



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR

2010

ROMÂNIA

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

REITOX

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

**MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR
INSPECTORATUL GENERAL AL POLIȚIEI ROMÂNE
AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG
BIROUL OBSERVATORUL ROMÂN DE DROGURI ȘI TOXICOMANII
Bulevardul Unirii nr. 37, bloc A 4, sector 3
BUCUREȘTI, ROMÂNIA
Tel/fax: (0040) (21) 316.47.97 sau 323.30.30/interior 21706, 21731**

CUPRINS

REZUMAT	5
CAPITOLUL 1 – CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU	12
1.1 CADRUL LEGISLATIV	12
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE.....	15
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE.....	18
CAPITOLUL 2 – CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIE ȘI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE ...	21
2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ	21
2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN ȘCOLI ȘI ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI TINERE.....	21
CAPITOLUL 3 – PREVENIRE	24
3.1 PREVENIRE UNIVERSALĂ.....	24
3.2 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC	28
CAPITOLUL 4 - CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI	30
4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI INCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI	30
4.2. DATE PRIVIND CONSUMATORII PROBLEMATICI DE DROGURI COLECTATE DIN ALTE SURSE DECÂT INDICATORUL ADMITERE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	31
4.3. CONSUM INTENSIV, FRECVENT ȘI DE LUNGĂ DURATĂ ȘI ALTE FORME DE CONSUM PROBLEMATIC	31
CAPITOLUL 5 – ADMITEREA LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	32
5.1 STRATEGII/ POLITICI.....	33
5.2. SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT	33
5.3 CARACTERISTICILE POPULAȚIEI ADMISE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI	34
5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN RANDUL CLIENȚILOR SERVICIILOR DE TRATAMENT	54
CAPITOLUL 6 - CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII.....	56
6.1 BOLILE INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	56
6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII	73
6.3 DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MORTALITATE ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI	84
CAPITOLUL 7 - RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚE ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	91
7.1 PREVENIREA CAZURILOR DE URGENȚĂ ȘI REDUCEREA CAZURILOR DE DECES ASOCIAT CONSUMULUI DE DROGURI.....	91
7.2 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI.....	91
7.3 INTERVENȚII ÎN CAZUL ALTOR CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI.....	95
CAPITOLUL 8 - CORELAȚII SOCIALE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MĂSURI DE REINTEGRARE SOCIALĂ.....	96
8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ	96
8.2 REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI	98
CAPITOLUL 9 – INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR, PREVENIREA INFRAȚIONALITĂȚII LA REGIMUL DROGURILOR ȘI SISTEMUL PENITENCIAR	99
9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR.....	99
9.3 INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC	109
9.4 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR.....	109
9.5 RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE (INCLUSIV ÎN ALTE MEDII CUSTODIALE)	111
9.6 REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR.....	113

CAPITOLUL 10 - PIAȚA DROGURILOR	114
10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ	114
10.2 CAPTURI	115
10.3 PREȚ/ PURITATE	120
CAPITOLUL 11 – ISTORIC, METODE ȘI PUNEREA ÎN APLICARE A GHIDURILOR DE TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	122
11.1 ISTORIC ȘI CADRU GENERAL.....	123
11.2 GHID CLINIC DE TRATAMENT SUBSTITUTIV AL DEPENDENȚEI LA OPIACEE	127
11.3 IMPLEMENTAREA GHIDULUI.....	131
11.4 COMPARAȚIE CU GHIDUL OMS ÎN DOMENIU	131
BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE	133
BIBLIOGRAFIE.....	133
SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE	137
LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT	138
LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT	142

În cadrul Raportului Național privind Situația Drogurilor 2010 sunt analizate date referitoare la cererea și oferta de droguri în România la nivelul anului 2009, politicile naționale și legile în domeniu, împreună cu tendințele și evoluțiile înregistrate în ultimii ani.

În primul capitol – *Contextul Național și Politicile în domeniu* - sunt prezentate sincopetele în construcția legislativă și instituțională a sistemului național de prevenire și combatere a fenomenului drogurilor. Conform opiniei majorității specialiștilor din domeniu, în anul 2009, a existat un vid în ceea ce privește elaborarea și coordonarea politicilor din domeniul reducerii cererii de droguri:

- în continuare nu se pot aplica prevederile privind posibilitatea înlocuirii pedepsei cu detenția pentru consumatorii de droguri, cu condiția acceptării/ includerii într-un program specific de asistență integrată medico-psiho-socială (deși Codul de Procedură Penală s-a aprobat la 1 iulie 2010, acesta poate deveni operațional doar după aprobarea legii pentru punere în aplicare a acestuia, proces care poate dura maxim 12 luni de la aprobarea Codului);
- s-a adoptat un singur act normativ cu aplicabilitate directă în implementarea politicilor publice antidrog naționale: Hotărârea Guvernului nr. 367 din 25 martie 2009 prin care au fost aprobate Programele naționale de sănătate pentru anul 2009, care însă a fost modificat chiar în același an prin alte 5 acte normative (de asemenea, Ordinul pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009 – a fost modificat ulterior, pe parcursul anului, prin alte cinci ordine comune);
- în ceea ce privește activitatea parlamentară, în anul 2009 s-au înregistrat 5 interpelări și întrebări în Parlamentul României, iar reacția Guvernului s-a concretizat în două acte normative emise în anul 2010;
- celelalte documente juridice adoptate au vizat schimbări structurale: reorganizarea Agenției Naționale Antidrog, norme privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, reorganizarea Centrului Național de Sănătate Mintală București etc.

Schimbările legislative și structurale produse în primul semestru al anului 2009, cu efecte directe asupra organizării ANA, au condus la:

- întârzieri semnificative în elaborarea și aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2009-2012: a fost elaborat proiectul Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2009-2012, care în prezent se află în faza consultărilor, și ar putea fi aprobat, probabil, până la finele anului 2010;
- un impact negativ, atât asupra activităților publice în domeniu, cât și în privința coordonării intersectoriale, fapt resimțit de toți partenerii instituționali, dar mai ales de organizațiile ne-guvernamentale.

Tot în cadrul acestui capitol sunt prezentate și concluziile Raportului de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012, elaborat în anul 2009 de Agenția Națională Antidrog și care indică faptul că, în perioada respectivă, România și-a dezvoltat sistemul instituțional și legislativ, precum și cel al colectării de date, iar Punctul Național Focal (Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii) și-a îmbunătățit substanțial capacitatea de colectare și procesare a datelor, în special, în domeniul celor cinci indicatori cheie monitorizați de către EMCDDA.

