune s-au înregistrat în București (16), Vaslui (7), Timiș (6), Constanța (5).

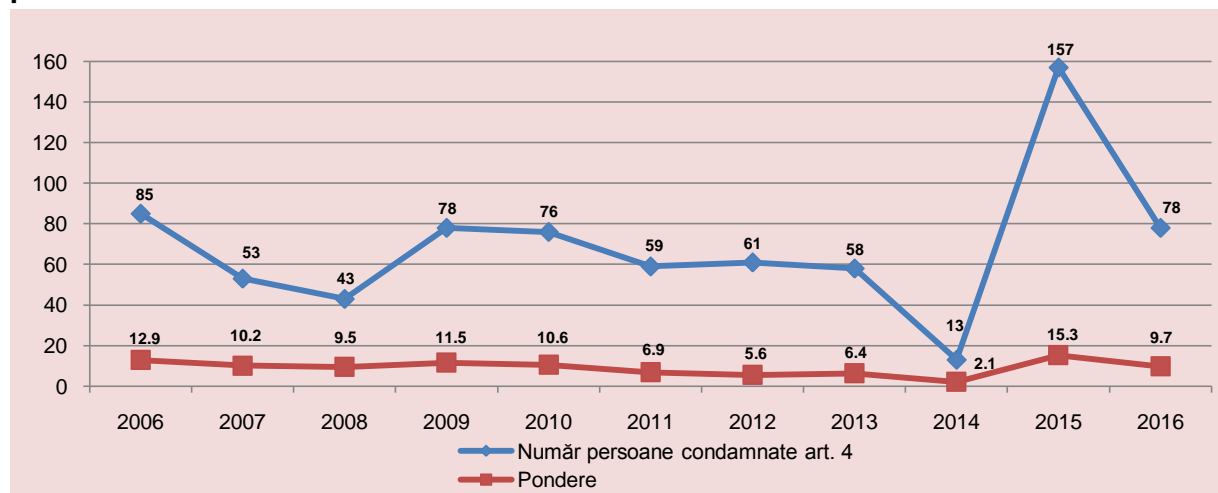
Pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**⁶⁷, au fost înregistrate 322 fapte penale. Numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată pentru acest tip de infracțiune ca obiect principal al dosarului penal a înregistrat o **scădere semnificativă** față de anul 2015 (de la 157 persoane, la **78** în anul 2016). În consecință, și proporția acestei categorii de persoane din totalul persoanelor condamnate **a scăzut la 9,7%** față de anul 2015, când a înregistrat valoarea de 15,3%. Pentru 244 de persoane, acest tip

⁶⁶ Art. 3 din Legea nr. 143/ 2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁶⁷ Art. 4 din Legea nr. 143/ 2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare

de infracțiune a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului. Cele mai multe persoane condamnate pentru acest tip de infracțiune s-au înregistrat în Municipiul București (41 persoane) și în județele Brăila și Botoșani (câte 6), Dolj (5).

Grafic 8- 16: 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, în perioada 2006 – 2016



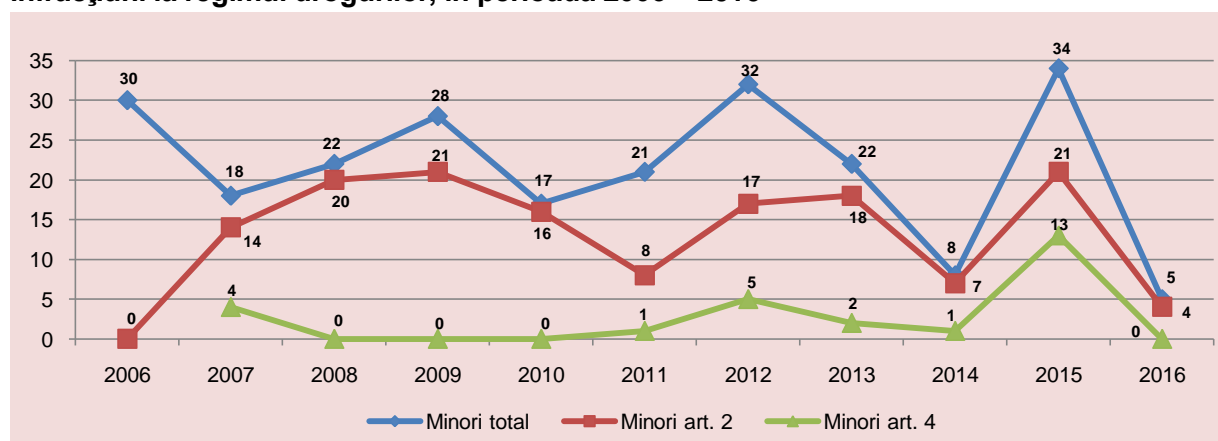
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Față de anul 2015, când **ponderea** persoanelor condamnate pentru deținere de droguri pentru consum propriu a înregistrat o creștere semnificativă, anul 2016 evidențiază o **scădere semnificativă**, a acestui indicator, atât în valoare absolută, cât și procentuală.

Analiza ultimilor 5 ani (perioada 2012-2016) pune în evidență o evoluție oscilantă atât în privința numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/ 2000, cât și a ponderii acestuia prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, cu valori de maxim atinse în anul 2015. Valorile înregistrate în anul 2016, deși în scădere, sunt peste valorile perioadei 2012-2014. Aceeași tendință oscilantă se menține și pentru ultimii 10 ani, cu o evoluție descrescătoare a numărului de persoane condamnate în perioada 2009-2014.

Numărul **minorilor condamnați** pentru infracțiuni la regimul drogurilor înregistrează, de asemenea, o **scădere semnificativă**, de la 34 minori în 2015, la doar **5 minori** în anul de referință. Toate condamnările au avut ca obiect infracțiuni de trafic de droguri. Evoluția de-a lungul ultimilor 10 ani evidențiază o tendință oscilantă, în ușoară creștere, a numărului de minori condamnați pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor.

Grafic 8- 17: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2016



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2016, județele unde au existat **minori condamnați** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor sunt următoarele: Municipiul București, Bihor, Dâmbovița, Galați și Sălaj.

În cursul anului 2016, au fost înregistrate 91 fapte penale incriminate de **Legea 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive**, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată. Pentru 49 de persoane condamnările au vizat infracțiuni incriminate de acest act normativ ca obiect principal al dosarului penal, iar pentru 42, ca obiect secundar cu raportare la obiectul principal a dosarului. Din cele 49 persoane condamnate, două au fost minore. Cele mai multe condamnări s-au înregistrat în județele Prahova (15 din care un minor), Cluj (8 din care un minor), Tulcea (7), Vâlcea (6).

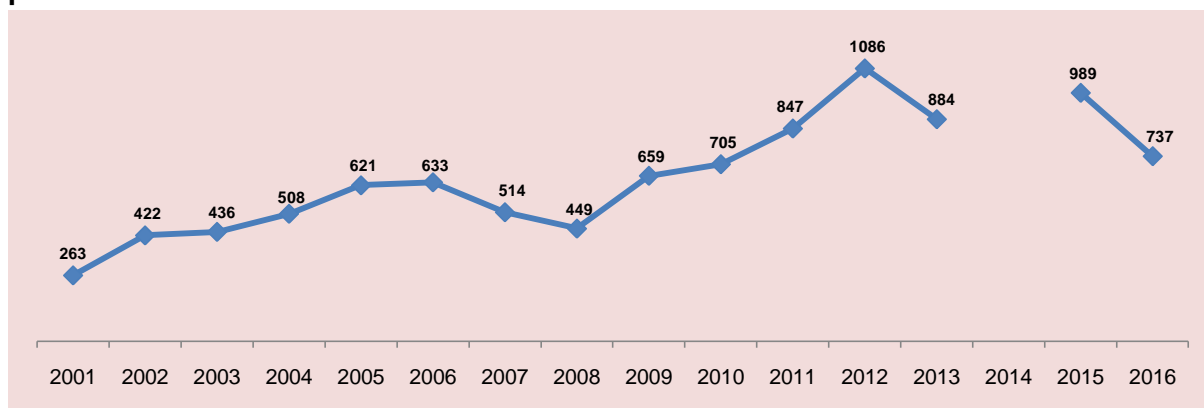
8.2.4. Pedepse aplicate⁶⁸

La fel ca și în anii precedenți, în cursul anului 2016, instanțele de judecată au aplicat cu **precădere pedeapsa închisorii** pentru infracțiunile săvârșite la regimul drogurilor. Astfel, din totalul celor 803 persoane condamnate, 737 de persoane au primit pedeapsa închisorii, pentru 23 de persoane a fost aplicată amenda penală, 38 de persoane au primit amânarea executării pedepsei⁶⁹, iar în cazul celor 5 minori condamnați au fost aplicate măsuri educative neprivative de libertate.

⁶⁸ 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

⁶⁹ Conform prevederilor art. 83 din N.C.P. amânarea aplicării pedepsei poate fi aplicată persoanelor pentru care pedeapsa stabilită de instanță, inclusiv în cazul concursului de infracțiuni, este amenda sau închisoarea de cel mult 2 ani

Grafic 8- 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2016



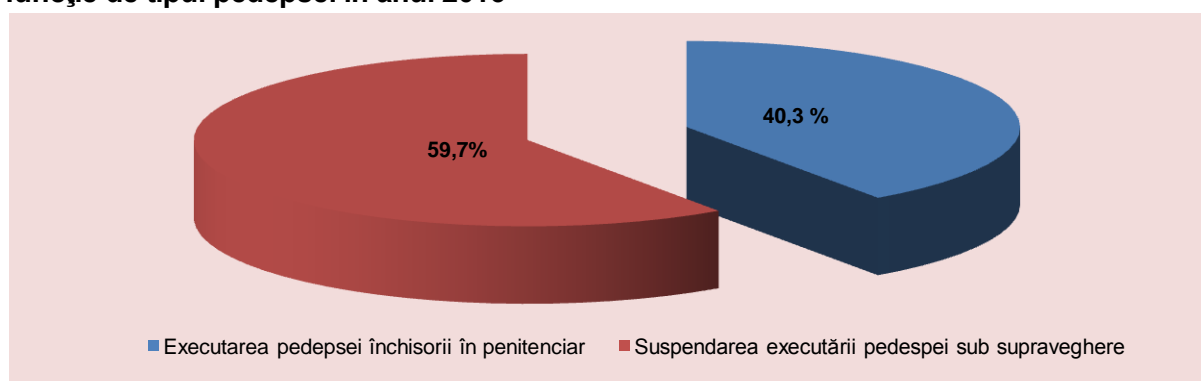
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2016, se constată o **tendință de scădere** a numărului total de persoane condamnate la **pedeapsa închisorii**, în timp ce numărul persoanelor cărora li s-a aplicat amenda penală pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor rămâne constant.

Analiza în timp a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii pentru infracțiunile săvârșite la regimul drogurilor pune în evidență două perioade de timp cu evoluție ascendentă, și anume perioadele anilor 2001-2006 și 2008-2012. Se constată că perioada ultimilor 5 ani consemnează pentru acest indicator cele mai mari valori înregistrate până în prezent, cu un maxim atins în anul 2012.

Din totalul celor 737 de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, 297 persoane (40,3%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar și 440 de persoane (59,7%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea executării acesteia sub supraveghere.

Grafic 8- 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei în anul 2016

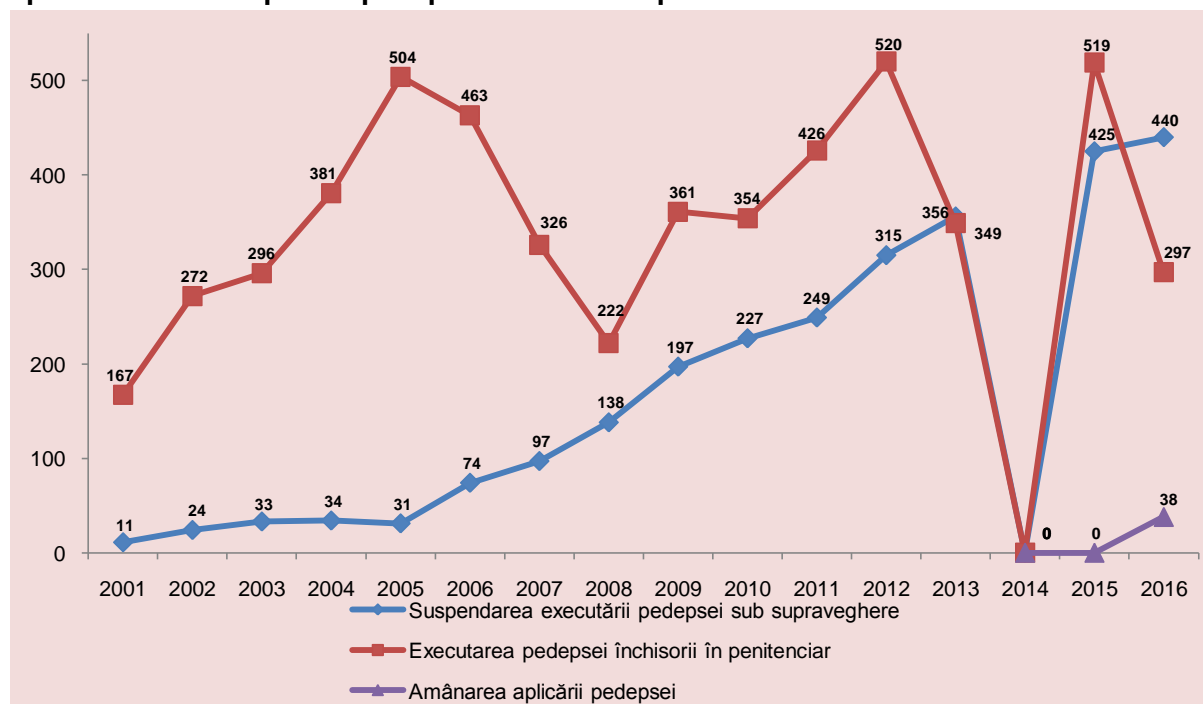


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește aplicarea pedepselor pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, se constată că, în anul 2016, instanțele de judecată au aplicat cu **precădere pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere** a acesteia, spre deosebire de anul precedent când a fost aplicată cu precădere pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar.

Cu excepția anului 2014⁷⁰, analiza în timp a aplicării pedepselor consemnează o tendință ascendentă în ceea ce privește aplicarea suspendării executării pedepsei sub supraveghere și o tendință oscilantă pentru aplicarea pedepsei închisorii cu executare în penitenciar.

Grafic 8- 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea executării sub supraveghere și pentru care s-a aplicat amânarea aplicării pedepsei închisorii în perioada 2001 – 2016



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește aplicarea pedepselor în funcție de tipul infracțiunii, situația se prezintă astfel:

- Pentru **trafic de droguri**⁷¹ instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 230 persoane (34,22%) din cele 672 condamnate, ceea ce reprezintă o scădere de 45,1% comparativ cu anul 2015, când au fost înregistrate 419 astfel de cazuri, dintr-un total de 780 persoane. Pentru 402 persoane (**59,82%**) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, iar pentru 17 persoane a fost aplicată amenda penală. Pentru 19 persoane instanța a hotărât amânarea executării pedepsei. Pentru 4 minori au fost aplicate măsuri neprivative de libertate;
- Pentru **trafic internațional de droguri**⁷² instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 43 de persoane (**81,13%**) din cele 53 condamnate, ceea ce reprezintă o **scădere** de 18,87% comparativ cu anul 2015, când au fost înregistrate 53 astfel de cazuri, dintr-un total de 87 persoane. Doar pentru 9 persoane (**16,98%**) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**. Pentru un minor au fost aplicate măsuri neprivative de libertate;

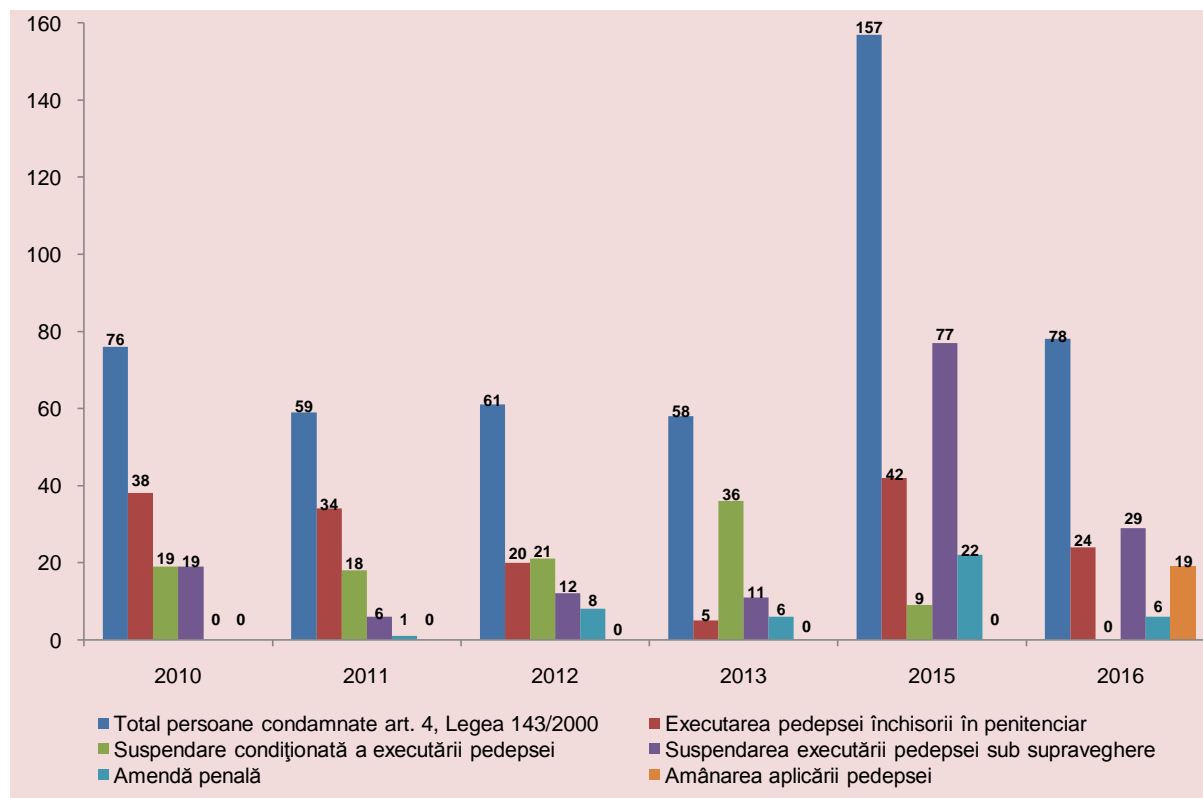
⁷⁰ Datele privind pedepsele aplicate în anul 2014 nu au putut fi defalcate din cauza sincopelor apărute ca urmare a intrării în vigoare a noii legislații penale și a implementării sistemului ECRIS la nivelul tribunalelor teritoriale

⁷¹ Art.2 din Legea nr.143/2000

⁷² Art.3 din Legea nr.143/2000

- Pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**⁷³, instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 24 persoane (**30,8%**) din cele 78 condamnate, ceea ce reprezintă o **scădere** de 42,9% comparativ cu anul 2015, când au fost înregistrate 42 astfel de cazuri, dintr-un total de 157 de persoane. Pentru 29 persoane (**37%**) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, în timp ce, pentru 19 persoane (**24%**) instanța a hotărât **amânarea executării pedepsei**. Totodată, se constată și o scădere a numărului de amenzi penale aplicate, de la 22 amenzi în anul 2015, la 6 în anul de referință.