La fel ca și în anii anteriori, deoarece bugetele instituțiilor care desfășoară activități antidrog nu sunt structurate conform standardului european COFOG, nu au putut fi identificate separat cheltuielile specifice pentru aceste activități și, în consecință, datele prezentate vizează doar cheltuielile publice ne-standardizate. Singurele cheltuieli „vizibile” în bugetele sau bilanțurile anuale ale autorităților publice sunt cele alocate programelor cu specific antidrog, inițiate sau implementate de acestea, pe cont propriu sau în parteneriat cu organisme ale societății civile (o pondere semnificativă având programele cu finanțare națională și internațională, în special proiectele cu finanțare PHARE și asistență tehnică și financiară oferită de UNODC).

Următoarele opt capitole conțin date și informații legate de consumul de droguri și de răspunsurile și măsurile adoptate în acest domeniu. Astfel, capitolul doi – *Consumul de droguri în populație și în rândul subgrupurilor specifice* - prezintă situația consumului de droguri în rândul populației tinere, conform datelor obținute prin derularea în anul 2009 a studiului la nivel național, de tip omnibus, intitulat „*BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a XII-a*”. Din datele obținute, prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții, a fost de 10,7%. Conform acestui studiu, capitala nu mai este la mare distanță de celelalte regiuni ale țării privind consumul de droguri în rândul tinerilor, și asistăm la o extindere a acestuia la nivel regional: Regiunea Nord-Est se distinge în privința consumului (19,9%), următoarea fiind cea de Sud-Est (15,1%), iar regiunea București-Ilfov se află pe locul trei (13,7%). De asemenea, în ceea ce privește substanțele consumate, se remarcă marijuana cu o prevalență de-a lungul vieții de 34,1%, dar și prezența drogurilor din categoria «substanțelor etnobotanice» (*magic* 3,6% - produs ce conține mefedronă, *spice* 2,2% - produs ce conține canabinoizi sintetici).

Capitolul trei – *Prevenire* - este dedicat programelor de prevenire, fiind structurat pe trei arii: prevenirea universală, selectivă și indicată. Comparativ cu anii anteriori când, la nivel local, erau implementate preponderent proiectele de prevenire universală, în acest an, se remarcă creșterea numărului de proiecte de prevenire selectivă. Se observă, de asemenea, o creștere a calității proiectelor de prevenire universală întrucât acestea includ atât componenta de informare, cât și pe cea de dezvoltare de abilități. Deși, așa cum s-a menționat anterior, anul 2009 a reprezentat o sincopă în construcția legislativă și instituțională a sistemului național de prevenire și combatere a fenomenului drogurilor, au continuat măsurile de implementare a programelor de prevenire a consumului și a debutului în consum.

În ceea ce privește *prevenirea universală*, deși majoritatea programelor au avut ca obiectiv informarea privind riscurile consumului de alcool, tutun și droguri, precum și efectele pe termen scurt, mediu și lung ale consumului, totuși, se constată o mai bună conștientizare a eficacității pe termen mediu și lung a programelor de prevenire orientate spre formarea și consolidarea abilităților personale care au rol de factor de protecție în prevenirea consumului de droguri (abilități de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor, gestionarea stresului și agresivității, rezolvarea de probleme, luarea deciziilor etc). De asemenea, se constată o mai bună orientare a proiectelor derulate spre consolidarea măsurilor de prevenire adecvate nevoilor locale (au fost derulate mai multe proiecte la nivel local; de ex în mediul școlar au fost implementate 1 proiect național și 67 proiecte locale) și dezvoltarea parteneriatelor la nivel local între instituțiile publice și reprezentanți ai societății civile (majoritatea proiectelor fiind desfășurate în parteneriat cu Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Asistență Psihopedagogică, Autoritățile Județene de Sănătate Publică, Primării, Inspectorate Județene de Poliție, Poliția de Proximitate, Centre de Plasament – Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Case de Cultură, Direcțiile Județene de Tineret și Sport, Autoritatea Națională a Penitenciarelor, organizații neguvernamentale și reprezentanți ai mass-mediei).

Programele derulate pe *aria prevenirii selective* au avut ca grup țintă persoanele aflate în stare privativă de libertate (dezvoltarea de abilități pentru reintegrarea socială și pregătire pentru eliberare), adolescenții și tinerii identificați/ depistați pentru prima oară cu consum de droguri sau ocrotiți în apartamente și case de tip rezidențial și consumatorii de droguri injectabile (informare și educare pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile) și au vizat consumul de droguri în spații recreaționale, precum și persoanele cu un consum problematic de alcool.

Pe ansamblu, datele disponibile la nivelul anului 2009 și experiența acumulată în implementarea indicatorilor, au permis, comparativ cu anii anteriori, efectuarea de analize și corelații comprehensive. Deși sistemul de colectare a datelor s-a îmbunătățit considerabil atât ca acoperire, cât și în privința consistenței datelor, mai există domenii insuficient acoperite din punct de vedere statistic (de exemplu bolile infecțioase asociate consumului de droguri cum ar fi sifilisul, tuberculoza, infecțiile cu transmitere sexuală), iar pentru unii indicatori datele disponibile sunt parțiale - fie numai pentru o anumită regiune, de regulă București (consumul problematic de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri, serviciile de schimb de seringi), fie acoperind numai anumite surse de date (de obicei, fișa de admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri).

În capitolul patru – *Consumul problematic de droguri* – sunt prezentate date privind estimări indirecte ale prevalenței consumului problematic de droguri – indicator epidemiologic cheie - (în cifre absolute și rată) ale numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând două metode (metoda multiplicatorilor și tehnica nominalizării). Nu s-au observat schimbări majore în ceea ce privește numărul estimat de **consumatori problematici** din București în anul 2009, comparativ cu anul 2008, respectiv 2007 și se observă că, atât metoda multiplicatorilor, cât și tehnica nominalizării conduc la rezultate asemănătoare pentru același tip de servicii folosite ca și *benchmark* în formula de calcul a multiplicatorului. În continuare, principala limită în realizarea unei estimări la nivel național este reprezentată de disponibilitatea serviciilor/ programelor din restul țării.

Capitolul cinci - *Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri*, un alt indicator epidemiologic cheie, conține informații privind sistemul de tratament și evoluția în timp a indicatorului (analiza fiind realizată separat pe cele 2 tipuri de servicii: în regim de internare și cel ambulatoriu). Începând cu anul 2009, în raportarea serviciilor de asistență oferite consumatorilor de droguri au fost incluse, pe lângă unitățile medicale ale Ministerului Sănătății, și centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog, alte 3 centre specializate pentru tratamentul în ambulatoriu al consumatorilor de droguri: Arena (centru administrat de o organizație non-guvernamentală, ARAS) și 2 private: PSYMOTION și Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii (ANIT), care acordă servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee) în București. De asemenea, tot pentru anul de referință, au fost colectate date privind admiterea la tratament în cadrul sistemului penitenciar.