Grafic 8- 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/ 2000, în perioada 2010 – 2016⁷⁴



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

- Pentru infracțiunile prevăzute de **Legea 194/2011**, instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 13 persoane (**26,53%**) din cele 49 condamnate. Pentru 30 persoane (**61,22%**) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, iar pentru 4 persoane a fost aplicată amenda penală. Pentru 2 minori au fost aplicate măsuri neprivative de libertate.

8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri

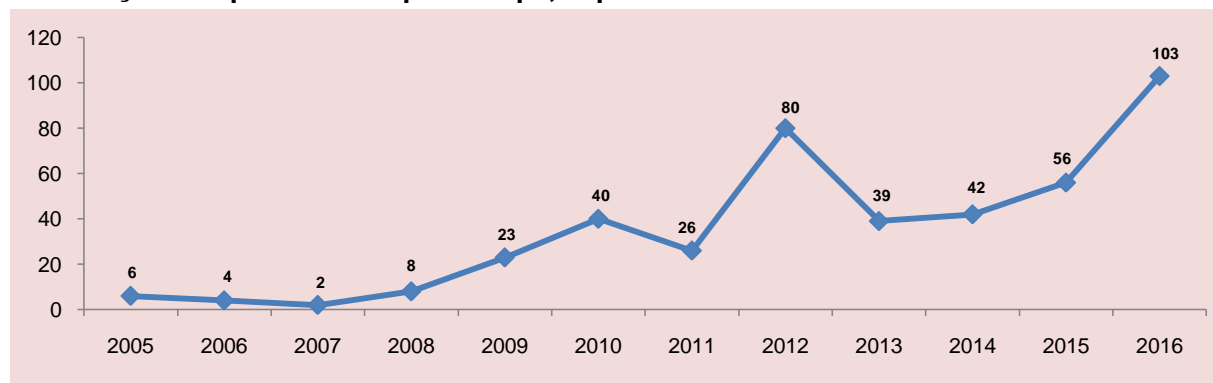
Potrivit datelor furnizate de către Direcția Rutieră din cadrul I.G.P.R., în cursul anului 2016, la nivelul întregii țări, au fost constatate **104 infracțiuni la regimul conducerii unui vehicul sub influența substanțelor psihoactive**, conform prevederilor art. 336 alin. (2) din Noul Cod Penal. Astfel, au fost depistate în trafic **103 de persoane** care au condus autovehicule

⁷³ Art.4 din Legea 143/2000

⁷⁴ Datele privind pedepsele aplicate în anul 2014 nu au putut fi defalcate din cauza sincopelor apărute ca urmare a intrării în vigoare a noii legislații penale și a implementării sistemului ECRIS la nivelul tribunalelor teritoriale

sub influența unor substanțe sau produse stupefiante⁷⁵, valoare în **creștere** (de 1,8 ori) comparativ cu valoarea înregistrată în anul 2015. Cel mai mare număr de conducători auto depistați în trafic a fost înregistrat pe raza Municipiului București (27) și pe raza județului Timiș (26). De asemenea, au fost înregistrate cazuri și pe raza județelor: Cluj (5), Iași (4), Călărași, Constanța, Maramureș, Suceava (câte 3), Caraș Severin, Dolj, Giurgiu, Harghita, Ilfov, Mureș, Prahova, Sălaj (câte 2), Bacău, Bihor, Botoșani, Brașov, Covasna, Dâmbovița, Hunedoara, Ialomița, Mehedinți, Olt, Sibiu, Vaslui și Vrancea (câte 1). Totodată, la nivelul întregii țări au fost constatate un număr de 104 infracțiuni la regimul conducerii unui vehicul sub influența substanțelor psihoactive, conform prevederilor art. 336 alin. (2) din Noul Cod Penal.

Grafic 8- 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2016



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 Rețineră și Arestare Preventivă nr. 1⁷⁶ al Serviciului de Rețineră 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 26,3%, de la 468 persoane în anul 2015, la 591 persoane în anul 2016 (546 bărbați și 45 femei);
- **Infracțiunile contra patrimoniului** rămân și în anul 2016 pe **primul loc** în rândul infracțiunilor săvârșite de persoanele consumatoare de substanțe stupefiante sau psihoactive, numărul lor fiind în **creștere** cu 39,7% (de la 340 în anul 2015, la 475 în anul 2016), comparativ cu anul precedent. Ponderea acestor infracțiuni este de 80,4% din totalul infracțiunilor săvârșite, cel mai mare număr fiind înregistrat pentru infracțiunile de furt și furt calificat (405) și tâlhărie (70);
- **Infracțiunile de trafic de droguri** înregistrează din punct de vedere numeric o creștere față de anul 2015 (76 față de 74), ocupând în continuare **poziția secundă**. Cu toate acestea, în anul 2016, **ponderea** acestor infracțiuni din totalul infracțiunilor înregistrate la nivelul Centrului de Rețineră și Arestare Preventivă este de 12,9%, în **scădere** față de valoarea înregistrată în anul 2015 (15,8%).

⁷⁵ Datele provin din controalele inopinate efectuate în trafic de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere

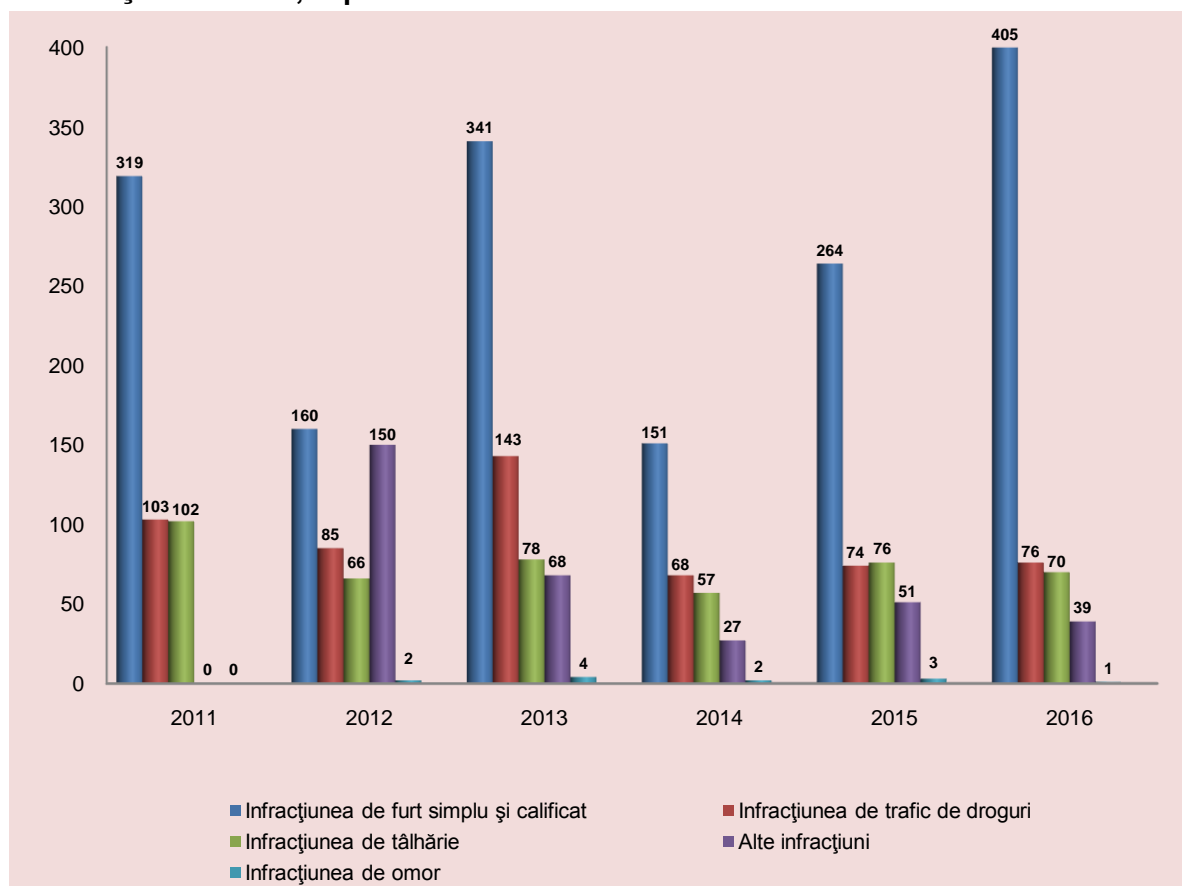
⁷⁶ În Municipiul București, persoanele care se declară consumatoare de droguri sunt încarcerate doar în Centrul de Rețineră și Arestare Preventivă nr. 1.

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 – 2016

Tipul de infracțiune	Număr de persoane										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	278	323	378	221	414	319	160	341	151	264	405
Infracțiunea de trafic de droguri	224	217	183	264	303	103	85	143	68	74	76
Infracțiunea de tâlhărie	47	112	125	100	119	102	66	78	57	76	70
Infracțiunea de omor	6	2	1	0	0	0	2	4	2	3	1
Infracțiunea de vătămare corporală	1	0	3	0	0	0	n/a.	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	n/a
Infracțiunea de distrugere	1	0	4	0	0	0	n/a.	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	n/a
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	1	0	3	0	0	0	n/a.	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	39

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 – 2016



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 2016, a înregistrat o ușoară **creștere** (cu 5,8%) comparativ cu anul 2015. Astfel, la data de 31 decembrie 2016, în unitățile de detenție ale Administrației Naționale a Penitenciarelor, se aflau 1303 persoane condamnate definitiv pentru infracțiuni la regimul drogurilor, față de 1231 persoane înregistrate în anul 2015.

În anul de referință, au fost **liberate condiționat** 461 persoane aflate în executarea pedepselor pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/ 2000, înregistrându-se astfel o **creștere minoră**, comparativ cu anul precedent (451 persoane). De asemenea, au fost puse în libertate, la termen, 16 persoane condamnate definitiv pentru comiterea de infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/ 2000, față de 25 persoane liberate la termen în anul 2015.

Și numărul persoanelor condamnate definitiv, aflate în **detenție** la data de 31 decembrie 2016, 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 (NSP), a înregistrat o **creștere**, de la 22 de persoane în 2015, la 49 în anul de referință.

Pe parcursul anului 2016, au fost **liberate condiționat** 25 persoane aflate în executarea pedepselor pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 194/ 2011, înregistrându-se o

creștere comparativ cu anul 2015, când au fost liberate condiționat 17 persoane. Totodată, au fost puse în libertate, la termen, 2 persoane condamnate definitiv pentru comiterea de infracțiuni prevăzute de aceeași lege.

8.2.7 Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune

Din datele furnizate de către Direcția Probațiune din cadrul Ministerului Justiției rezultă faptul că, în anul 2016, au fost întocmite 240 referate/ rapoarte de evaluare pentru persoanele cercetate/ sancționate pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (dintre care 202 majori și 38 minori). De asemenea, au mai fost întocmite și 27 referate/ rapoarte de evaluare pentru persoanele cercetate/ sancționate pentru săvârșirea la Legea nr. 194/ 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare (dintre care 15 majori și 12 minori).

În anul 2016, persoanelor aflate în **supraveghere** care au săvârșit infracțiuni prevăzute de **Legea nr. 143/ 2000** privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri le-au fost aplicate următoarele măsuri:

- pentru 7 minori instanțele de judecată au dispus participarea la un stagiul de formare civică, conform prevederilor N.C.P. art. 117;
- pentru 15 minori instanțele de judecată au dispus măsura supravegherii, conform prevederilor N.C.P. art. 118;
- pentru 20 minori instanțele de judecată au dispus măsura asistării zilnice, conform prevederilor N.C.P. art. 120;
- pentru 1 minor instanțele de judecată au dispus măsura liberării din centrul educativ/de detenție, conform prevederilor N.C.P. art. 124;
- pentru 1243 persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, conform prevederilor N.C.P. art. 91;
- pentru 31 persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată amânarea aplicării pedepsei, conform prevederilor N.C.P. art. 83;
- pentru 3 persoane majore instanțele de judecată au dispus înlocuirea obligației de plată a amenzii neexecutate cu obligația de a presta o muncă neremunerată în folosul comunității, conform prevederilor N.C.P. art. 64;
- pentru o persoană majoră a fost dispusă de către instanțele de judecată liberarea condiționată, conform prevederilor N.C.P. art. 99.

De asemenea, în anul 2016, persoanelor aflate în **supraveghere** ce au săvârșit 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 le-au fost aplicate următoarele măsuri:

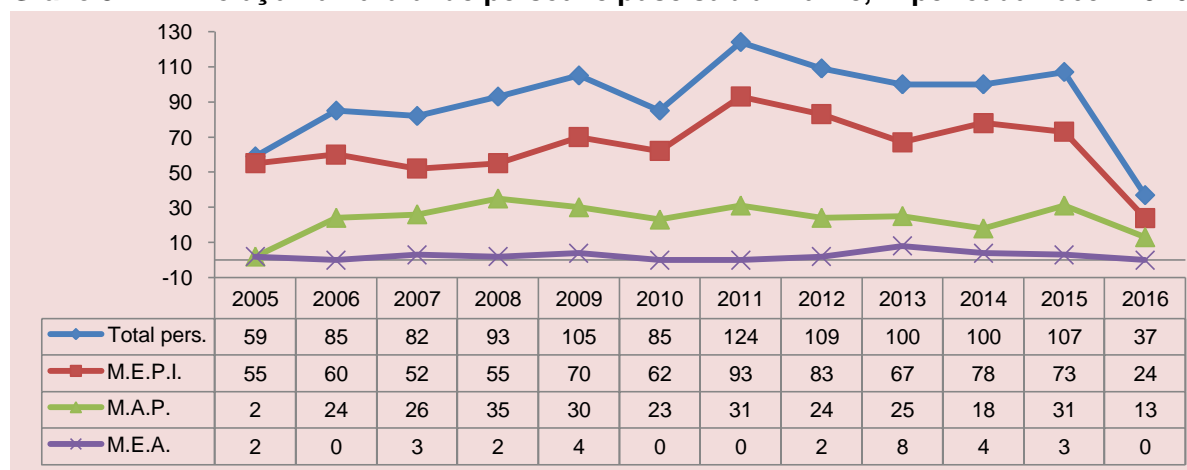
- pentru 5 minori instanțele de judecată au dispus măsura supravegherii, conform prevederilor N.C.P. art. 118;
- pentru 3 minori instanțele de judecată au dispus măsura asistării zilnice, conform prevederilor N.C.P. art. 120;
- pentru 24 persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, conform prevederilor N.C.P. art. 91;

- pentru o persoană majoră a fost dispusă de către instanțele de judecată amânarea aplicării pedepsei, conform prevederilor N.C.P. art. 83;
- pentru o persoană majoră instanțele de judecată au dispus înlocuirea obligației de plată a amenzii neexecutate cu obligația de a presta o muncă neremunerată în folosul comunității, conform prevederilor N.C.P. art. 64.

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 2016, numărul persoanelor puse sub urmărire a înregistrat o **scădere** cu 65,4%, comparativ cu anul 2015. Astfel, comparativ cu anul 2015, au fost emise mai puține mandate de arestare preventivă (M.A.P.) și mandate de executare a pedepsei închisorii (M.E.P.I.) și nu au fost emise mandate europene de arestare (M.E.A.).

Grafic 8- 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2016



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 2016, **57 de cetățeni** au făcut obiectul **procedurilor de cooperare judiciară internațională în materie penală** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, astfel: predare (41) și transfer (16). Dintre aceștia, 15 cetățeni români au fost predați în România din Statele Membre ale Uniunii Europene în baza mandatelor europene de arestare, iar 26 persoane au fost predate din țara noastră autorităților din alte state. Față de anul 2015 (când 2 cetățeni români au fost extrădați în România), în cursul anului 2016, **nu au fost înregistrate cazuri de extrădare** către autoritățile din alte state sau cazuri de persoane extrădate în România.

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 16 persoane, din care 12 cetățeni români și 4 cetățeni străini. În ceea ce privește cetățenii străini, aceștia au fost transferați către Germania (2 cetățeni), Olanda (1 cetățean) și Danemarca (1 cetățean).

8.3. INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL REGIONAL

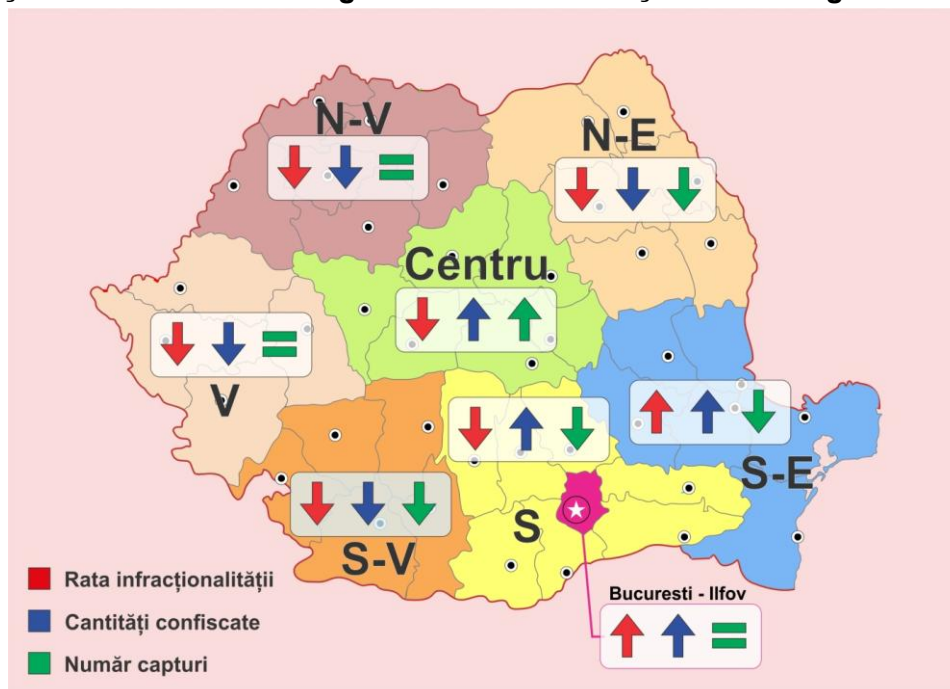
Analiza la nivel regional a principalilor indicatori din domeniul reducerii ofertei de droguri aferenți anului 2016⁷⁷ a relevat următoarele:

- **Capturi de droguri:**
 - Cele mai multe **capturi semnificative** au fost realizate în **Regiunea București – Ilfov** (28 de capturi - fiind identificate majoritatea tipurilor de droguri) **Regiunea Centru** (17 capturi) și **Regiunea Vest** (16 capturi);
 - **Creșteri** ale numărului de capturi au fost înregistrate în **Regiunile Sud-Vest și Centru. Regiunile Nord-Est, Sud-Est și Sud** consemnează o **scădere** a valorii acestui indicator, în timp ce Regiunile București – Ilfov, Vest și Nord-Vest prezintă o constanță a valorilor față de anul precedent;
 - Cele mai mari **cantități de droguri confiscate** s-au înregistrat pe raza județelor Ialomița, Constanța și a municipiului București, în **Regiunea Sud** – 2611,27 kg (2601,65 kg masă plante de cannabis, 9,22 kg cannabis iarbă și 0,4 kg cocaină) și în **Regiunea Sud – Est** – 2347,46 kg de droguri (2307,95 kg cocaină, 38,42 kg cannabis iarbă, fragmente vegetale cu THC și masă plante cannabis și 1,09 kg heroină);
 - Cele mai multe **comprimate confiscate** s-au înregistrat în **Regiunea Centru** – 5179 comprimate, din care 4234 comprimate MDMA, 440 comprimate benzodiazepine (alprazolam) și 505 comprimate derivați ai amfetaminei. Cele mai mari cantități de droguri au fost confiscate;
 - **Creșteri** ale cantităților de droguri confiscate au fost înregistrate în **Regiunile București – Ilfov, Sud – Est, Sud și Centru;**
 - **Cele mai răspândite** capturi sunt cele de **cannabis** (în toate regiunile) și cele de **MDMA** (toate regiunile cu excepția Regiunilor Sud și Sud-Vest, unde sunt prezente capturi de cocaină);
 - Capturi de **heroină** au fost realizate doar în **Regiunea S-E;**
 - Capturi de **amfetamină și LSD** au fost realizate doar în Regiunea Vest, pe raza **județului Timiș** fiind consemnate 1,2 kg amfetamină provenind din 2 capturi, și de 900 de doze **LSD;**
 - Capturi de **derivați de amfetamină** au fost realizate doar în **Regiunea Centru;**
 - Cea mai mare cantitate de **masă plante de cannabis** a fost capturată pe raza județului **Ialomița** (2600 kg);
 - Cea mai mare cantitate de **rezină de cannabis** a fost capturată pe raza **județului Vaslui (27,75 kg);**
 - Cea mai mare cantitate de **cannabis iarbă** (34,08 kg provenind din 6 capturi) a fost capturată pe raza **municipiului București**, iar cea mai mare cantitate de **fragmente vegetale cu THC** (36,14 kg) pe raza **județului Bihor;**
 - Cea mai mare cantitate de **cocaină** a fost capturată pe raza județului **Constanța** (2307,95 kg reprezentând cea mai mare captură semnificativă de cocaină realizată până în prezent în România);
 - Cele mai mari cantități de **MDMA** au fost capturate pe raza **județului Brașov** (4234 comprimate) și pe raza municipiului **București** (2500 comprimate);

⁷⁷ Analiza s-a realizat pe baza datelor privind: hotărârile judecătorești rămase definitive în anul 2016 aflate în evidența Agenției Naționale Antidrog în temeiul prevederilor Legii 381/ 2004, numărul de persoane condamnate la regimul drogurilor (date furnizate de către C.S.M.) și capturi semnificative de droguri realizate de structurile antidrog (date furnizate de structurile D.C.C.O.)

- Cele mai mari cantități de **metadonă** au fost capturate pe raza municipiului **București** (656 comprimate);
- Cele 7 capturi semnificative de **khat** au fost realizate pe raza municipiului **București** (453,96 kg).

Harta 8- 1: Situația la nivel teritorial a infraționalității la regimul drogurilor și a capturilor și cantităților semnificative de droguri realizate de formațiunile antidrog



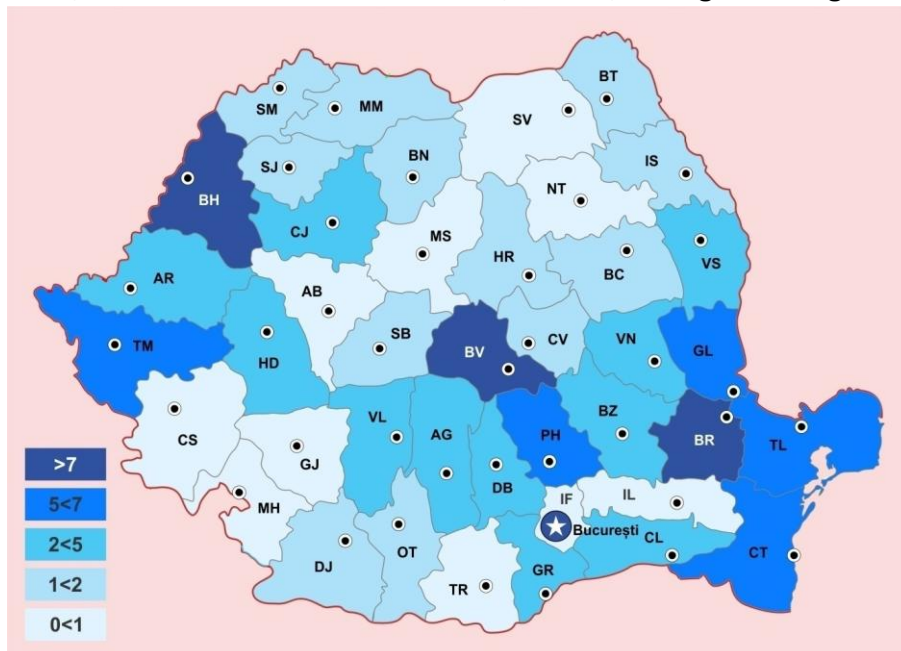
Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

- **Infraționalitatea:**

- **Regiunile București – Ilfov și Sud - Est** prezintă **cele mai ridicate** rate ale infraționalității la regimul drogurilor, înregistrând o **creștere** față de anul precedent, în timp ce toate celelalte regiuni consemnează valori în scădere a acestui indicator;
- Cea mai ridicată valoare a **ratei infraționalității**⁷⁸ la regimul drogurilor o înregistrează municipiul București (13,96), urmat de județul Brăila (8,09), județul Brașov (7,83), județul Bihor (7,3) județul Timiș (5,71), județul Constanța (5,7) și județul Prahova (5,24).

⁷⁸ Calculul ratei infraționalității 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>

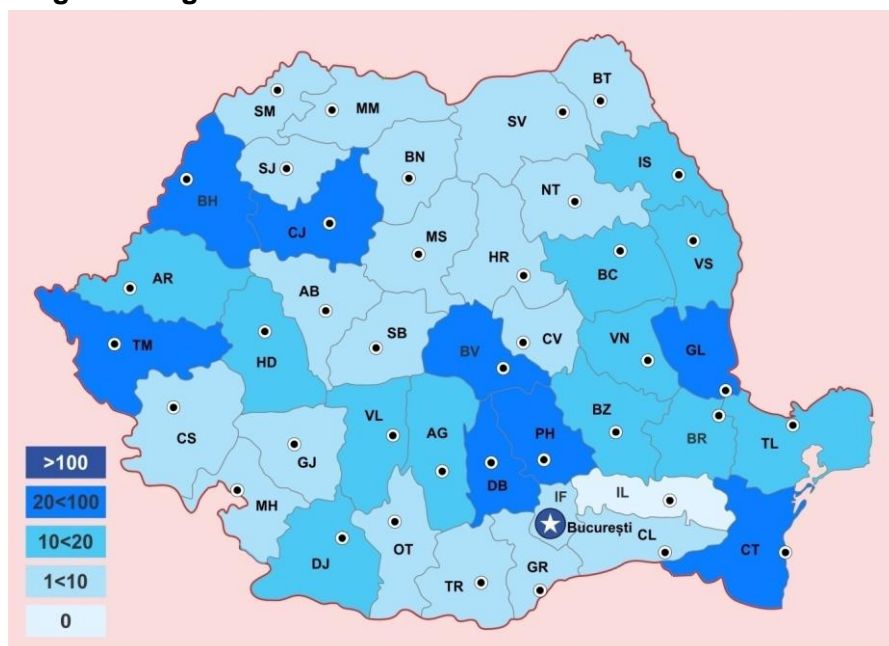
Harta 8- 2: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității la regimul drogurilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

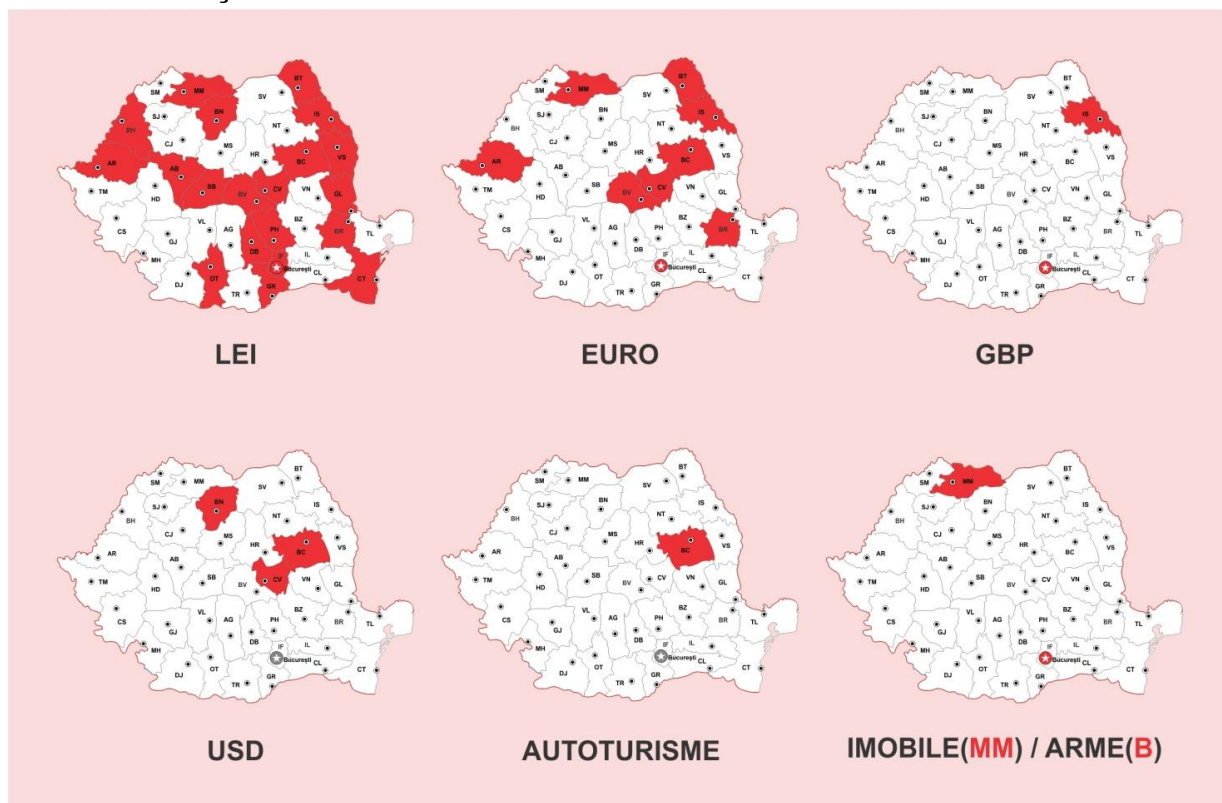
- **Regiunea București - Ilfov** rămâne regiunea cu cel mai mare număr de **persoane condamnate** (263 persoane) fiind urmată de județele Bihor (42 de persoane), Brașov și Prahova (câte 40 de persoane) și Constanța și Timiș (câte 39 de persoane).

Harta 8- 3: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Harta 8- 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

Analiza **bunurilor confiscate** prin hotărâri judecătorești rămase definitive, în cursul anului 2016 comparativ cu anul 2015 a relevat următoarele aspecte:

- S-a redus numărul județelor în care au fost confiscate **bunuri relevante** (imobile, autoturisme, arme de foc), de la 11 județe în anul 2015, la doar 3 județe în anul 2016 (**Maramureș, Bacău și municipiul București**);
- Dacă în anul 2015, măsuri de confiscare care au vizat **arme de foc** au fost consemnate în 9 județe, în anul de referință acestea au fost dispuse doar în **municipiul București**;
- **Sume confiscate:**
 - Valoarea în **lei** a sumelor confiscate (1.583.374 lei) a **scăzut** față de anul 2015 (1.727.455 lei confiscați), măsuri de confiscare fiind dispuse în municipiul București și pe raza județelor Alba, Arad, Bistrița Năsăud, Bacău, Bihor, Botoșani, Brăila, Brașov, Constanța, Covasna, Dâmbovița, Galați, Giurgiu, Iași, Ilfov, Maramureș, Olt, Prahova, Sibiu și Vaslui;
 - Valoarea în **euro** a sumelor confiscate (124.742 euro) a **crescut** față de anul 2015 (38.855 Euro confiscați), măsuri de confiscare fiind dispuse în municipiul București și pe raza județelor Arad, Bacău, Botoșani, Brăila, Brașov, Covasna, Iași și Maramureș;
 - Valoarea în **USD** a sumelor confiscate (1.160 USD) a **scăzut** față de anul 2015 (2.000 euro confiscați), măsuri de confiscare fiind în județele Bistrița Năsăud, Bacău și Covasna;
 - Valoarea în **GBP** a sumelor confiscate (650 GBP) a **crescut** față de anul 2015 (65 GBP confiscați), măsuri de confiscare fiind în municipiul București și pe raza județului Iași;

- **Imobile** au fost **confiscate** în județul **Maramureș** (1 imobil);
- **Autoturisme confiscate** au fost consemnate doar pe raza județului Bacău în anul 2016, față de anul 2015 când această măsură a fost dispusă atât în municipiul București, cât și pe raza județelor Arad, Hunedoara și Gorj. În anul 2016, numărul autoturismelor confiscate a scăzut (de la 5 în 2015 la doar 2 în 2016).

REGIUNEA BUCUREȘTI – ILFOV

Regiunea București – Ilfov rămâne în continuare cu cea mai ridicată **rată a infracționalității** la regimul drogurilor (11,71 infracțiuni la regimul drogurilor la 100000 locuitori), fiind o zonă de interes pentru traficul de droguri, indiferent de tipul acestora. Astfel, în cursul anului 2016, 266 persoane au fost condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în **ușoară creștere** față de anul precedent. Tribunalele București și Ilfov au comunicat Agenției Naționale Antidrog, potrivit prevederilor legale, un număr 93 hotărâri judecătorești definitive, pronunțate în anul 2016, în 45 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării de bunuri și valori astfel:

- **338.261 lei, 26247 euro, 800 USD și 100 GBP;**
- **o armă de foc.**

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, numărul capturilor semnificative la nivelul regiunii se menține constant, în timp ce cantitatea de droguri confiscate înregistrează o creștere semnificativă, fiind realizate **28 de capturi semnificative** în cantitate totală de **492,75 kg și 3653 comprimate** astfel:

- heroină – 2,38 kg provenind din 5 capturi;
- cocaină – 0,12 kg provenind dintr-o singură captură;
- canabis iarbă – 34,08 kg provenind din 6 capturi;
- masă plante de canabis – 1,18 kg provenind dintr-o singură captură;
- frunze de coca – 0,31 kg provenind dintr-o singură captură;
- khat – 453,96 kg provenind din 7 capturi;
- câte o captură de opiu – 0,54 kg și amfetamină – 0,18 kg.
- metadonă – 656 comprimate provenind din 2 capturi;
- MDMA – 2997 comprimate provenind din 3 capturi.