Astfel, deși au fost colectate pentru prima oară date privind **admiterea la tratament** în centre private și în penitenciar, se observă o diminuare cu 14% a solicitărilor pentru astfel de servicii specializate (scădere pentru asistența în regim de internare și creștere pentru asistența în regim ambulatoriu)¹ și comparativ cu anul anterior, în cel de referință se înregistrează: o creștere a proporției cazurilor noi tratate în regim de internare și o scădere în cazul beneficiarilor noi cărora li s-a acordat tratament în regim ambulatoriu și creșterea solicitărilor noi la tratament, în regim de internare, pentru alte substanțe (în special plante etnobotanice). Similar informațiilor colectate în anii precedenți, și în anul 2009 se poate constata menținerea concentrării serviciilor de asistență cu predilecție în Municipiul București.

Drogul principal pentru care s-au solicitat servicii de asistență, atât în regim de internare, cât și în regim ambulatoriu, a fost heroina și față de anii anteriori, în anul 2009, a crescut proporția consumatorilor care utilizau un drog secundar (crește policonsumul). Având în vedere drogul principal pentru care s-a solicitat tratament, cele mai mari procente pentru consumul unui drog secundar se înregistrează pentru persoanele consumatoare de opiacee. Pentru asistența în regim de internare, policonsumul cu opiacee (metadonă), alcool, cocaină, stimulante și inhalanți volatili ca drog secundar, a înregistrat scăderi în anul 2009, față de 2008, crescând însă procentul celor care utilizează, ca drog secundar, hipnotice și sedative, alte opiacee decât metadona (inclusiv heroina), alte substanțe, cannabis și halucinogene. Pentru admiterile, în regim ambulatoriu, crește utilizarea ca drog secundar a metadonei, a altor substanțe, a stimulamentelor, a hipnoticelor și sedativelor și scade pentru alcool.

Referitor la vârsta persoanei admise la tratament, există diferențe în funcție de tipul centrului unde s-a făcut admiterea la tratament: pentru tratamentul în regim de internare media de vârstă este de 31,7 de ani, fiind mai mare pentru persoanele de sex feminin (39 de ani, comparativ cu 29,5 ani - bărbați), iar pentru tratamentul în regim ambulatoriu, media de vârstă este de 27 de ani, fiind mai mare pentru persoanele de sex masculin (27,1 de ani comparativ cu 26,2 ani - femei).

Cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani și, atât pentru admiterea în regim ambulatoriu, cât și pentru cea în regim de internare se constată o creștere a proporției pentru debutul la vârste mai mici de 15 ani și scăderea proporției pentru debutul la vârste mai mari de 25 de ani. În privința nivelului de școlarizare al persoanelor admise la tratament în regim de internare se menține tendința înregistrată în anul 2008: crește proporția celor cu un nivel scăzut de școlarizare (ajungând la 67,1%) și scade cea a celor cu un nivel mediu de educație (25,5%). Datele sunt similare cu cele din

¹ Aceasta nu înseamnă, în mod necesar, scăderea numărului de persoane care s-au adresat centrelor de tratament în regim de internare, o posibilă explicație constând și în faptul că, în anul 2009 nu s-au mai utilizat date agregate și a fost evitată dubla numărare pe baza unui cod alfa-numeric pentru fiecare pacient/ client.

studiile privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București.

Majoritatea (80,4%) persoanelor care au solicitat tratament în regim de internare, în anul 2009, sunt șomeri/ fără ocupație, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă (datele sunt similare cu cele din studiile în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București) și, comparativ cu anul anterior, în anul de referință, a crescut proporția persoanelor fără un loc de muncă și a celor care frecventează o formă de învățământ și a scăzut procentul celor angajate cu contract de muncă/ care au propria afacere și a celor inactive economic, iar în cazul admițerilor la tratament în regim ambulatoriu, în anul de referință, există o proporție mai mare de persoane angajate.

Din cele 422 de persoane consumatoare de opiacee care au primit în anul 2009 tratament de menținere a abstenenței cu agonist/ antagonist opiaceu: o treime (29,4%) se aflau deja în tratament de substituție; sunt tineri cu vârsta cuprinsă între 20 și 34 de ani (cele mai multe cazuri în grupa de vârstă 25-29 ani: 40,7%); 3 din 4 beneficiari consumă opiacee de cel puțin 5 ani de zile (76,8%); aproximativ două treimi (61,9%) au consumat zilnic opiacee și aproximativ jumătate (44,3%) au solicitat tratament din proprie inițiativă; aproximativ jumătate sunt șomeri/ fără ocupație (46,2%) și cel puțin unul din patru (27,4%) are un loc de muncă.

Capitolul șase – *Consecințe și corelații în planul sănătății* - conține informații privind ceilalți doi indicatori epidemiologici cheie: bolile infecțioase asociate consumului de droguri și decesele survenite ca urmare a consumului de droguri, precum și date privind alte corelații și consecințe ale consumului de droguri asupra sănătății: urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri și patologia psihiatrică asociată consumului de droguri. În cadrul capitolului sunt prezentate rezultatele a două studii privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București, unul privind adolescenții cu risc crescut HIV/SIDA și unul privind tinerii care trăiesc cu HIV/ SIDA în România (grupuri țintă: București - *consumatori de droguri injectabile*; București, Iași, Constanța și Timișoara - *tinere femei care practică sexul comercial și cele nouă Centre Regionale de Monitorizare HIV/ SIDA din România - tineri care trăiesc cu HIV/ SIDA în România*; sunt prezentate date privind practicile legate de consumul de droguri injectabil, comportamentul sexual, comportamentele cu risc de transmitere HIV și serviciile existente care se adresează acestor adolescenți și tineri).

În anul 2009, prevalența **bolilor infecțioase asociate consumului de droguri** în rândul consumatorilor de droguri înregistrați prin monitorizarea de rutină indică o tendință de: stabilizare pentru HVB (în jurul a 10-11% dintre CDI testați; cei mai mulți fiind de sex masculin, cu vârsta mai mare de 34 de ani, cu un istoric de injectare de mai puțin de doi ani); stabilizare la nivele înalte pentru HVC (cu valori peste media europeană - 71,2% dintre CDI testați; semnificativ mai mare în rândul pacienților de sex masculin, cu un istoric de injectare de peste 10 ani și pentru pacienții readmiși la tratament) și creștere pentru HIV (cu valori sub media europeană - 3,3% dintre CDI testați; cu valori mai mari pentru categoria de vârstă 25-34 ani și în rândul pacienților cu un istoric de injectare de peste 10 ani și admiși pentru prima oară la tratament ca urmare a consumului de droguri).