REGIUNEA NORD – EST (Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui)

În anul 2016, la nivelul acestei regiuni, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 1,64 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 54 persoane, valori în **scădere** față de anul 2015. Din cele 41 hotărâri judecătorești definitive, înregistrate pentru această regiune în evidența Agenției Naționale Antidrog, 19 - conțin măsuri de confiscare a sumelor de 416.187 lei, 3895 euro, 10 USD și 550 GBP și 2 autoturisme (1 BMW 730 D și 1 AUDI Q7).

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul acestei regiuni au fost realizate **11 capturi semnificative** totalizând **49,40 kg și 865 comprimate**, valori în **scădere** față de anul precedent, astfel:

- canabis iarbă – 6,96 kg provenind din 2 capturi, rezină de canabis – 28,91 kg provenind din 2 capturi, fragmente vegetale cu THC – 7,78 kg provenind din 2 capturi și masă plante de canabis – 5,75 kg provenind din 4 capturi;

- o captură de MDMA – 865 comprimate.

REGIUNEA SUD – EST (Județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea)

În anul 2016, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 5,11 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 130 de persoane, valori în **ușoară creștere** față de anul precedent. Evidența Agenției Naționale Antidrog consemnează 108 hotărâri judecătorești definitive pronunțate în această regiune, în 36 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 24612 lei și 66360 euro.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, la nivelul regiunii se înregistrează o **scădere a numărului de capturi** semnificative, dar o **creștere semnificativă a cantității** de droguri confiscate, fiind realizate **9 capturi semnificative** totalizând **2347,46 kg** și **1584 comprimate**, astfel:

- cocaină – 2307,95 kg provenind dintr-o singură captură;
- canabis iarbă – 27,76 kg provenind din 2 capturi, fragmente vegetale cu THC provenind – 2,67 kg dintr-o singură captură și masă plante de canabis – 28 de kg provenind din 2 capturi;
- heroină – 1,08 kg provenind din 2 capturi;
- o captură de MDMA – 584 comprimate.

REGIUNEA SUD (Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman)

În anul 2016, la nivelul acestei regiuni **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 3 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 94 de persoane, valori în **scădere** față de cele înregistrate în anul 2015. În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate 71 hotărâri judecătorești definitive, în 22 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 304.668 lei.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, la nivelul regiunii se înregistrează o **scădere a numărului de capturi** semnificative, dar o **creștere semnificativă a cantității** de droguri confiscate, fiind realizate **7 capturi semnificative** totalizând **2611,27 kg** astfel:

- canabis – canabis iarbă 9,22 kg provenind din 4 capturi și masă plante de canabis – 2601,65 kg provenind din 2 capturi;
- o captură de cocaină – 0,4 kg.

REGIUNEA SUD – VEST (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea)

În anul 2016, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 2,02 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 42 de persoane, valori în **scădere** față de anul 2015. 3 din cele 11 hotărâri judecătorești definitive, comunicate Agenției Naționale Antidrog de către cele 5 tribunale ale regiunii, prevăd măsura confiscării pentru 4550 lei.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, la nivelul regiunii se înregistrează o **scădere atât a numărului de capturi** semnificative, dar o **scădere a cantității de droguri** confiscate, fiind realizate **7 capturi semnificative** totalizând **30,07 kg** și **365 comprimate**, astfel:

- canabis iarbă – 12,29 kg provenind din 2 capturi, fragmente vegetale cu THC provenind – 2 kg dintr-o singură captură și masă plante de canabis – 15,5 de kg provenind din 2 capturi;
- câte o captură de cocaină (0,28 kg) și codeină (365 comprimate).

REGIUNEA VEST (Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș)

În anul 2016, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 4,05 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 74 de persoane, valori **în scădere semnificativă** față de anul 2015. Din cele 33 de hotărâri judecătorești definitive comunicate Agenției Naționale Antidrog, în 15 dintre acestea a fost dispusă măsura confiscării pentru 16.887 lei și 1.650 euro.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, se înregistrează o **scădere semnificativă a cantității de droguri** confiscate cu **menținerea numărului de capturi**, fiind realizate **16 capturi semnificative** totalizând **49 kg și 1884 comprimate**, astfel:

- cocaină – 11,8 kg provenind din 3 capturi;
- canabis iarbă – 9,91 kg provenind dintr-o singură captură și fragmente vegetale cu THC – 26,17 kg provenind din 5 capturi;
- amfetamină – 1,02 kg, provenind din 2 capturi;
- MDMA – 1884 comprimate, provenind din 3 capturi.
- câte o captură de ciuperci halucinogene (0,1 kg) și LSD (900 de doze).

REGIUNEA NORD – VEST (Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj)

În anul 2016, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 3,12 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 81 de persoane, valori **în ușoară scădere** față de anul 2015. În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate 42 de hotărâri judecătorești definitive, în 26 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 144422 lei, 310 euro, 300 USD și un imobil (localitatea Rușor, jud. Maramureș).

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, **numărul capturilor semnificative** la nivelul regiunii se menține **constant**, în timp ce **cantitatea de droguri confiscate** înregistrează o **scădere**, fiind realizate **14 capturi semnificative**, totalizând **126,12 kg și 257 comprimate**, astfel:

- canabis iarbă – 5,72 kg provenind din 2 capturi, masă plante de canabis – 80,63 kg provenind din 9 capturi și fragmente vegetale cu THC – 39,77 kg provenind din 2 capturi;
- MDMA – 257 comprimate, provenind dintr-o singură captură.

REGIUNEA CENTRU (Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu)

În anul 2016, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 2,63 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 62 persoane, valori **în scădere** față de anul 2015. Din cele 41 hotărâri judecătorești definitive, comunicate Agenției Naționale Antidrog, 20 dintre acestea conțin măsuri de confiscare pentru 333.787 lei, 26.280 euro și 50 USD.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2015, la nivelul regiunii se înregistrează o **creștere** atât a numărului de capturi semnificative, cât și a cantității de droguri confiscate, fiind realizate **17 capturi semnificative** totalizând **127,67 kg** și **5179 comprimate**, astfel:

- Canabis: canabis iarbă – 12,77 kg provenind din 3 capturi, fragmente vegetale cu THC – 13,57 kg provenind din 2 capturi și masă plante de canabis – 101,33 kg provenind din 8 capturi;
- câte o captură de MDMA (4234 comprimate), derivați ai amfetaminei (505 comprimate) și benzodiazepine (440 comprimate alprazolam).

8.4. CONCLUZII

- **Fenomenul infracțional** la regimul drogurilor **menține caracteristicile anilor anteriori**, înregistrând în anul 2016 creșterea numărului de persoane cercetate pentru implicare în activități de trafic și consum ilicit de droguri, a numărului de persoane trimise în judecată, a numărului de cauze soluționate și a numărului de rechizitorii întocmite;
- Anul 2016 înregistrează **valori de maxim** pentru numărul de cauze soluționate de structurile de parchet, număr de rechizitorii întocmite, număr de dosare soluționate prin renunțarea la urmărirea penală, număr de acorduri de recunoaștere a vinovăției;
- **Ponderea dosarelor penale la regimul drogurilor**⁷⁹ este de 1,45% din totalul dosarelor penale înregistrate la nivelul tribunalelor și **0,26% la nivel național**, iar cea a **persoanelor condamnate** de 17,64% din numărul total al persoanelor condamnate definitiv la nivelul tribunalelor, respectiv **2,73% la nivel național**;
- Unitățile de parchet și instanțele de judecată au început să aplice cu precădere **măsuri coercitive alternative** la pedeapsa închisorii cu executare în sistem de detenție pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor;
- **Implicarea minorilor** în activități de trafic și consum de droguri rămâne la un **nivel scăzut**;
- Marile aglomerări urbane continuă să rămână zone cu **potențial criminogen** ridicat în ceea ce privește regimul juridic al drogurilor, în **București, Constanța și Cluj** fiind înregistrate cele mai multe dosare penale soluționate și cele mai multe persoane condamnate.
- **Bucureștiul** înregistrează cel mai mare număr de cauze soluționate prin **renunțarea la urmărirea penală**.

⁷⁹ Inclusiv NSP (Legea nr. 194/ 2011).

9.CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

9.1.REZUMAT

Complexitatea definitorie problematicii drogurilor în mediul penitenciar constituie un argument determinant pentru factorii decidenți din România în stabilirea, cu celeritate, a răspunsurilor necesare contracarării consecințelor acestui fenomen. Astfel, obiectivele stabilite în documentele programatice din sfera politicilor antidrog și nu numai, au reprezentat elemente de reper în activitatea desfășurată în anul 2016, eforturile interinstituționale îndreptându-se spre asigurarea corespunzătoare a serviciilor de asistență oferite foștilor consumatori de droguri aflați în custodia unităților de detenție.

9.2.PROFIL NAȚIONAL

9.2.1.Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc

Similar anului 2015, în anul de referință, 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. În vederea concretizării intenției Ministerului Justiției de a construi 2 penitenciare noi, în luna noiembrie 2016, Ministerul Finanțelor Publice a avizat studiul de fezabilitate pentru unul dintre cele 2 proiecte, iar în luna decembrie a aceluiași an, a fost finalizat proiectul Hotărârii de Guvern pentru aprobarea achiziției studiului de fezabilitate. În cazul celui de-al doilea proiect, studiul de fezabilitate a fost retransmis Ministerului Justiției ca urmare a avizului nefavorabil emis de Ministerul Apărării Naționale⁸⁰.

Tabel 9- 1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2016

An	Total (nr)	Din care (%)							
		Gen		Grupă de vârstă (ani)					
		Bărbăți	Femei	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
2016	27455	94,9	5,1	1,5	4,5	29,5	31,7	29,6	3,2

Sursa: ANP

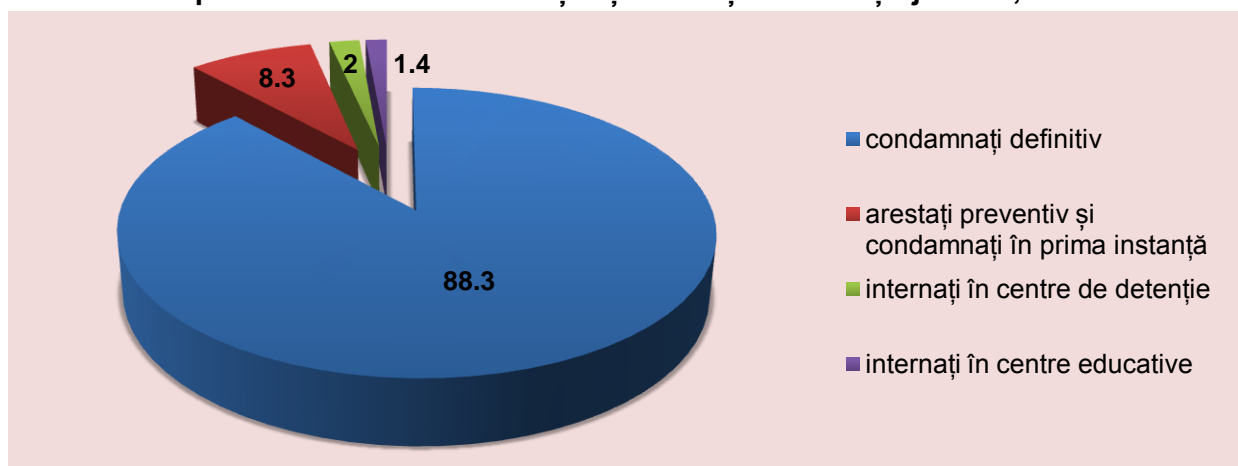
Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, la 31 decembrie 2016, în unitățile penitenciare se aflau 27455 persoane (5,1% femei), mai mult de jumătate având vârsta cuprinsă între 22 și 40 ani. Tendința conturată în ultimii 2 ani se menține și în anul 2016, numărul deținuților aflați în custodie fiind cu 3,1% mai mic decât în anul precedent.

Raportat la statutul juridic al persoanelor custodiate, 24236 persoane erau condamnate definitiv (88,3%), restul de 11,7% aflându-se în una dintre următoarele situații: arestați

⁸⁰Informație preluată din Raportul anual de activitate 2016 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2017/04/bilant-ANP-2016.pdf>

preventiv și condamnați în primă instanță (8,3%), sancționați cu măsura internării într-un centru de detenție (2%) sau sancționați cu măsura internării într-un centru educativ (1,4%).

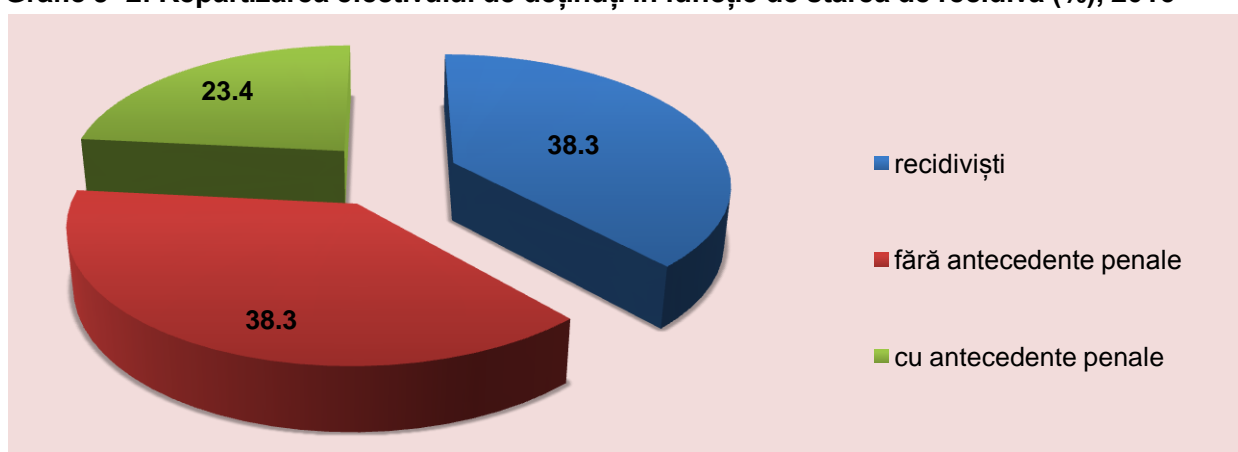
Grafic 9- 1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2016



Sursa: ANP

Din punct de vedere al stării de recidivă, pentru anul 2016, se constată o ușoară scădere (2%) a procentului de persoane recidiviste, concomitent cu o ușoară creștere a procentului de persoane fără antecedente penale (1,1%), ajungându-se, astfel, la o pondere egală (de 38,3%) între cele 2 categorii de deținuți în populația încarcerată (27455 deținuți).

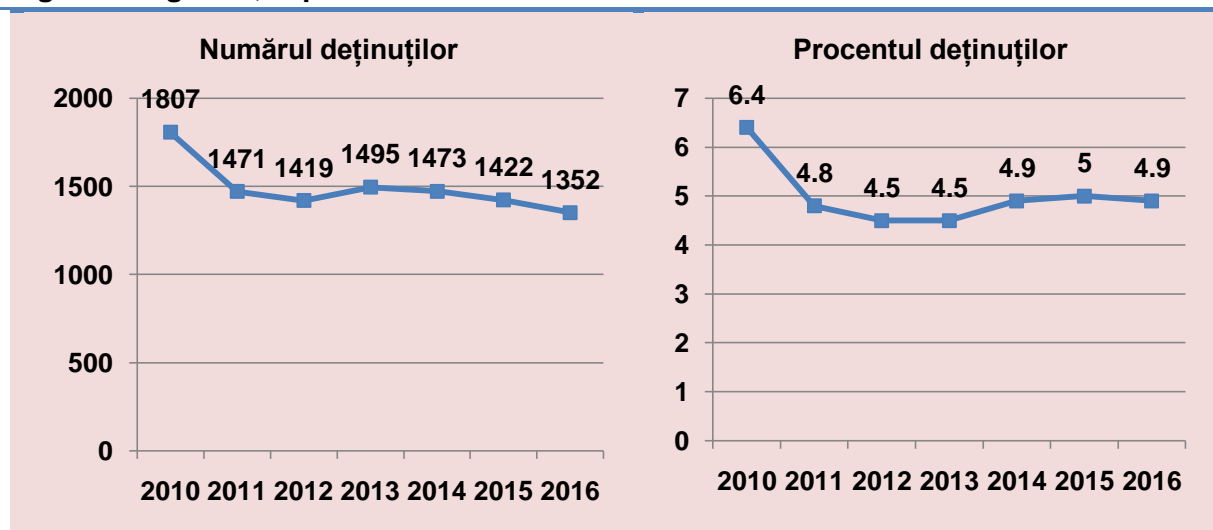
Grafic 9- 2: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de starea de recidivă (%), 2016



Sursa: ANP

După natura infracțiunii săvârșite, la sfârșitul anului 2016, 4,9% dintre deținuți se aflau în unitățile de detenție ca urmare a săvârșirii de infracțiuni la regimul drogurilor. Raportat la valorile înregistrate în ultimii șase ani, ponderea acestora în populația persoanelor private de libertate, se menține stabilă.