Conform studiilor, există o tendință de subestimare a prevalenței pentru infecția cu HVC (prevalența depistată este de 1,5 ori mai mare decât cea autodeclarată) și de supraestimare a proporției persoanelor infectate HVB și pentru toate cele trei tipuri de infecții testate se constată prevalențe mai mici pentru CDI recrutați exclusiv din centrele de tratament, față de grupul de consumatori selectat pe baza tehnicii RDS (Respondent driven sampling - eșantion de tip înlănțuit pe baza recomandărilor respondenților). Cele mai mari diferențe se înregistrează la infecția cu HVB, respectiv cu HIV (raportul CDI selectați aleator: CDI din centrele de tratament este 4,01:1 în cazul HVB, respectiv 3,79:1 în cazul HIV), ceea ce ar putea conduce la concluzia unor prevalențe mult mai mari în realitate pentru cele două tipuri de infecții. De asemenea, se remarcă diferențe semnificative comparativ cu datele înregistrate în cazul admițerii la tratament (monitorizare de rutină): HVC (78,36% - studiul 1, 82,9% - studiul 2, 28,77% - admiterea la tratament), în cazul HVB (1,17% - studiul 1, 4,7% - studiul 2, 10,3% - admiterea la tratament) și în cazul infecției cu HIV (0,29% - studiul 1, 1,1% - studiul 2, față de 3,3% în cazul admițerii la tratament).

Comparativ cu un studiu similar derulat de Agenția Națională Antidrog în perioada mai-octombrie 2007², se constată următoarele: procentul respondenților care s-au testat vreodată pentru HVB, HIV sau HVC

² Studiu privind la prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi

rămâne redus; se înregistrează în continuare un procent mare al celor care au declarat că au utilizat seringi sau ace folosite anterior de o altă persoană; crește prevalența infecției cu VHC în rândul CDI testați, în timp ce prevalența infecției HIV scade și suma medie de bani cheltuită într-o zi obișnuită de consum pentru procurarea drogurilor (exclusiv alcool și tutun) se reduce nesemnificativ.

În ceea ce privește **urgențele non-fatale ca urmare a consumului de droguri** - pentru anul 2009 au fost raportate la nivel național un număr de 999 de cazuri (dintre care: 258 - în urma consumului de opiacee, 95 - pentru consum de hipnotice și sedative, 86 - intoxicații acute cu substanțe etnobotanice și 48 de cazuri - pentru cannabis) și pentru primele 6 luni ale anului 2010 - 934 de cazuri (dintre care 235 de cazuri - intoxicații acute cu „substanțe etnobotanice”³). În cazul intoxicațiilor acute ca urmare a policonsumului înregistrate în anul 2009, în cele mai multe situații au fost prezente opiaceele și/sau heroina (22 de cazuri din 62), folosite în general în combinații cu diferite hipnotice și/sau sedative (19 cazuri); în 2010 în cele mai multe situații a fost prezent alcoolul, folosit în combinații cu substanțe etnobotanice, cu hipnotice și sedative, cu metamfetamine, cu amfetamine, cu opiacee, cu cocaină, cu cannabis etc.

Ca număr de urgențe înregistrate, pe primul loc se situează regiunea București-Ilfov (41% din totalul cazurilor și unde predomină diagnosticele datorate consumului de heroină/opiacee), urmată de regiunea Nord-Vest (33,8%); pe regiuni de dezvoltare, situația diagnosticelor de urgență se prezintă astfel: intoxicațiile acute cu substanțe etnobotanice sunt destul de uniform distribuite, intoxicațiile acute medicamentoase sunt cel mai frecvent întâlnite în regiunile Sud și Sud-Est, intoxicațiile acute cu cannabis sunt cel mai frecvent întâlnite în Sud și Nord Vest, iar diagnosticele de urgență privind consumul de cocaină, ketamină sau LSD sunt întâlnite doar în regiunea București -Ilfov. Spre deosebire de anul 2009, în primele 6 luni ale anului 2010, se constată o uniformizare a repartiției cazurilor de urgențe ca urmare a consumului de droguri (26,4% regiunea București-Ilfov, 25,1% regiunea Nord-Vest, 18,5% regiunea Sud-Est, 11,9% regiunea Sud) și că pentru regiunea București-Ilfov rămâne caracteristic consumul de heroină/ opiacee, în regiunea Nord-Vest se menține predominanța diagnosticului „intoxicații acute cu substanțe necunoscute” (dar se mai înregistrează și intoxicații acute ca urmare a policonsumului - 18,3%, intoxicații acute medicamentoase și polimedicamentoase, intoxicații acute cu plante etnobotanice și intoxicații acute cu cannabis/ marijuana), în regiunea Sud-Est se relevă prezența într-o proporție destul de mare a intoxicațiilor acute cu substanțe necunoscute (28% din totalul cazurilor înregistrate în această regiune), dar și o preferință de consum orientată spre cannabis/ marijuana, iar în regiunea Sud se remarcă prezența consumului de medicamente (hipnotice și sedative) la peste o treime (36%) din cazurile înregistrate în această regiune (40 de cazuri).

Patologia psihiatrică asociată consumului de droguri (tulburări de personalitate, depresie, anxietate, tulburări de afect etc.) indică faptul că, din cele 1.662 de cazuri unice înregistrate în baza de date privind indicatorul Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, au fost diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice 229 persoane: *tulburările comportamentale și emoționale* - 144 de cazuri (8,66%), urmate de *tulburări de dispoziție* - 57 de cazuri (3,42%).

Indicatorul **decese asociate consumului de droguri** înregistrează următorul progres în sistemul de colectare și transmitere a datelor: raportarea nu se mai rezumă doar la București, existând pentru prima oară o raportare coerentă unitară la nivel național, cu semnalarea de cazuri în alte 3 județe. În anul 2009, s-au înregistrat 32 de decese asociate consumului de droguri (28 din București) - toate cu examen toxicologic pozitiv. Dintre persoanele decedate, 31 sunt persoane de sex masculin, iar vârsta medie este de 27,40 ani (dacă în anul 2008 s-a remarcat un număr important de decese în rândul persoanelor de 15-19 ani, cu istoric scurt de consum, dar și creșterea mediei ce arată ”îmbătrânirea” consumatorilor, în sensul că au un istoric de lungă durată de consum, în anul 2009, se înregistrează o creștere semnificativă a deceselor pentru adulții cu vârsta cuprinsă în intervalul 30-34 ani, cu un istoric îndelungat de consum). Cauza decesului a fost atribuită, după cum urmează: în 7 cazuri intoxicației doar cu opiacee, în 20 de cazuri - intoxicației cu opiacee combinate alcool/benzodiazepine/hipnotice (zolpidem și