Grafic 9- 3: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2016



Sursa: ANP

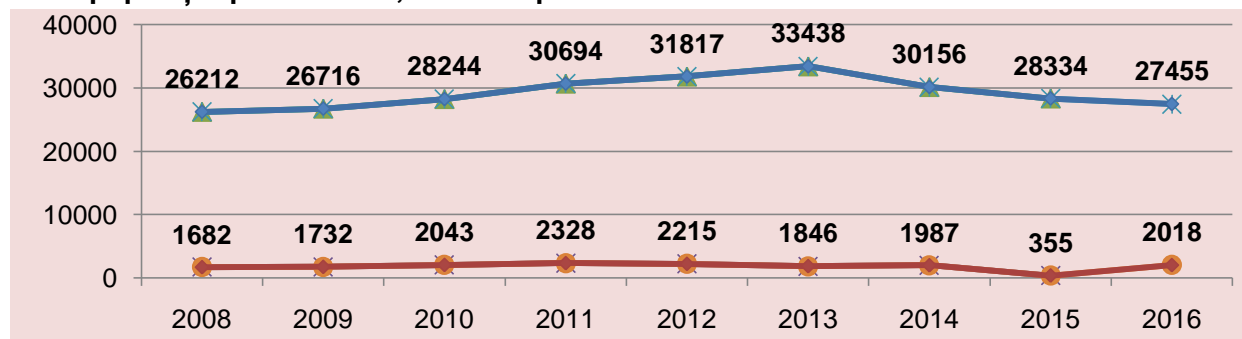
9.2.2. Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților

9.2.2.1. Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție

Potrivit datelor transmise de către Administrația Națională a Penitenciarelor, din cei 27455 deținuți aflați în custodia unităților penitenciare la data de 31.12.2016, 2018 deținuți (8,8% femei) s-au declarat consumatori de droguri la intrarea în detenție, ponderea acestora în totalul populației încarcerate fiind de 7,4%. Mai mult de jumătate (51,9%) dintre aceștia este constituită din tineri cu vârsta cuprinsă între 20-29 ani.

Analizând intervalul 2013-2016⁸¹, ponderea persoanelor care s-au declarat consumatoare de droguri la depunerea în unitățile de detenție a crescut ușor, de la 5,5% în anul 2013, la 6,6% în anul 2014, respectiv 7,4% în anul 2016.

Grafic 9- 4: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2016⁸²



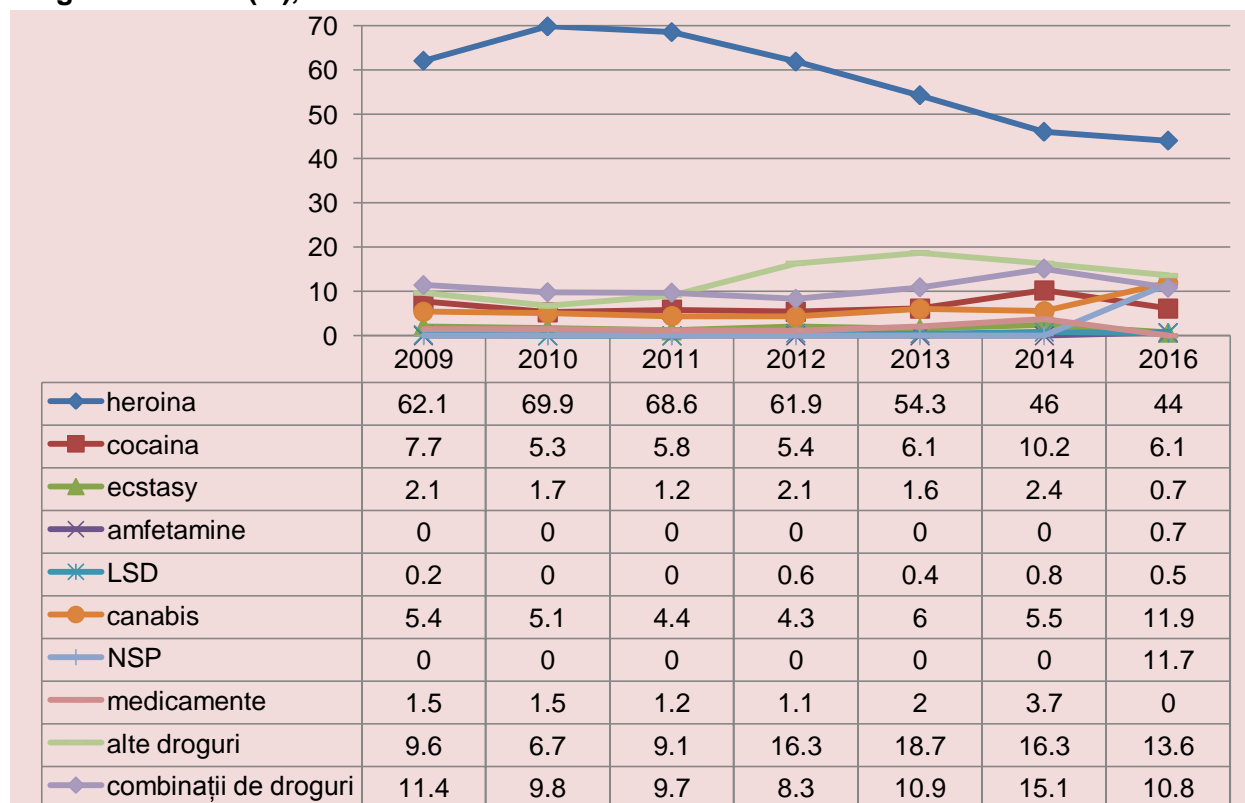
Sursa: ANP

⁸¹ Numărul de 355 persoane care s-au declarat consumatoare de droguri la intrarea în detenție se referă strict la cei încarcerați în anul 2015, în timp ce, valorile înregistrate pentru ceilalți ani din intervalul analizat reprezintă date prevalente (numărul deținuților declarați consumatori de droguri la intrarea în penitenciar, existenți în penitenciar la data de 31 decembrie a fiecărui an analizat).

⁸² Idem

Heroina continuă să reprezinte, și în anul 2016, cel mai consumat drog înainte de depunerea în penitenciar, fiind menționată de 44% dintre deținuții auto-declarați consumatori de droguri la începutul perioadei de detenție. Cu toate acestea, începând cu anul 2010 se observă o scădere, mai accentuată în intervalul 2012-2014, a procentului de persoane care au declarat consum de heroină. Pe de altă parte, în anul 2016, se înregistrează creșterea procentului de deținuți care au consumat cannabis, ponderea acestora în populația deținuților declarați consumatori de droguri fiind similară cu cea a deținuților care au declarat consum de noi substanțe psihoactive (11,9%, respectiv 11,7%).

Grafic 9- 5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de drogul consumat (%), 2009-2016⁸³



Sursa: ANP

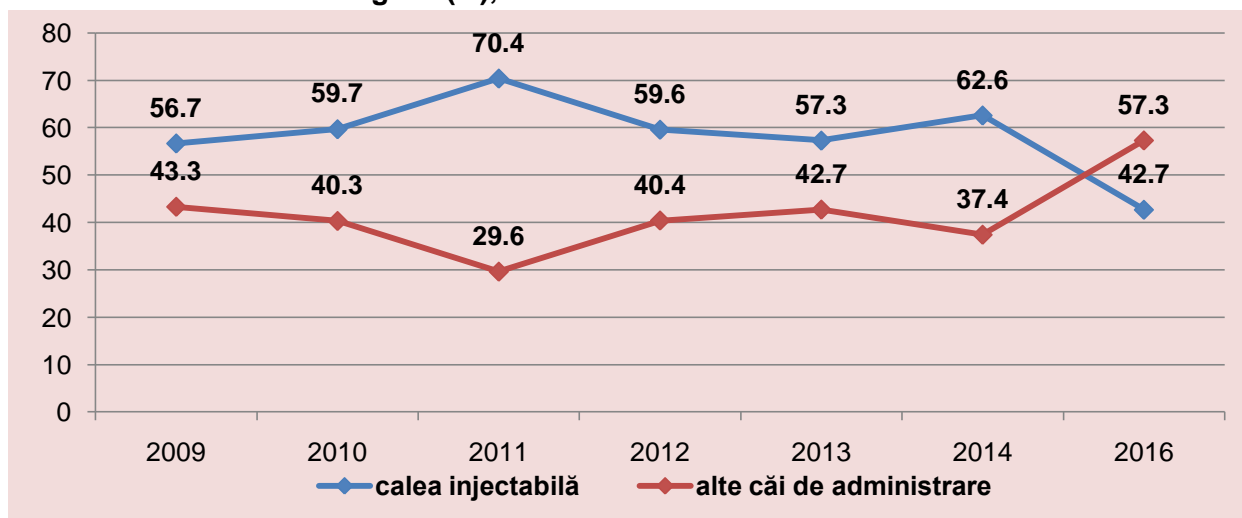
*până în anul 2014 inclusiv, noile substanțe psihoactive au fost incluse în categoria „alte droguri”

Cea mai frecventă modalitate de administrare a drogurilor declarate ca fiind consumate înainte de încarcerare rămâne, și în anul 2016, calea injectabilă deși, pentru prima dată în intervalul analizat⁸⁴ (în corelație cu drogul principal de consum), procentul deținuților care au recurs la injectare a scăzut sub 50%. În acest context, mai mult de jumătate dintre deținuți a declarat alte căi de administrare a drogurilor și anume: 27,8% - oral, 20,8% - fumat, 4,8% prizat iar 3,9% alte căi de administrare.

⁸³ pentru anul 2015 nu există date disponibile

⁸⁴ 2009- 2016, cu excepția anului 2015 pentru care nu există date disponibile

Grafic 9- 6: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2009-2016



Sursa: ANP

9.2.2.2. Date privind consumul de droguri în timpul detenției

La 31 decembrie 2016, 11 deținuți au declarat consum de droguri în timpul detenției, iar 3 deținuți au fost identificați ca fiind consumatori de droguri.⁸⁵

9.2.2.3. Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății

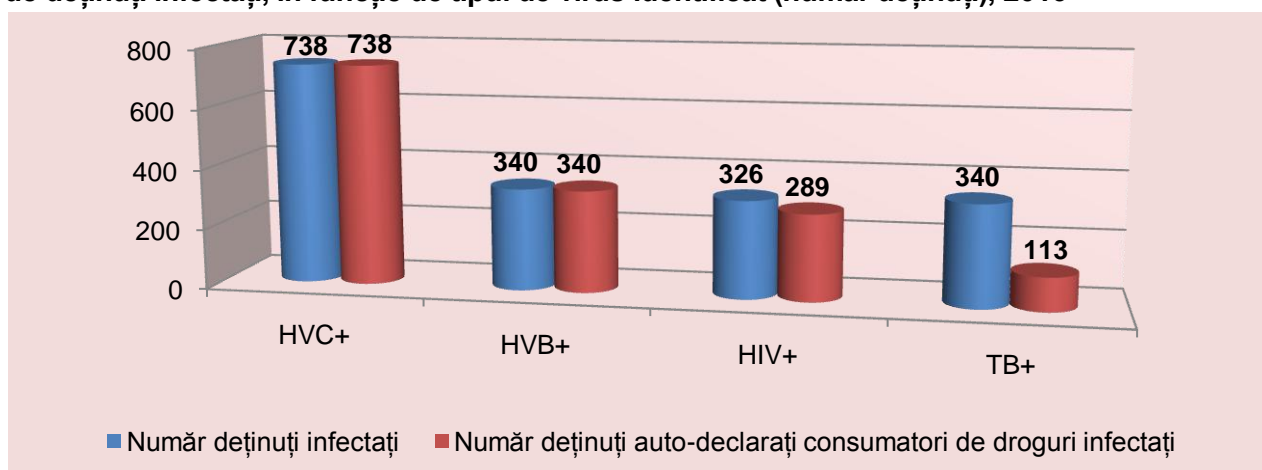
Din datele rezultate din monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*, se observă că aproximativ jumătate (47,5%) dintre foștii consumatori de droguri, care, pe parcursul anului 2016, au beneficiat de servicii de asistență specializate în unitățile de detenție, a consumat drogul principal pe cale injectabilă. În plus, jumătate dintre cei care au declarat că au recurs la administrarea prin injectare a drogului a menționat utilizarea în comun a echipamentului de injectare.

Astfel, din populația de consumatori de droguri injectabile aflați în asistență în unitățile de detenție pe parcursul anului 2016, 16 consumatori au afirmat că sunt infectați cu HIV, 7 consumatori au declarat că sunt infectați cu VHB, iar 31 cu VHC.

Potrivit datelor transmise de Administrația Națională a Penitenciarelor, la data de 31 decembrie 2016, în unitățile de detenție se aflau 738 deținuți (din care 5,1% femei) cu VHC, 340 deținuți (din care 3,2% femei) cu VHB, 326 deținuți (din care 9,8% femei) cu HIV și 340 deținuți (din care 3,2% femei) cu tuberculoză. Toți cei 738 deținuți cu HVC cât și toți cei 340 deținuți cu VHB s-au declarat foști consumatori de droguri. În rândul populației penitenciare infestată cu HIV, procentul deținuților foști consumatori de droguri este de 88,7% (289 persoane) iar în cea cu tuberculoză, procentul foștilor consumatori de droguri este de 33,2% (113 persoane).

⁸⁵ Nu există date disponibile privind drogul consumat, calea de administrare sau caracteristicile demografice ale acestora.

Grafic 9- 7: Deținuți foști consumatori de droguri cu boli infecțioase în rândul populației de deținuți infectați, în funcție de tipul de virus identificat (număr deținuți), 2016



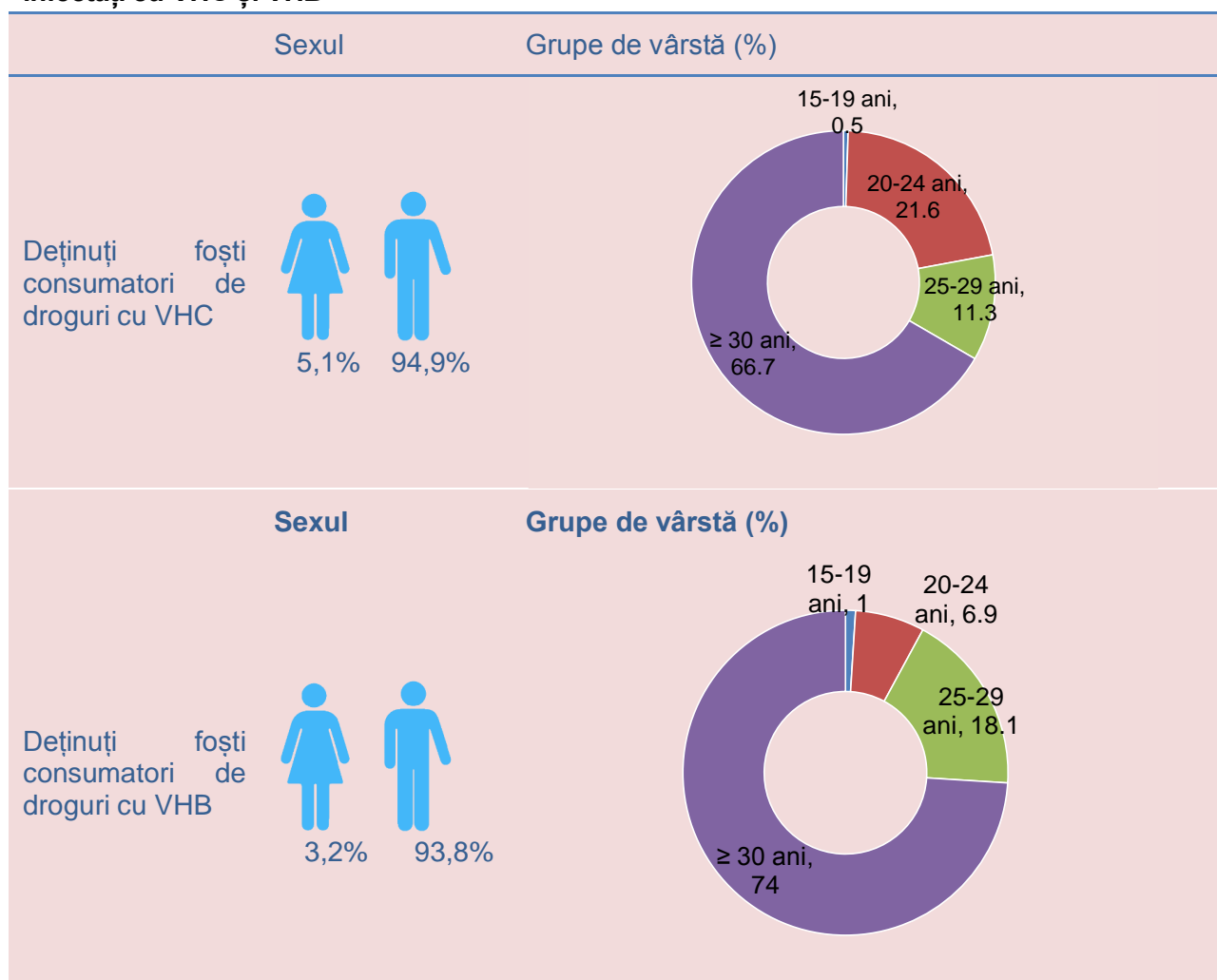
Sursa: ANP

Caracteristicile socio-demografice ale deținuților foști consumatori de droguri cu VHC sau VHB evidențiază o populație preponderent masculină, cu vârsta de peste 30 ani.

De asemenea, în anul 2016, în 304 cazuri deținuți foști consumatori de droguri a fost înregistrată co-morbiditate psihiatrică, 77,3% dintre aceștia prezentând tulburări de personalitate.

Referitor la decesele survenite în mediul penitenciar, în anul 2016, au fost înregistrate 2 cazuri de deces indirect asociat consumului de droguri, a căror cauzalitate a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri.

Tabel 9- 2: Caracteristicile socio-demografice ale deținuților foști consumatori de droguri, infectați cu VHC și VHB



Sursa: ANP

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)

Obiectivele documentelor programatice naționale, menționate în anul anterior au constituit elemente de reper în activitatea desfășurată și în anul 2016, de instituțiile abilitate. În plus, în anul 2016 a fost aprobat⁸⁶ Regulamentului de aplicare a Legii nr. 254/ 2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal. În acest act legislativ este menționat faptul că deținuții se pot implica, pe bază de voluntariat, în acțiuni educative de prevenire a consumului de droguri și a săvârșirii de infracțiuni la regimul drogurilor, cât și de popularizare a consecințelor negative asociate.

⁸⁶ prin Hotărâre de Guvern nr. 157/2016

De asemenea, a fost aprobată⁸⁷ Strategia națională pentru sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2016-2020, care se dorește „un răspuns la problemele cu care se confruntă specialiștii în domeniul sănătății, educației, justiției și protecției copilului”⁸⁸ dar, totodată, și un sprijin pentru părinții, copiii și adolescenții expuși diferitelor riscuri (printre care și consumul de substanțe psihoactive) care ar putea determina tulburări de sănătate mintală. Scopul acestui demers constă în „asigurarea bunăstării copilului și adolescentului, în special, și familiei acestuia și a populației din România, în general”⁸⁹ prin dezvoltarea a trei direcții de acțiune: promovare, prevenție și intervenții specializate (medicale, psihologice, educaționale, vocaționale și sociale) care se vor concretiza în 2 planuri operaționale specifice. Printre instituțiile responsabile de implementarea acestui document programatic se află și Administrația Națională a Penitenciarelor, aceasta având un rol deosebit de important prin acordarea serviciilor de asistență psihosocială și medicală copiilor și adolescenților ajunși în custodia sistemului penitenciar, în vederea reintegrării acestora în comunitate.

9.3.2. Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar

9.3.2.1. Asistența medicală în penitenciar

Monitorizarea de specialitate a fost asigurată atât în cadrul penitenciarelor spital, cât și al rețelei sanitare publice, în cursul anului 2016 fiind realizate 16439 internări (15664 internări în penitenciarele spital, iar 775 internări în spitalele publice)⁹⁰.

În rândul deținuților foști consumatori de droguri identificați cu VHC sau VHB, 23 deținuți au urmat tratamentul cu interferon, restul beneficiind de tratament hepatoprotector, recomandat de medicii specialiști. În cazul deținuților foști consumatori de droguri infectați cu HIV, 11 foști consumatori de droguri injectabile au beneficiat de tratament antiretroviral în anul 2016. Tratamentul a fost asigurat în 3 unități penitenciare, și anume Giurgiu, Jilava și Spital Tg. Ocna.

De asemenea, în anul 2016 au fost desfășurate activități de testare pentru boli infecțioase (HIV, VHC, VHB), atât a deținuților foști consumatori nou intrați în unitățile de detenție, cât și a celor aflați deja în penitenciar pentru executarea pedepsei. Astfel, la depunerea în penitenciar au fost testați 217 deținuți pentru HIV, 38 deținuți pentru VHB și 280 deținuți pentru VHC. În cazul deținuților foști consumatori de droguri aflați în executarea pedepsei, au beneficiat de testare pentru HIV – 706 deținuți, pentru VHB – 753 deținuți, iar pentru VHC – 760 deținuți.

9.3.2.2. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri aflați în detenție

A. Servicii de prevenire: informare – educare – consiliere privind consumului de droguri

În vederea limitării riscurilor de infectare cu boli infecțioase (VHC, VHB, HIV, TB), fiecare deținut, la depunerea în penitenciar, primește materiale informative privind modul de transmitere, prevenirea transmiterii și tratamentul bolilor infecțioase menționate anterior.

⁸⁷ prin Hotărâre de Guvern nr. 889/2016

⁸⁸ extras din Strategia națională pentru sănătate mintală a copilului și adolescentului 2016-2020

⁸⁹ idem

⁹⁰ date preluate din Raportul anual de activitate 2016 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2017/04/bilant-ANP-2016.pdf>

În cursul anului 2016, structurile teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog au desfășurat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, o serie de proiecte locale privind prevenirea consecințelor și a riscurilor asociate consumului de droguri:

- Proiectul de informare cu privire la riscurile consumului de droguri, derulat în Penitenciarul Poarta Albă, de care au beneficiat 25 deținuți;
- Proiectul de informare cu privire la riscurile consumului de droguri și noi substanțe psihoactive, desfășurat la Penitenciarul de Maximă siguranță Giurgiu, care a constat în realizarea de 7 activități, la care au participat 75 deținuți.

Administrația Națională a Penitenciarelor, în parteneriat cu UNOPA și APAH-RO, a implementat programe de educație pentru sănătate în 7 penitenciare, în cadrul cărora a distribuit materiale informative unui grup țintă format din 2000 deținuți.

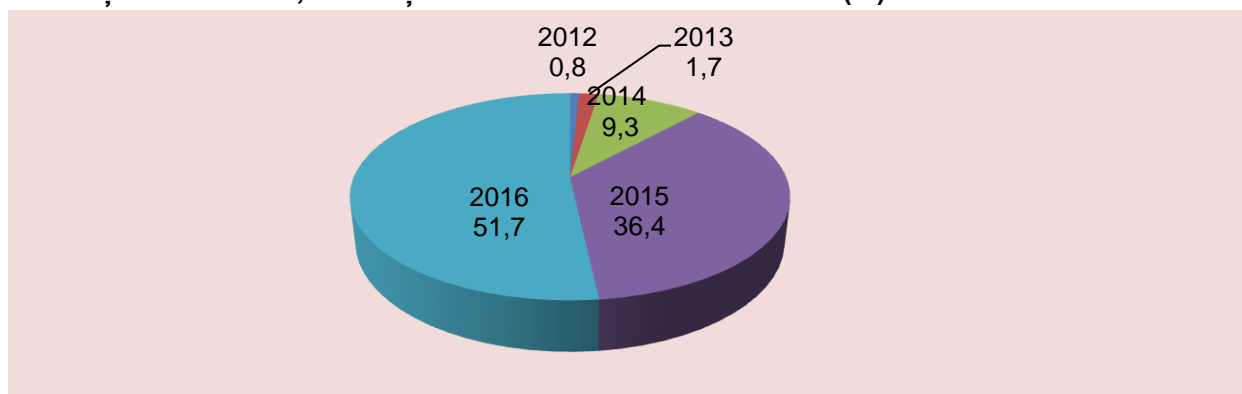
B. Servicii de asistență

Deținuții foști consumatori de droguri pot beneficia de servicii de asistență acordate de personalul specializat al Administrației Naționale a Penitenciarelor, cât și de specialiștii din centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog ale Agenției Naționale Antidrog. Serviciile psihosociale⁹¹ sunt disponibile în toate unitățile subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor, în timp ce, programul de tratament substitutiv cu metadonă este derulat în 9 unități penitenciare, și anume: Penitenciarul Spital București Rahova, Penitenciarul Rahova, Penitenciarul Spital București Jilava, Penitenciarul Jilava, Penitenciarul Craiova, Penitenciarul Mioveni, Penitenciarul Giurgiu, Penitenciarul Târgșor și Penitenciarul Mărgineni.

Conform datelor rezultate din monitorizarea indicatorului Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, pe parcursul anului 2016, au beneficiat de servicii de asistență 118 foști consumatori de droguri (20,3% femei), care se aflau în unitățile de detenție. Jumătate dintre aceștia au solicitat astfel de servicii în anul 2016.

⁹¹ Atât asistența psihologică cât și cea socială includ ședințe de consiliere individuală și ședințe de consiliere de grup.

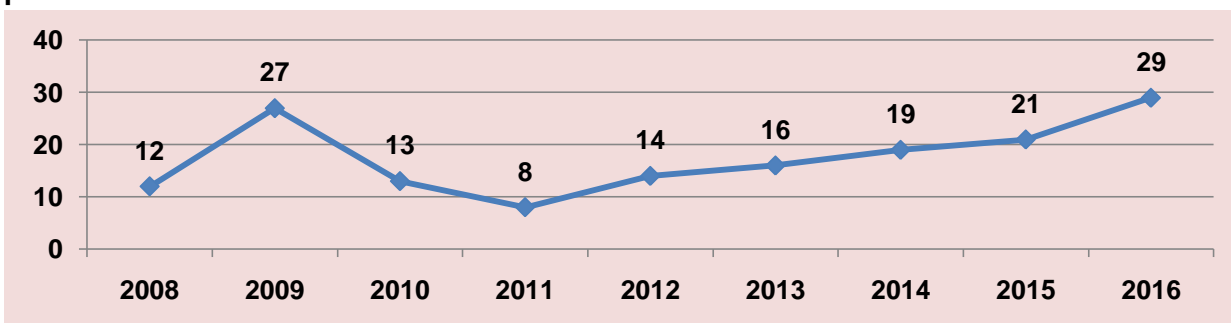
Grafic 9- 8: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri care au beneficiat de asistență în anul 2016, în funcție de anul admitterii la tratament (%)



Sursa: ANP și ANA

În cursul anului 2016, programul de substituție cu metadonă acordat în mediul penitenciar, a avut 29 beneficiari, doza medie zilnică utilizată fiind de 60 mg.

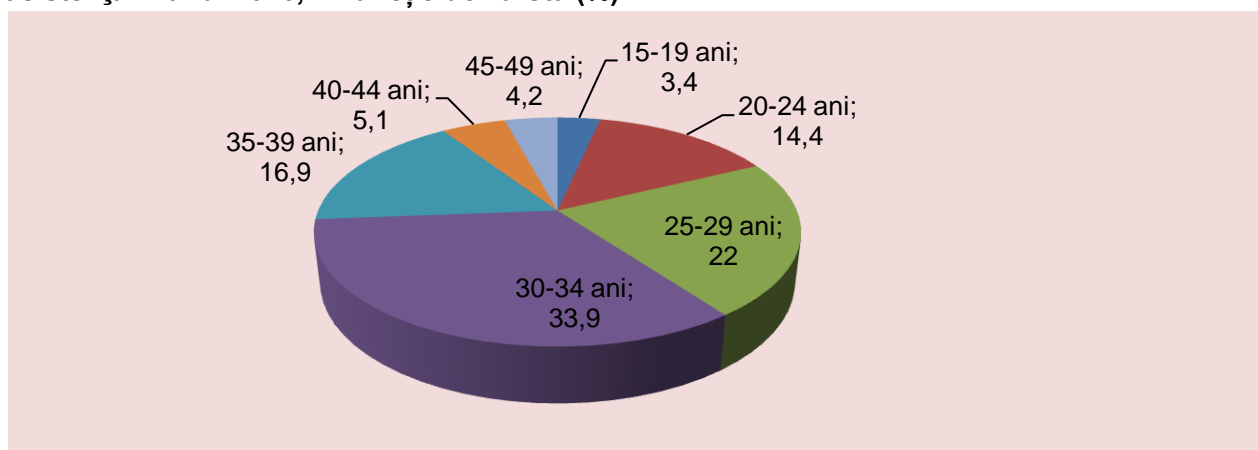
Grafic 9- 9: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2016



Sursa: ANP și ANA

În funcție de vârsta deținuților cu antecedente în consumul de droguri care au beneficiat de asistență pe parcursul anului 2016, jumătate dintre aceștia (55,9%) se încadrează în grupa de vârstă 25-34 ani, 26,2% dintre beneficiari au vârsta cuprinsă în intervalul 35-49 ani, iar 17,8% au între 15-24 ani.

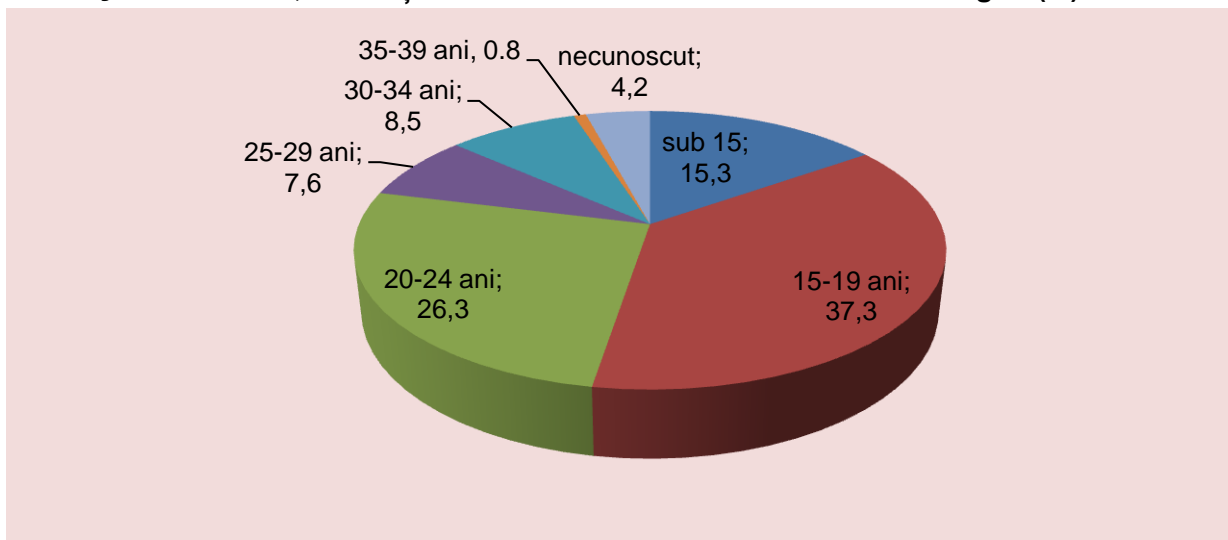
Grafic 9- 10: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri care au beneficiat de asistență în anul 2016, în funcție de vârstă (%)



Sursa: ANA

Urmărind situația foștilor consumatori de droguri din punct de vedere al vârstei de debut, în consumul de droguri, declarată la admiterea la tratament în mediul penitenciar, se observă că inițierea consumului de substanțe psihoactive are loc, cu precădere, la o vârstă cuprinsă în intervalele 15-19 ani (37,3% din totalul beneficiarilor aflați în asistență) și 20-24 ani (26,3% din total).

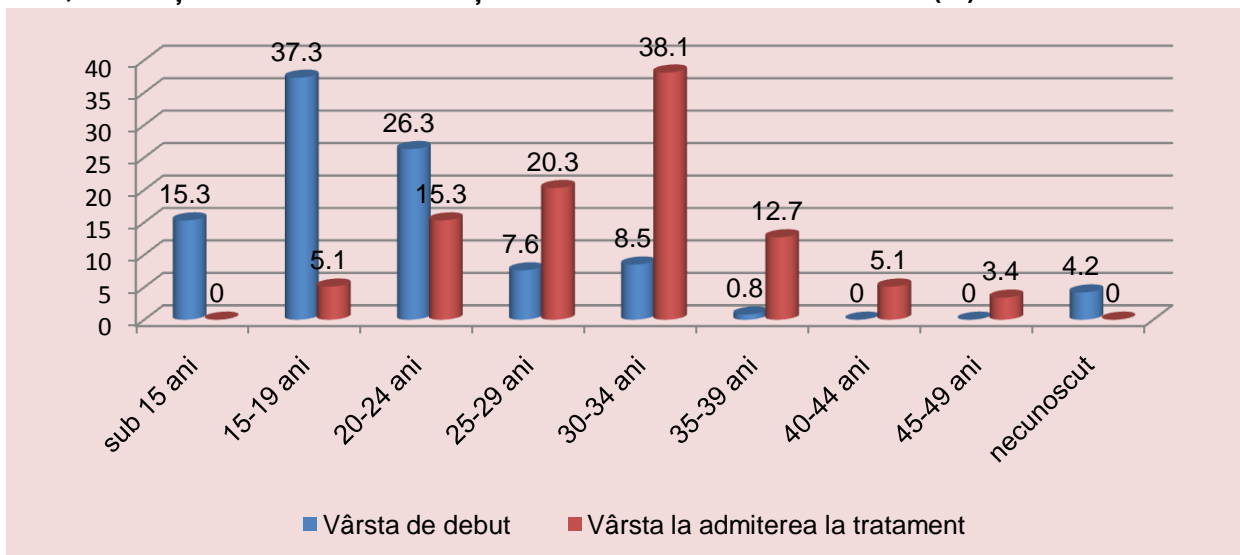
Grafic 9- 11: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2016, în funcție de vârsta la debutul în consumul de droguri (%)



Sursa: ANA

Comparând vârsta de debut cu vârsta împlinită la accesarea serviciilor specializate oferite în mediul penitenciar, se poate observa că perioada de latență dintre inițierea în consumul de droguri și solicitarea de asistență specializată este de 10 ani, pentru majoritatea (63,6%) celor aflați în tratament, inițierea în consumul de droguri realizându-se la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-24 ani, în timp ce admiterea la tratament are loc, pentru mai mult de jumătate (58,4%) dintre beneficiari, la vârsta de 25-34 ani.