³ În categoria „substanțe etnobotanice” sunt incluse toate produsele care se găsesc sau se găseau la vânzare prin intermediul rețelelor on-line și stradale de magazine de tip *weed shop* sau *smart shop*. Substanțele regăsite în aceste produse aparțin mai multor clase: canabinoizi sintetici, mefedronă, MDPV, etc. Identificarea și clasificarea exactă a acestora la nivelul unităților sanitare din România este foarte dificilă deoarece, în cele mai multe cazuri, nu există o dotare tehnică corespunzătoare. Pe de altă parte, chiar și în cazul în care spitalul dispune de un laborator de toxicologie dotat corespunzător, atât librăriile de mostre de substanțe, metodele de analiză, cât și cunoștințele specialiștilor toxicologi necesită actualizări permanente care sunt în general foarte costisitoare.

zopiclone)/alte, 2 cazuri - intoxicației cu benzodiazepine, 2 cazuri- intoxicație cu ketamină și 1 caz - intoxicației cu diazepine cu lidocaină, Deși apare o restrângere a spectrului substanțelor întâlnite în combinațiile de droguri (au dispărut sedative, anxiolitice sau antipsihotice, dar și droguri ilegale precum amfetamine, cocaină), cazurile de deces ce au implicat medicație de substituție (metadonă, decelată în 11 cazuri) arată necesitatea controlului mai ferm al administrării acestui tratament.

În capitolul șapte – *Răspunsuri privind consecințe în planul sănătății* - sunt descrise demersurile inițiate în domeniu, iar capitolul opt – *Corelații sociale ale consumului de droguri și măsuri de reintegrare socială* - abordează aspecte privind excluderea socială în rândul consumatorilor de droguri, conform rezultatelor studiilor realizate în rândul CDI din București.

În capitolul nouă – *Infraționalitatea la regimul drogurilor, prevenirea infraționalității la regimul drogurilor și sistemul penitenciar* - sunt abordați indicatorii privind: număr de infracțiuni și persoane cercetate/condamnate, indicatori analizați pe cele trei faze ale procesului penal, și anume: faza de descoperire a infracțiunilor și identificare a autorilor realizată de către poliție, faza de urmărire penală realizată de către parchete și faza de judecată realizată de către instanțe, și sunt prezentate informații despre consumul de droguri în penitenciar și intervențiile din sistemul judiciar, iar datele referitoare la oferta de droguri (disponibilitatea drogurilor, rutele de trafic și capturile de droguri, prețul drogurilor pe piață) sunt prezentate în capitolul zece – *Piața drogurilor*.

În privința indicatorilor din domeniul **ofertei de droguri**, conform datelor furnizate de Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, față de anii precedenți, s-au înregistrat valori mai mari în privința numărului de cauze penale instrumentate de parchete (2.906) și a cauzelor penale soluționate cu scoaterea de sub urmărire penală în baza art.18¹ Cod penal (1459), precum și a numărului de persoane învinuite/ inculpate de către parchete (4922), de persoane trimise în judecată (976), condamnate (676, inclusiv cu creșterea numărului de minori condamnați pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor - 28 minori), condamnate definitiv de instanțele de judecată la pedeapsa cu închisoarea (659 persoane, dintre care 632 majori și 27 minori) și a celor condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar (361 de persoane, dintre care 355 majori și 6 minori). Conform datelor furnizate de Direcția Rutieră din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anului 2009, au fost depistați în trafic, conducând sub influența substanțelor stupefiante și psihotrope, 23 de conducători auto, de aproximativ 3 ori mai mult decât în anul 2008 (8 conducători auto).

În ceea ce privește **consumul de droguri și consumul problematic de droguri în penitenciar** - conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP), în anul 2009 comparativ cu perioada 2004 – 2008, a scăzut numărul de deținuți care s-au declarat, cu ocazia încarcerării, ca fiind consumatori de droguri, 1.732 persoane (a scăzut și numărul de deținuți), heroina fiind principalul drog declarat de către persoanele private de libertate ca fiind consumat înaintea încarcerării. În anul 2009, au fost asistați în regim de detenție, în cadrul programelor de substituție, 27 de consumatori (în 2008 - 12 consumatori), care au solicitat servicii de tratament ca urmare a consumului de heroină.

În anul de referință, pe teritoriul național nu au fost descoperite laboratoare clandestine destinate fabricării de droguri, iar comparativ cu anul precedent, se constată o creștere de aproximativ 3 ori a **cantității totale de droguri ridicate în vederea confiscării** față de anul 2008, de la 634,41 la 1.615,09 kg (datorită confiscării unei cantități importante de cocaină, pentru celelalte droguri cantitățile capturate fiind mai mici, comparativ cu anul anterior), a dozelor de LSD (de la 71, la 308 doze) și a cantităților de substanțe chimice esențiale confiscate, dar și o scădere de aproximativ 3 ori a capturilor sub formă de comprimate (de la 60.010, la 22.079 comprimate) sau fiole (de la 213, la 124 fiole).

Prețul cu amănuntul al drogurilor a crescut pentru hașiș (rezină de cannabis), cannabis iarbă (marijuana), ecstasy (MDMA), s-a menținut relativ stabil pe întreg intervalul 2004 -2009 pentru cocaină și LSD și s-a diminuat pentru heroină. Cel mai scump drog rămâne în continuare cocaina (în jur de 100 euro/ gram);

Referitor la **puritatea drogurilor**, potrivit informațiilor primite de la Laboratorul Central de Analiză și Profil al drogurilor din cadrul IGPR, heroina are o puritate la nivelul străzii între 23,9 și 47,3% (puritatea medie

fiind de 35,92%⁴), cocaina are o puritate medie de 33,75%, iar hașișul avea o concentrație medie a THC de 3,75% (cu extreme între 4% și 16%) și Sinsemilla (inflorescența de cannabis) o medie de 2,27%.

Ultima parte a raportului conține teme de interes european: ghiduri de tratament ca urmare a consumului de droguri în care sunt trecute în revistă cadrul instituțional de acordare a asistenței, etapele procesului de acordare a asistenței, criteriile de orientare pentru selecția programului adecvat profilului fiecărui consumator și tipurile de programe integrate de asistență acordate consumatorilor, precum și *Ghidul clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee* aprobat de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor și care reprezintă un instrument de lucru accesibil și adaptat cerințelor specialiștilor implicați în tratamentul adicției la opiacee: medici (psihiatri de adulți sau copii, infecționiști, medici de familie sau medicină generală), psihologi clinicieni, asistenți sociali și medicali, sociologi și psihoterapeuți.