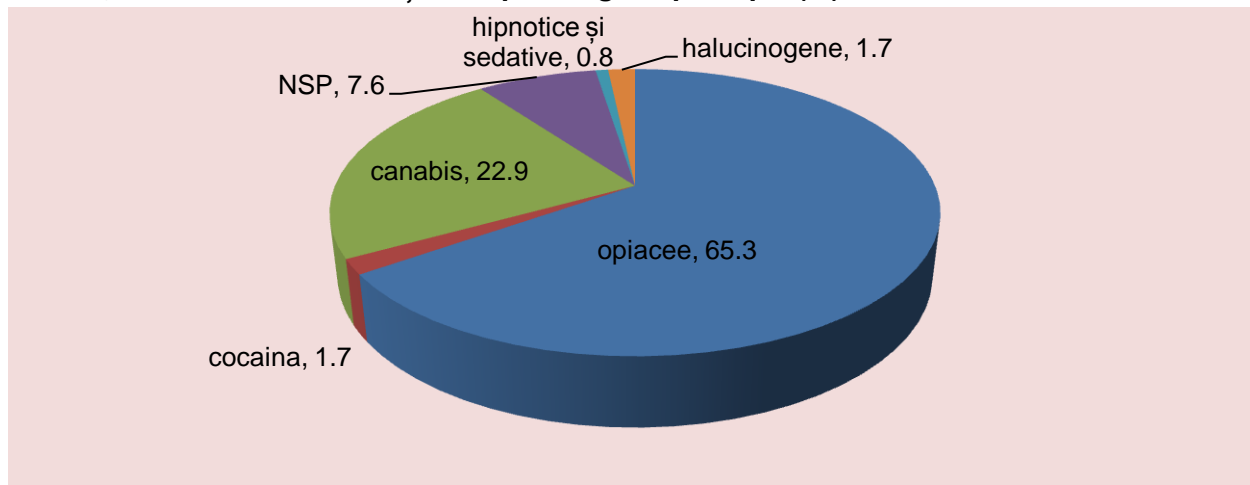
Grafic 9- 12: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în asistență în anul 2016, în funcție de vârsta de debut și vârsta la admiterea la tratament (%)



Sursa: ANA

Clasa de substanțe pentru care cei mai mulți deținuți, foști consumatori de droguri, se adresează serviciilor specializate, este reprezentată de clasa opiaceelor. Astfel, în anul 2016, 2/3 dintre beneficiari ai serviciilor de asistență, au solicitat sprijin ca urmare a consumului de opiacee (60 beneficiari pentru consum de heroină și 17 beneficiari pentru consum de metadonă). De asemenea, 22,9% dintre foștii consumatori de droguri au beneficiat de asistență pentru consumul de cannabis, iar 7,6% au primit asistență pentru consumul de noi substanțe psihoactive.

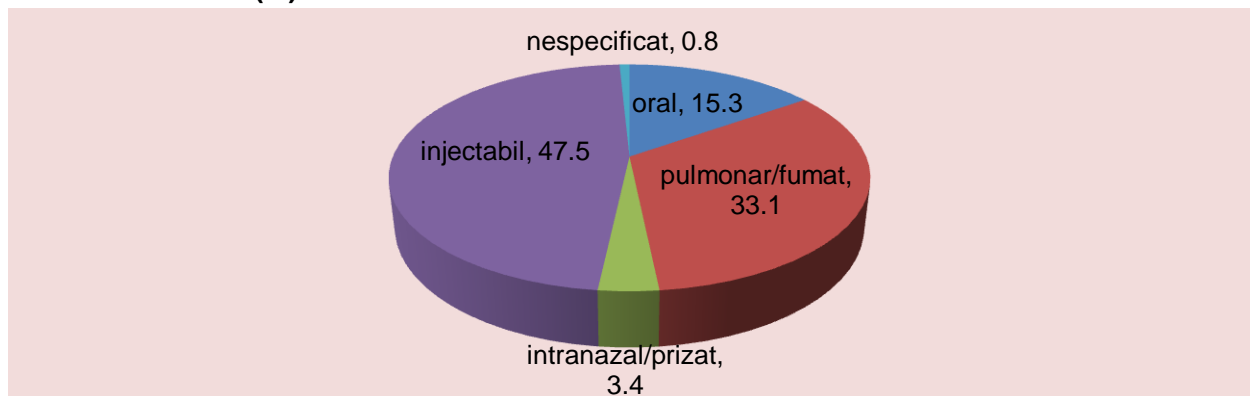
Grafic 9- 13: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2016, în funcție de tipul drogului principal (%)



Sursa: ANA

Aproximativ jumătate (47,5%) dintre beneficiari și-a administrat drogul pe cale injectabilă în ultimele 30 zile de consum, drogurile administrate fiind heroina (48 beneficiari) și noile substanțe psihoactive (3 beneficiari). De asemenea, 1/3 dintre beneficiari a declarat că a consumat drogul principal prin fumat/ inhalare, după cum urmează: 27 beneficiari au consumat cannabis, 6 – heroină, 4 – noi substanțe psihoactive și 2 deținuți au consumat ciuperci halucinogene. În ceea ce privește administrarea per os a drogului, aceasta a fost declarată de 15,3% dintre beneficiari pentru consumul, preponderent, de metadonă (17 beneficiari), iar în cazul administrării intranazale, aceasta a fost menționată de 4 beneficiari: 2 beneficiari pentru cocaină și 2 beneficiari pentru noile substanțe psihoactive.

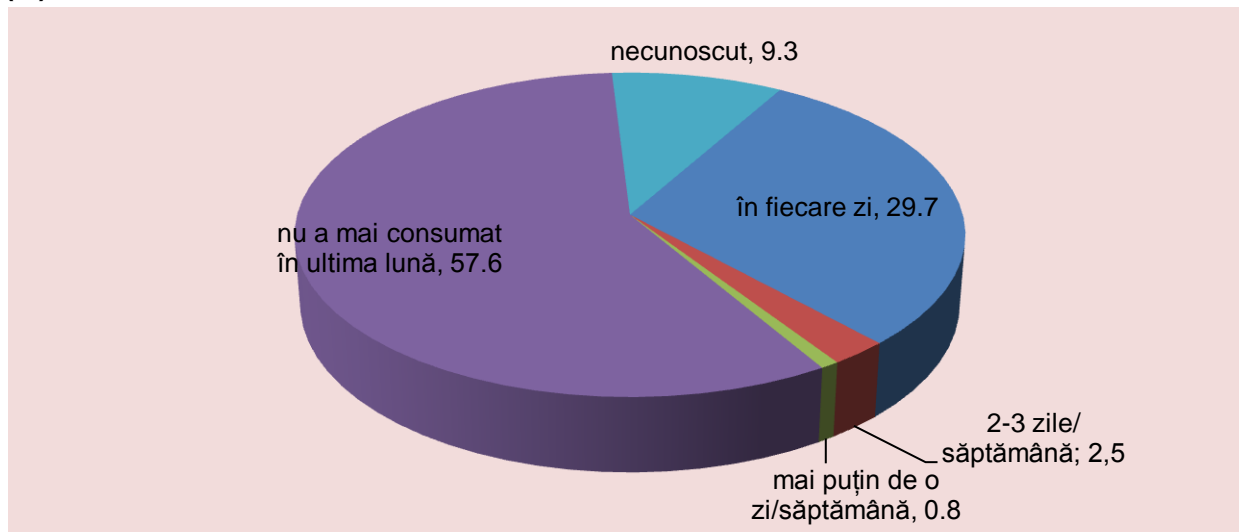
Grafic 9- 14: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în asistență în anul 2016, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum (%)



Sursa: ANA

Analizând frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare aditerii la tratament în mediul penitenciar, se observă că mai mult de jumătate dintre beneficiari (57,6%) nu a consumat droguri în luna premergătoare includerii în programul de asistență, posibil, datorită statutului de persoană privată de libertate, ponderea celor care au consumat droguri zilnic reprezentând aproximativ 1/3 din populația deținuților cu antecedente în consumul de droguri, care au beneficiat de serviciile specializate în anul 2016.

Grafic 9- 15: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare aditerii la tratament (%)

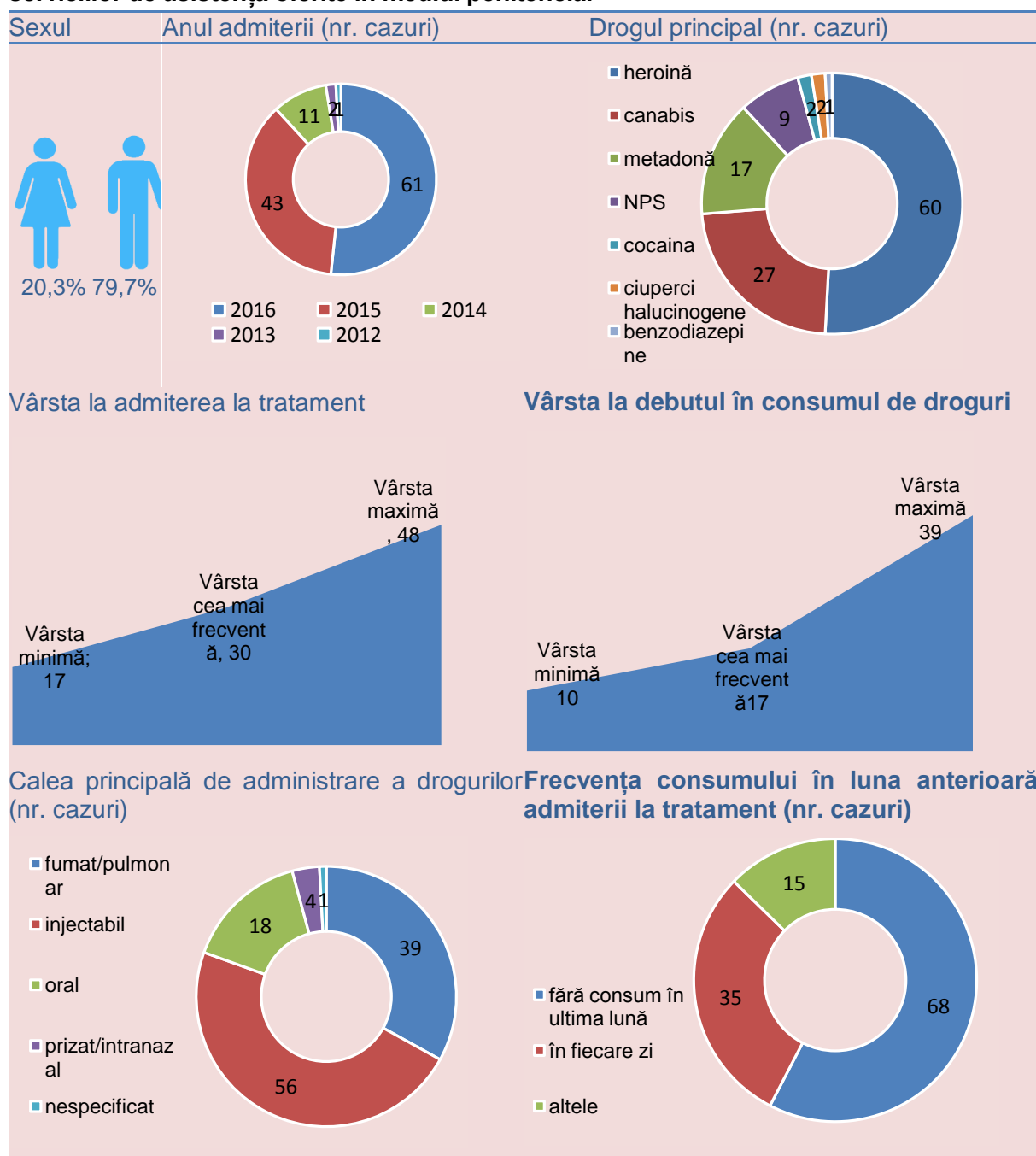


Sursa: ANA

Sintetizând aspectele menționate anterior, se poate contura profilul deținutului fost consumator de droguri, beneficiar al serviciilor de asistență oferite în sistemul penitenciar, astfel:

- este de sex masculin (79,7%)
- este tânăr, având vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (55,9%)
- drogul pentru care a accesat serviciile de asistență face parte din categoria opiaceelor (65,3%)
- a inițiat consumul de droguri la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-19 ani (37,3%)
- calea injectabilă a reprezentat cea mai frecventă modalitate de administrare a drogului principal în ultima lună de consum (47,5%)
- nu a consumat droguri în luna anterioară aditerii la tratament (57,6%).

Tabel 9- 3: Caracteristicile populației de foști consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență oferite în mediul penitenciar



Sursa: ANA

De asemenea, specialiștii centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog au implementat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, proiecte locale destinate deținuților cu antecedente în consumul de droguri, după cum urmează:

- Programul local de intervenție psihosocială pentru dezvoltarea de abilități pentru o viață independentă, desfășurat în Penitenciarul Iași, de care au beneficiat 10 deținuți. Prin acest program, care a constat în realizarea a 25 ședințe de psihoterapie de grup, s-a urmărit prevenirea recăderilor în consumul de droguri, alcool și jocuri de noroc al persoanelor private de libertate;

- Programul de asistență psihosocială destinat persoanelor cu antecedente în toxicomanie, derulat în Penitenciarul Slobozia, a constat în desfășurarea a 13 întâlniri interactive de care au beneficiat 145 deținuți;
- Prevenirea recăderilor pentru foști consumatori de droguri în detenție, desfășurat în Penitenciarul Târgșor și Penitenciarul Ploiești, a constat în realizarea a 8 sesiuni de prevenire a recăderilor de care au beneficiat 35 deținuți.

Potrivit informațiilor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, 850 persoane private de libertate au finalizat programe și activități de educație, asistență psihologică și asistență socială destinate foștilor consumatori de droguri. Prin aceste programe s-a urmărit intervenția specifică pentru deținuții cu antecedente în consumul de droguri și educația populației penitenciare cu privire la consecințele și riscurile asociate consumului de droguri.

Programele de intervenție de tip terapeutic sunt structurate în cel puțin 24 ședințe, sunt coordonate de psiholog și se axează pe atingerea următoarelor obiective:

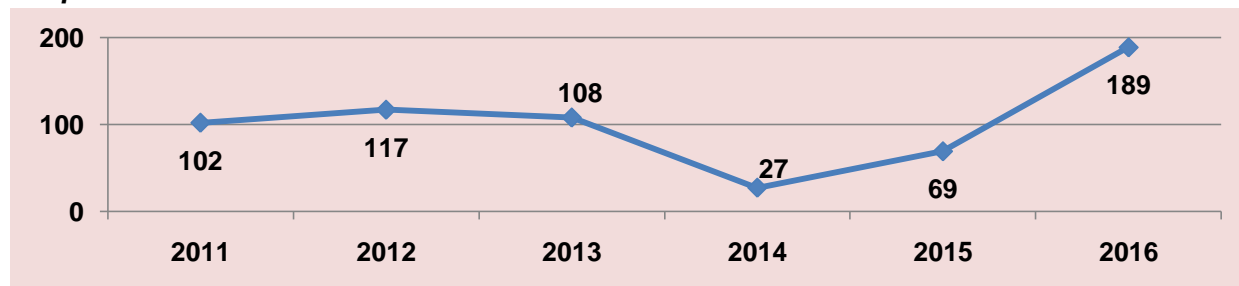
- prevenirea consumului de droguri
- conștientizarea cauzelor care au determinat consumul de droguri
- formarea abilităților de gândire independentă și critică
- creșterea capacității de auto-exprimare emoțională
- îmbunătățirea autocontrolului
- dezvoltarea atitudinilor pozitive față de sănătate și contrare consumului de droguri
- dezvoltarea abilităților și resurselor personale
- întărirea respectului de sine
- dezvoltarea abilităților de comunicare și comportament asertiv
- prevenirea decompensărilor.

Raportat la anul 2015, numărul deținuților care au beneficiat în anul 2016 de programele menționate anterior a scăzut ca urmare a deficitului de personal creat la nivelul rețelei penitenciare de numărul mare de pensionări (1826 angajați pensionați), care au avut loc în anul de referință.

Comunitățile terapeutice

În anul de referință, cele 3 comunități terapeutice din penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor și-au continuat activitatea, 189 deținuți foști consumatori de droguri finalizând programul de tip *Comunitate terapeutică*. Similar anului precedent, și în anul 2016 numărul persoanelor care au încheiat acest program a crescut de 2,7 ori.

Grafic 9- 16: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip *Comunitate terapeutică* în anul 2016



Sursa: ANA

Având în vedere că România, alături de Regatul Unit și Spania, se numără printre puținele state europene care au introdus deja programe de tip comunitate terapeutică în penitenciare, țara reprezintă un exemplu de bune practici în aplicarea programelor de acest tip.

9.3.2.3. Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar

Direcția Națională de Probațiune, prin 27 servicii teritoriale subordonate, aplică Programul de reabilitare comportamentală Drink&Drive, program de tip cognitiv-comportamental al cărui scop constă în prevenirea recidivei⁹² și creșterea siguranței rutiere prin separarea consumului de alcool de conducerea autovehiculelor. Acest program se adresează persoanelor supravegheate în urma comiterii, sub influența băuturilor alcoolice, a unei infracțiuni la regimul circulației rutiere, motivate să urmeze programul Drink&drive sau față de care instanța de judecată a dispus obligația de a frecventa un program de reintegrare socială.

Totodată, în cadrul serviciilor de probațiune județene este disponibil programul individual de reabilitare comportamentală „UNU la UNU”. Acest program se adresează persoanelor cu istoric în consumul de droguri care, la momentul includerii în program, cât și pe parcursul desfășurării acestuia, se află în perioadă de abinență.

De asemenea, Agenția Națională Antidrog prin centrele sale teritoriale, a implementat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, o serie de activități, cu caracter local, în vederea facilitării reintegrării sociale a deținuților post liberare și anume:

- Proiectul „Programul de pregătire pentru liberare” desfășurat în Penitenciarul Slobozia sub forma a 12 întâlniri interactive, de care au beneficiat 58 persoane private de libertate;
- Programul „Reducerea riscului de recidivă după închisoare”, desfășurat în Penitenciarul Poarta Albă la inițiativa Serviciului de Probațiune de pe lângă Tribunalul Constanța, de care au beneficiat 16 deținuți.