⁴ Se referă nu la media aritmetică ci la media purităților după cântărirea capturilor (weighted mean)

Capitolul 1 – Contextul național și politicile în domeniu

Începând cu luna martie 2009, în urma adoptării Ordonanței de urgență nr. 20⁵, Agenția Națională Antidrog, instituția din România cu rol în fundamentarea politicilor naționale antidrog și în coordonarea instituțională a partenerilor guvernamentali implicați în implementarea Strategiei Naționale Antidrog, a trecut printr-un amplu proces de reorganizare, cu impact în special asupra componentei de management strategic și coordonare interinstituțională. În acest context, partenerii instituționali, cu precădere organizațiile ne-guvernamentale, au considerat că în anul 2009 a existat un vid în ceea ce privește elaborarea și coordonarea politicilor din domeniul reducerii cererii de droguri. Mai mult, Agenția a fost inclusă pe lista mai multor proiecte de acte normative care vizau reorganizarea sa în cadrul mai multor ministere. Conform opiniei majorității specialiștilor din domeniu, reorganizarea Agenției a avut un impact negativ atât asupra activităților publice în domeniu, cât și în privința coordonării intersectoriale.

În pofida acestor schimbări structurale, resimțite atât la nivelul Agenției, cât și de partenerii săi, au continuat măsurile de implementare a programelor de prevenire a consumului și a debutului în consum și, în special, a celor de asigurare a unor servicii integrate de tratament pentru consumatorii de droguri, inclusiv pentru cei aflați în stare privativă de libertate⁶.

1.1 CADRUL LEGISLATIV

1.1.1 LEGI, REGULAMENTE ȘI INSTRUCȚIUNI SAU PRINCIPII DIRECTOARE ÎN DOMENIUL DROGURILOR (CEREREA ȘI OFERTA DE DROGURI)

Din punct de vedere legislativ, în perioada analizată, s-au adoptat mai multe documente juridice privind implementarea politicilor publice antidrog naționale. Astfel, în anul 2009, au fost emise următoarele acte normative:

- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11 martie 2009, care a condus la reorganizarea Agenției Naționale Antidrog în cadrul Inspectoratului General al Poliției Române (IGPR) și la preluarea atribuțiilor funcționale ale acesteia, ca și ordonator de credite, de către IGPR;
- Legea nr. 286 din 17 iulie 2009⁷ privind Codul Penal;
- Legea nr. 135 din 01 iulie 2010 privind Codul de Procedură Penală⁸;
- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 962 din 29 iulie 2009⁹ pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, în care sunt consemnate responsabilitățile și obligațiile personalului de specialitate care își desfășoară activitatea într-o farmacie sau drogherie, printre acestea aflându-se și cele referitoare la completarea documentelor care atestă evidența medicamentelor stupefiante și psihotrope;
- Hotărârea Guvernului nr. 1424 din 18 noiembrie 2009¹⁰, conform căreia Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog se înființează prin reorganizarea Centrului Național de Sănătate Mintală București și prin preluarea atribuțiilor de consiliere medicală în domeniul consumului de droguri din

⁵ Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11 martie 2009 pentru modificarea art. 13 alin. (2) și (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor și pentru reorganizarea unor unități din subordinea Ministerului Administrației și Internelor (emitent Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 156 din 12 martie 2009)

⁶ Pentru colectarea datelor necesare elaborării acestui capitol, s-a utilizat studiul documentar al mai multor surse (rapoarte și studii ale autorităților publice, articole media, comunicări ale instituțiilor implicate în implementarea Strategiei Naționale Antidrog (SNA) 2005-2012)

⁷ Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, Nr. 510 din 24 iulie 2009)

⁸ Legea nr. 135 din 01 iulie 2010 privind Codul de Procedură Penală (emitent: Parlamentul României, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 486 din 15/07/2010)

⁹ Ordinul Ministrului Sănătății nr. 962 din 29 iulie 2009 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor

¹⁰ Hotărârea Guvernului nr. 1424 din 18 noiembrie 2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog (emitent Guvernul României, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 842 din 07 decembrie 2009)

cadrul Inspectoratului General al Poliției Române (art.2) (care au revenit IGPR prin preluarea Agenției Naționale Antidrog și a atribuțiilor acesteia, ca urmare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11 martie 2009 – n.n.). Potrivit actului normativ menționat, Centrul urmează să coordoneze activitățile de consiliere medicală în domeniul consumului de droguri, desfășurate în cadrul structurilor cu atribuții în îngrijirea persoanelor toxicodependente din rețeaua Ministerului Sănătății, în condiții stabilite prin ordin al ministrului sănătății (art.4, lit. k);

- Hotărârea Guvernului nr. 367 din 25 martie 2009¹¹ prin care au fost aprobate Programele naționale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările și completările ulterioare¹².

O caracteristică aparte a anului 2009, în domeniul reducerii cererii de droguri, a reprezentat-o interesul crescând al populației față de consumul de plante etnobotanice. Deși în plan legislativ, reacția Guvernului s-a concretizat în două acte normative emise în anul 2010, amintim aici aceste modificări legislative pentru că, pe de o parte acestea au fost determinate de noua tendință - de consum de plante etnobotanice -, iar pe de altă parte, considerăm că aceste modificări sunt importante pentru evoluția fenomenului în anii următori. Astfel, ținând cont că o serie de plante și substanțe nesupuse controlului internațional și implicit național prezintă un risc pentru sănătatea publică datorită proprietăților lor psihoactive (art. 8, alineatul 3¹³), în prima jumătate a anului 2010 Guvernul României s-a autosesizat și a adoptat Ordonanța de urgență nr. 6 din 10 februarie 2010 și Hotărârea nr. 575 din 16 iunie 2010¹⁴, care au adus completări și modificări la Legea nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope și la Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, prezentate sintetic în tabelul de mai jos.

Tabel nr. 1-1: Modificările survenite în 2010 la Legea nr. 339/ 2005 și la Legea nr. 143/ 2000

Actul normativ adoptat	Actul normativ modificat	Conținutul modificărilor
Ordonanța de urgență 6 din 10 februarie 2010	Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope	Adăugarea unei categorii de "plante și substanțe aflate sub control național", care urmează să se "actualizeze ori de câte ori este necesar, prin hotărâre a Guvernului" (art. 8, alineatul 4). Tabelele I-III, au fost completate fiecare în parte cu câte o secțiune nouă, în care au fost înscrise plantele și substanțele aflate sub control național, după cum urmează: <ul style="list-style-type: none"> • la Tabelul I – a fost adăugată o secțiune cu 25 de substanțe noi; • la Tabelul II - a fost adăugată o secțiune care cuprinde 8 substanțe noi; • la Tabelul III - a fost adăugată o secțiune conținând 3 substanțe noi.
	Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri	A fost schimbată modalitatea legislativă de modificare a tabelelor cuprinzând substanțele aflate sub control național, conținute în anexele I-IV ale Legii nr. 143/ 2000 (prin hotărâre a Guvernului față de ordonanță de urgență a Guvernului, cum era prevăzut anterior). De asemenea, au fost modificate tabelele I-IV, după cum urmează: <ul style="list-style-type: none"> • la tabelul I – s-au introdus 18 plante și substanțe noi; • la tabelul II, a fost introdusă o substanță nouă; • la tabelul III, au fost introduse 17 plante și substanțe noi;
Hotărârea Guvernului nr. 575 din 16 iunie 2010	Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope	Au fost aduse modificări tabelelor I-III, după cum urmează: <ul style="list-style-type: none"> • la Tabelul I, la secțiunea "Plante și substanțe aflate sub control național", s-au introdus alte șapte plante și substanțe noi; • la Tabelul II, la secțiunea "Plante și substanțe aflate sub control național", s-a introdus o nouă substanță; • la Tabelul III, la secțiunea "Plante și substanțe aflate sub control național", se elimină o substanță.
	Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri	Au fost aduse noi modificări la tabelul I (prin adăugarea a 2 noi substanțe) și la tabelul III (prin adăugarea a 6 substanțe noi).

¹¹ Hotărârea Guvernului nr. 367 din 25 martie 2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 (emitent Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 202 din 31 martie 2009)

¹² Vezi nota 18

¹³ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 6 din 10 februarie 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și pentru completarea Legii nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 100 din 15 februarie 2010)

¹⁴ Hotărârea nr. 575 din 16 iunie 2010 pentru actualizarea anexei la Legea nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, precum și a anexei la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 509 din 22 iulie 2010)

După cum se arată în nota de fundamentare a Ordonanței de urgență nr. 6 din 10 februarie 2010, printre motivele care au stat la baza acestui demers legislativ se află: „pericolul pe care îl prezintă pentru sănătatea publică consumul anumitor plante și substanțe, din cauza intoxicărilor pe care le produc și riscului de abuz”, „numărul mare de persoane care se prezintă la spital în urma consumului unor asemenea plante și substanțe”, precum și creșterea alarmantă a „numărului magazinelor prin intermediul cărora se comercializează aceste plante și substanțe”.

În ceea ce privește activitatea parlamentară, în anul 2009 s-au înregistrat 5 interpelări și întrebări în Parlamentul României pe subiecte care vizau: consumul de droguri în rândul tinerilor, centrele de tratament pentru consumatorii de droguri, reorganizarea Agenției Naționale Antidrog, comercializarea produselor etnobotanice ce au efecte halucinogene, regimul substanțelor stupefiante.

Această activitate se va intensifica în prima jumătate a anului 2010, când se înregistrează nu mai puțin de 23 de interpelări și întrebări parlamentare pe subiecte referitoare la: comercializarea și consumul plantelor etnobotanice (13 interpelări și întrebări), prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor (5), strategii în domeniul drogurilor (2), consumatorii de droguri (2), interzicerea drogurilor ușoare (1).

Tabel nr. 1-2: Interpelările și întrebările parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2009

1. Interpelarea nr. 322B/22-04-2009 Agenția Națională Antidrog.	Interpelarea a fost adresată Ministrului Administrației și Internelor. Documentul face referire la modificările implicite pe care le-a produs Ordonanța nr. 20 din 13 martie 2009, prin subordonarea Agenției Naționale Antidrog la IGPR. În opinia parlamentarului, noua poziționare a ANA, poate conduce la pierderea încrederii consumatorilor de droguri față de confidențialitatea procesului de consiliere și asistență. De asemenea, în noua configurație instituțională, este amenințată finanțarea unor proiecte europene în domeniul prevenirii consumului de droguri, noul ordinator de credite în numele căruia se vor derula acestea (IGPR) neavând eligibilitatea solicitată de finanțator. S-a solicitat un punct de vedere privind măsurile care vor fi luate astfel încât activitatea Agenției Naționale Antidrog să nu fie afectată pe viitor.
2. Interpelarea nr.370B/19-05-2009 Referitor la substanțele stupefiante.	Interpelarea a fost adresată Ministrului Sănătății. În contextul discuțiilor purtate pe marginea modificărilor propuse pentru Legea nr. 143/ 2000 privind introducerea unor substanțe noi pe lista celor aflate sub control, s-a dorit o poziție oficială a acestuia față de avizarea modificărilor Legii nr. 143/ 2000, și totodată motivația acestei decizii.
3. Interpelarea nr.321B/22-04-2009 Centrele de tratament pentru consumatorii de droguri.	Interpelarea a fost adresată Ministrului Sănătății. Obiectul interpelării îl constituie funcționarea Centrelor de tratament pentru consumatorii de droguri, în urma reorganizării Agenției Naționale Antidrog în subordinea IGPR. S-a solicitat un punct de vedere privind măsurile care vor fi luate astfel încât activitatea acestor centre de tratament să nu fie întreruptă.
4. Întrebarea nr.972A/24-06-2009 Sondaj în rândul tinerilor, privind consumul de droguri.	Întrebare adresată Ministrului Educației, Cercetării și Inovării, Ministrului Justiției, Ministrului Tineretului și Sportului. Obiectul întrebării l-au constituit rezultatele unui sondaj efectuat în rândul tinerilor privind consumul de droguri. Se solicitat un punct de vedere față de aceste rezultate, precum și precizări privind strategia ministerelor vizate față de creșterea consumului de droguri în rândul tinerilor.
5. Interpelarea nr.511B/23-06-2009 Interzicerea comercializării produselor etnobotanice ce au efecte halucinogene.	Interpelarea a fost adresată Ministrului Sănătății și a vizat interzicerea comercializării produselor etnobotanice cu efecte halucinogene. În contextul înregistrării la Senat a două propuneri legislative privind modificarea și completarea Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante psihotrope și respectiv privind modificarea și completarea Legii nr. 143/ 2000 privind combaterea traficului ilicit de droguri, s-a dorit o poziție oficială a Ministrului Sănătății față de includerea unor substanțe noi în lista celor aflate sub control.

1.1.2 IMPLEMENTAREA LEGILOR

Și în anul 2009 s-a menținut vidul legislativ în ceea ce privește posibilitatea înlocuirii pedepsei cu detenția pentru consumatorii de droguri, cu condiția acceptării/ includerii într-un program specific de asistență integrată medico-psiho-socială (aplicarea art. 19¹⁵ și 19²¹⁶ ale Legii nr. 522/ 2004¹⁷), întrucât cele

¹⁵ articolul 19¹(4) prevede că „În toate cazurile, urmărirea penală este continuată potrivit dispozițiilor Codului de procedură penală”

două articole fac trimitere la prevederile Codului Penal și ale Codului de Procedură Penală, care necesitau modificări. Deși Codul Penal¹⁶ s-a adoptat în iulie 2009, prin asumarea răspunderii Guvernului, iar Codul de Procedură Penală s-a aprobat la 1 iulie 2010, prevederile menționate nu vor putea fi aplicate decât după aprobarea legii pentru punerea în aplicare a Codului de Procedură Penală, al cărei termen de elaborare este de maxim 12 luni de la aprobarea acestuia.