9.4 ALTE INFORMAȚII DE INTERES

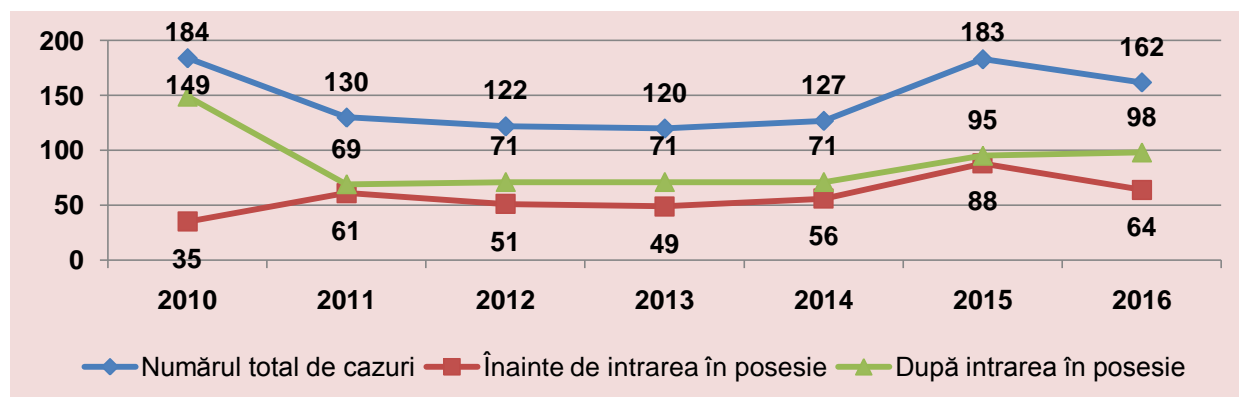
9.4.1. Piața drogurilor în penitenciar

În urma controalelor efectuate, în anul 2016, au fost înregistrate 162 cazuri de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante. Dintre acestea, 64 cazuri (39,5%) au fost înregistrate înainte de intrarea în posesie și 98 cazuri (60,5%) după intrarea în posesia deținuților. Raportat la anul 2015, se observă scăderea cu 27,3% a cazurilor de descoperire a stupefiantelor înainte de intrarea în posesia deținuților și menținerea la o valoare apropiată de cea înregistrată anterior, a cazurilor de descoperire după intrarea în posesie.

În ceea ce privește modalitățile de introducere a stupefiantelor în unitățile penitenciare, în anul 2016, s-a recurs, preponderent, la disimularea acestora în articolele vestimentare ale persoanei vizitatoare. După intrarea în posesie, locurile de escamotare a drogurilor utilizate, frecvent, de deținuții sunt: grupul sanitar al camerei, rama meselor, rama patului, perna, salteaua, pachetul de țigări, spațiul dintre 2 fotografii lipite. Drogurile care fac obiectul traficului și consumului în mediul penitenciar sunt, în principal, heroina, canabisul și noile substanțe psihoactive.

⁹² Cu referire la infracțiuni de același tip

Grafic 9- 17: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2016⁹³



Sursa: ANP

Sistemul penitenciar se confruntă cu o serie de vulnerabilități/ deficiențe, exploatare de către deținuți, în încercările acestora de a introduce și deține substanțe interzise în unitățile de detenție. Sintetic, aceste vulnerabilități sunt determinate de: poziționarea geografică a unor unități (facilitează interacțiunea dintre persoanele private de libertate și persoane civile), de arhitectura neadaptată noilor condiții de profilare a unităților penitenciare (facilitează disimularea obiectelor/ substanțelor interzise), deficitul de personal (determină supraîncărcarea cu sarcini profesionale a angajaților, dar și repartizarea deținuților în unele posturi de pază pe timpul zilei), precum și dotarea tehnică necorespunzătoare (lipsa dispozitivelor Linescan în posturile de control din anumite unități).

9.5. CONCLUZII

- Ponderea deținuților care au declarat consum de droguri la depunerea în penitenciar este de 7,4% în populația persoanelor aflate în custodia unităților penitenciare la data de 31 decembrie 2016;
- Drogul consumat, cu precădere, înainte de intrarea în detenție este heroina fiind urmată de cannabis și de noile substanțe psihoactive;
- Majoritatea deținuților foști consumatori de droguri aflați în asistență pe parcursul anului 2016, au accesat aceste servicii în anul 2016;
- 2/3 dintre beneficiarii serviciilor de asistență au solicitat sprijin specializat ca urmare a consumului de opiacee;
- Segmentul de vârstă 15-19 ani reprezintă intervalul cu cea mai mare expunere la riscul de inițiere în consumul de substanțe psihoactive.

⁹³ Date preluate din Raportul anual de activitate 2016 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2017/04/bilant-ANP-2016.pdf>

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 din cadrul Agenției Naționale Antidrog.

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 2015-2018⁹⁴, 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.

Activitatea Agenției Naționale Antidrog în domeniu este sprijinită de un Consiliul Științific (bazat pe modelul Observatorului European de Droguri și Toxicomanii), care se reunește, de regulă, în fiecare an. Printre alte responsabilități, acest organism aprobă protocoalele de cercetare elaborate de Agenția Națională Antidrog. În 2016, a fost creat un nou organism de acest tip, care are un mandat de 4 ani.

⁹⁴ 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”
- Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București
- Institutul de Cercetare a Calității Vieții
- Institutul de Sociologie al Academiei Române
- Universitatea de Medicină și Farmacie București
- Universitatea 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 10- 1: Principalele publicații în domeniu

Nume	Domeniu	Limbă	Sumar
Studii în domeniul drogurilor	Științe sociale	Română	Română
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,	Română,

		Engleză	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
GERMS	Health	Romanian, English	English
National Research Database	Health	English	English

Sursa: ANA

10.5 Principalele site-uri care oferă informații în domeniul cercetării

- [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

Publicate:

Agenția Națională Antidrog (2016). Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD – 2015. *Studii în domeniul drogurilor, 1, (2)*. <http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD%202015.pdf>

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>

LISTA GRAFICELOR

Grafic 1-1: Distribuția teritorială a ordonanțelor de evaluare emise de DIICOT, date comparate 2014 – 2016 (nr.)	15
Grafic 1-2: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de statutul juridic, date comparate 2014 – 2016 (nr.)	15
Grafic 1-3: Distribuția numărului de persoane pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de acordul/ dezacordul evaluării, date comparate 2014 – 2016 (nr.)	16
Grafic 1-4: Distribuția numărului de persoane care au fost incluse în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri, din numărul total de persoane evaluate, date comparate 2014 – 2016	16
Grafic 1-5: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2016	18
Grafic 1-6: Evoluția amenziilor aplicate în urma controalelor, efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2016	18
Grafic 1-7: Evoluția bugetului (RON) Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/ proiectelor specifice, în perioada 2009-2016.....	25
Grafic 2-1: Caracteristici ale consumului de cannabis în populația generală	30
Grafic 2- 2: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de cannabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta.....	32
Grafic 2- 3: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de cannabis, 2012-2016.....	34
Grafic 2- 5: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația generală.....	36
Grafic 2- 6: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația generală	37
Grafic 2- 7: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația generală	39
Grafic 2- 8: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de stimulanti, 2012-2016.....	42
Grafic 2- 9: Caracteristici ale consumului de heroină în populația generală	43
Grafic 2- 10: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2016	44
Grafic 2- 11: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de opiacee, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acestea.....	47
Grafic 2- 12: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de opiacee, 2012-2016.....	49
Grafic 2- 13: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală.....	50
Grafic 2- 14: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2016 (număr cazuri)	52
Grafic 4- 1: Proporțiile persoanelor admise la tratament, în funcție de drogul principal consumat... ..	92
Grafic 4- 2: Tendințe privind numărul total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2016	97
Grafic 4- 3: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărului total de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2016	98

Grafic 4- 4: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2016	99
Grafic 4 - 5: Tendințe privind numărul de beneficiari în OST, în perioada 2003-2016	100
Grafic 6- 1: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2016.....	123
Grafic 6- 2: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2016 (nr. cazuri)	123
Grafic 6- 3: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor (directe și indirecte) asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2016.....	124
Grafic 6- 4: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2016	124
Grafic 6- 5: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2016	125
Grafic 6- 6: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2016 (%).....	126
Grafic 6- 7: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2016	127
Grafic 6- 8: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2016.....	128
Grafic 6- 9: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2016	129
Grafic 6- 10: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2016	134
Grafic 6- 11: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2016	135
Grafic 6- 12: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2016, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)	137
Grafic 6- 13: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, date comparate 2012-2016 (număr cazuri)	139
Grafic 6- 14: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2016 (total populație și pe sexe)	144
Grafic 6- 15: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2016 (TDI).....	145
Grafic 6- 16: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2016 (TDI).....	146
Grafic 6- 17: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admiterii la tratament, 2016 (TDI)	147
Grafic 6- 18: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2016 (status serologic testat)	149
Grafic 6- 19: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2016 (status serologic testat)	149
Grafic 6- 20: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2016 (status serologic testat)	149
Grafic 6- 21: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu HIV în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2016.....	152
Grafic 6- 22: 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 2016	152

Grafic 6- 23: Dinamica testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalenței infectării cu VHB în populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi, 2016	153
Grafic 6- 24: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007 – 2016 (nr. cazuri)	154
Grafic 6- 25: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2016 (%)	155
Grafic 6- 26: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI aflați în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2016(%)	156
Grafic 6- 27: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2008-2016.....	166
Grafic 7- 1: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, M.D.M.A., N.S.P. și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate.....	174
Grafic 7- 2: Dinamica confiscărilor de droguri, în perioada 2003 – 2016	177
Grafic 7- 3: Evoluția cantităților totale (<i>kilograme</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2011 – 2016	178
Grafic 7- 4: Evoluția cantităților totale (<i>comprimate</i>) de droguri confiscate în România, în perioada 2009 – 2016	179
Grafic 7- 5: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri confiscate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2016.....	179
Grafic 7- 6: Dinamica numărului de capturi de droguri, în perioada 2011 – 2016	180
Grafic 7- 7: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2012 – 2016	181
Grafic 7- 8: Evoluția cantităților de iarbă de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de iarbă de canabis, în perioada 2007 – 2016	182
Grafic 7- 9: Evoluția cantităților de rezină de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de rezină de canabis, în perioada 2007 – 2016	182
Grafic 7- 10: Evoluția cantităților de masă plante de canabis confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2016	183
Grafic 7- 11: Evoluția cantităților de cocaină confiscate comparativ cu cea a numărului capturilor de cocaină, în perioada 2007 – 2016	185
Grafic 7- 12: Evoluția confiscărilor de comprimate de tip droguri sintetice, în perioada 2007 – 2016	187
Grafic 7- 13: Evoluția capturilor și confiscărilor de comprimate de MDMA, comparativ cu cea a numărului de capturi și confiscări semnificative de MDMA, în perioada 2011 – 2016	188
Grafic 7- 14: Evoluția dozelor de LSD confiscate, comparativ cu cea a numărului capturilor de LSD, în perioada 2007 – 2016	188
Grafic 7- 15: Evoluția cantităților de heroină confiscate, comparativ cu cea a numărului de capturi de heroină realizate, în perioada 2007 – 2016	189
Grafic 7- 16: Evoluția cantităților de metadonă (comprimate) confiscate, comparativ cu cea a numărului de capturi de metadonă realizate, în perioada 2011 – 2016	191
Grafic 7- 17: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2011 – 2016.....	191
Grafic 7- 18: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2011 – 2016 (în Euro/ kg sau 1000 comprimate).....	193

Grafic 7- 19: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2011 – 2016 (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)	194
Grafic 7- 20: Evoluția purității minime, respectiv maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2016	195
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 – 2016	198
Grafic 8- 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2016, în funcție de tipul soluției dispuse (%)	198
Grafic 8- 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2016	199
Grafic 8- 4: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2016	200
Grafic 8- 5: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2002 – 2016	201
Grafic 8- 6: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2015	201
Grafic 8- 7: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției, în perioada 2002 – 2016.....	202
Grafic 8- 8: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2016, comparativ cu anul 2015	203
Grafic 8- 9: 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 2002-2016.....	205
Grafic 8- 10: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2002 - 2016 (%).....	205
Grafic 8- 11: 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 2016 (%)	206
Grafic 8- 12: 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 2015 – 2016 (%).....	206
Grafic 8- 13: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2016	207
Grafic 8- 14: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2002 – 2016	208
Grafic 8- 15: 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, în perioada 2006 – 2016	209
Grafic 8- 16: 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, în perioada 2006 – 2016.....	210
Grafic 8- 17: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2016	211
Grafic 8- 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2016.....	212

Grafic 8- 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei în anul 2016.....	212
Grafic 8- 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea executării sub supraveghere și pentru care s-a aplicat amânarea aplicării pedepsei închisorii în perioada 2001 – 2016.....	213
Grafic 8- 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/ 2000, în perioada 2010 – 2016	214
Grafic 8- 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2016	215
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 – 2016	217
Grafic 8- 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2016.....	219
Grafic 9- 1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2016.....	229
Grafic 9- 2: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de starea de recidivă (%), 2016	229
Grafic 9- 3: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2016.....	230
Grafic 9- 4: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2016	230
Grafic 9- 5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de drogul consumat (%), 2009-2016	231
Grafic 9- 6: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2009-2016	232
Grafic 9- 7: Deținuți foști consumatori de droguri cu boli infecțioase în rândul populației de deținuți infectați, în funcție de tipul de virus identificat (număr deținuți), 2016	233
Grafic 9- 8: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri care au beneficiat de asistență în anul 2016, în funcție de anul admiterii la tratament (%)	237
Grafic 9- 9: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2016.....	237
Grafic 9- 10: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri care au beneficiat de asistență în anul 2016, în funcție de vârstă (%).....	237
Grafic 9- 11: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2016, în funcție de vârsta la debutul în consumul de droguri (%)	238
Grafic 9- 12: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în asistență în anul 2016, în funcție de vârsta de debut și vârsta la admiterea la tratament (%)	238
Grafic 9- 13: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2016, în funcție de tipul drogului principal (%)	239
Grafic 9- 14: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în asistență în anul 2016, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum (%).....	239
Grafic 9- 15: Distribuția deținuților foști consumatori de droguri aflați în servicii, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare admiterii la tratament (%)	240
Grafic 9- 16: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip <i>Comunitate terapeutică</i> în anul 2016	242

Grafic 9- 17: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2016..... 244

LISTA TABELELOR

Tabel 1- 1: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor 2016.....	11
Tabel 1- 2: Implementarea Planului de acțiune 2013-2020	24
Tabel 1- 3: Cheltuieli publice realizate în anul 2016 pentru domeniul drogurilor	26
Tabel 2- 1: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de cannabis.....	33
Tabel 2- 2: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de cannabis.....	34
Tabel 2- 3: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de stimulanti	41
Tabel 2- 4: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de stimulanti	42
Tabel 2- 5: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de opiacee	48
Tabel 2- 6: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de opiacee	49
Tabel 2- 7: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de NSP	53
Tabel 2- 8: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de NSP	54
Tabel 4- 1: Caracteristicile centrelor ambulatorii.....	82
Tabel 4- 2: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul ambulatoriu, în anul 2016.....	84
Tabel 4- 3: Caracteristicile centrelor rezidențiale	86
Tabel 4- 4: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2016	87
Tabel 4- 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2016. 90	
Tabel 4- 6: Beneficiari aflați în tratament, în anul 2016.....	91
Tabel 6- 1: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2016	133
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).....	136
Tabel 6- 3: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2016	141
Tabel 6- 4: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2016.....	143
Tabel 6- 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri injectabile înregistrați în programele de schimb de seringi în anul 2016.....	150
Tabel 7- 1: Situația numărului de capturi semnificative de droguri realizate în Municipiul București și în județele Timiș și Constanța, în perioada 2013 – 2016.....	172
Tabel 7- 2: Situația drogurilor ilicite din România în ceea ce privește țara de origine/ plecare și destinație a drogurilor	176
Tabel 7- 3: Situația drogurilor ilicite confiscate la nivel național, în perioada 2011 – 2016, în funcție de tipul de drog.....	180

Tabel 7- 4: Situația cantităților de NSP confiscate, precum și a numărului capturilor de N.S.P. în perioada 2012 – 2016	190
Tabel 7- 5: Alte medicamente confiscate în anii 2015 - 2016	192
Tabel 8- 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2015 – 2016	204
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 – 2016	216
Tabel 9- 1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2016.	228
Tabel 9- 2: Caracteristicile socio-demografice ale deținuților foști consumatori de droguri, infectați cu VHC și VHB	234
Tabel 9- 3: Caracteristicile populației de foști consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență oferite în mediul penitenciar	241
Tabel 10- 1: Principalele publicații în domeniu	246

LISTA HĂRȚILOR

Harta 2- 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de canabis (singular sau în combinație).....	32
Harta 2- 2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație)	40
Harta 2- 3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație).....	47
Harta 2- 4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație).....	53
Harta 6- 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016.....	138
Harta 7- 1: Capturi semnificative de canabis în anul 2016 (kg)	184
Harta 7- 2: Rute de traficare pentru canabis în anul 2016	184
Harta 7- 3: Capturi semnificative de cocaină în anul 2016 (kg)	186
Harta 7- 4: Rute de traficare a cocainei în anul 2016	186
Harta 8- 1: Situația la nivel teritorial a infracționalității la regimul drogurilor și a capturilor și cantităților semnificative de droguri realizate de formațiunile antidrog	221
Harta 8- 2: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității la regimul drogurilor	222
Harta 8- 3: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor.....	222
Harta 8- 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor.....	223

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

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. Viviana Manolache, sociolog*
- *Drd. Lavinus SAVA, psiho-sociolog*

Capitolul 2 - PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

- *Șef ORDT, Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie*
- *Dr. Bogdan GHEORGHE, medic*
- *Director adjunct Claudiu VINȚELER,*

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*
- *Mihaela BEBU, asistent social, doctor în sociologie*

Capitolul 6 - CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI

- *Dr. Gabriel GORUN, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)*
- *Dr. Bogdan GHEORGHE, medic*
- *Drd. Lavinus SAVA, psiho-sociolog*

Capitolul 7 - PIAȚA DROGURILOR

- *Șef SMROD, Andreea CHELARU, psiho-sociolog*
- *Ana Maria BOȘOGIOIU, 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*
- *Milica GEORGESCU, doctor în sociologie*