De asemenea, în sensul dezvoltării la nivel operațional a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 367 din 25 martie 2009, pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009¹⁹, au fost adoptate Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009²⁰, modificate ulterior, pe parcursul anului, prin alte cinci ordine comune²¹. Acestea ajustează cadrul național de implementare a măsurilor prevăzute de actul normativ menționat și precizează, operațional, mecanismele de implementare și resursele alocate acestora.

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

Schimbările legislative și structurale produse în primul semestru al anului 2009, cu efecte directe asupra organizării ANA, au condus la întârzieri semnificative în elaborarea și aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2009-2012. Așa cum a mai fost prezentat, din perspectiva coordonării politicilor antidrog, noua configurație a sistemului instituțional românesc de prevenire și combatere a fenomenului drogurilor, cu poziționarea ANA în subordinea IGPR, a determinat o îngreunare a proceselor de consultare a partenerilor instituționali guvernamentali și a societății civile pe politicile și strategiile naționale antidrog. Astfel, din *structură guvernamentală cu personalitate juridică*, având rol de coordonare la nivel strategic al politicilor antidrog din România²², ANA a fost reorganizată *ca serviciu fără personalitate juridică în cadrul Poliției Române*, cu drepturile și obligațiile de natură juridică subrogate de Inspectoratul General al Poliției Române, având în componență, la nivel central, patru birouri, iar la nivel teritorial, 17 birouri regionale cuprinzând 47 de centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog. Pe lângă funcția de coordonare a politicilor antidrog, a fost afectată și activitatea de prevenire și asistență specifică structurilor teritoriale care au fost marcate semnificativ la nivel funcțional de migrația personalului specializat, instruit și perfecționat profesional în decursul timpului scurs de la înființarea agenției.

În primul trimestru al anului 2009, a fost elaborat Raportul de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008. După cum reiese din concluziile Raportului de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru

¹⁶ articolul 19² (4) menționează că “Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică dispozițiile Codului penal și ale Codului de procedură penală”

¹⁷ Legea nr. 522 din 24 noiembrie 2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/ 2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 1155 din 7 decembrie 2004)

¹⁸ Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009)

¹⁹ Modificată și completată de: Hotărârea nr. 493 din 28 aprilie 2009, Hotărârea nr. 680 din 3 iunie 2009, Hotărârea nr. 937 din 19 august 2009, Hotărârea nr. 1064 din 23 septembrie 2009, Hotărârea nr. 1318 din 4 noiembrie 2009, Hotărârea nr. 1493 din 2 decembrie 2009

²⁰ Ordinul Nr. 417/431 din 31 martie 2009 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009

²¹ Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 574/591 din 7 mai 2009; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 846/702 din 6 iunie 2009, Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.192/868 din 30 septembrie 2009, Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.318/908 din 19 octombrie 2009, Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.645/1.136 din 30 decembrie 2009

²² condusă de un președinte cu rang de secretar de stat mandatat să emită decizii aplicabile tuturor actorilor publici cu atribuții în domeniu, organizată la nivel de Direcție Generală în cadrul Ministerului Administrației și Internelor și având în componență 5 direcții, iar la nivel teritorial, 47 CPECA organizate în 17 servicii regionale

perioada 2005 – 2008, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012²³, până la sfârșitul anului 2008, obligațiile asumate de Agenția Națională Antidrog, împreună cu celelalte instituții și organizații publice implicate în implementarea SNA, au fost realizate în proporție de peste 90%.

Pornind de la rezultatele obținute ca urmare a implementării primului plan de acțiune în domeniul politicilor antidrog, în primul trimestru al anului 2009 a fost elaborat proiectul Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2009-2012. La momentul întocmirii prezentului raport național, acest document programatic se află în faza consultărilor, și ar putea fi aprobat, probabil, până la finele anului 2010.

Totuși, chiar dacă nu s-a reușit aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2009-2012, în anul 2009 s-au derulat activitățile prevăzute în proiectul acestui document.

1.2.1 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE NAȚIONALE

Obiectivele generale sau specifice privind domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri au fost prevăzute în documente programatice adoptate în anii anteriori:

- Strategia Națională Antidrog (SNA) în perioada 2005 - 2012²⁴
- Planul Strategic al Ministerului Internelor și Reformei Administrative 2007-2009²⁵, direcția de acțiune II – Ordine și siguranță publică, obiectivul nr. 7 – creșterea eficienței luptei antidrog.

1.2.2. IMPLEMENTAREA ȘI EVALUAREA STRATEGIILOR ȘI POLITICILOR

Deși Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008 a reprezentat pentru România primul său plan de acțiune în domeniul drogurilor, evaluările semestriale, anuale și cea finală, la care a fost supus acesta, au relevat progrese semnificative în realizarea obiectivelor stabilite în SNA. Concluziile Raportului de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012, elaborat în anul 2009 de Agenția Națională Antidrog²⁶, indică faptul că, de la an la an, România și-a dezvoltat sistemul instituțional și legislativ, precum și cel al colectării de date, pentru a avea o viziune de ansamblu a întregii problematice a fenomenului drogurilor la nivel național. De asemenea, în perioada analizată, Punctul Național Focal (Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii) și-a îmbunătățit substanțial capacitatea de colectare și procesare a datelor, în special, în domeniul celor cinci indicatori cheie monitorizați de către EMCDDA.

În ceea ce privește ajustarea cadrului legislativ național și construcția instituțională, necesare implementării cu succes a priorităților strategice asumate în documentele programatice, în raportul menționat anterior se arată că până în acest moment s-au făcut pași importanți către gestionarea într-o manieră integrată a problematiceii legate de consumul de droguri, începând de la asistență medicală și psihologică și până la reintegrarea socială a consumatorilor de droguri, concomitent cu elaborarea instrumentelor și demararea activității de formare a specialiștilor în domeniu.

La argumentele care susțin progresele realizate de România în combaterea și prevenirea fenomenului drogurilor, se înscrie și menținerea, pe parcursul ultimilor 2 ani de aplicare a acestui plan de acțiune (2007 și 2008), a valorilor unor indicatori relevanți în monitorizarea fenomenului

²³ Conform Raportului de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012, elaborat în anul 2009 de Agenția Națională Antidrog, pg. 57

²⁴ Hotărârea de Guvern nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005 - 2012 (publicată în Monitorul Oficial nr. 112 din 3 februarie 2005)

²⁵ Ordinul ministrului Internelor și Reformei Administrative nr. 297 din 21 septembrie 2007

²⁶ http://www.politiaromana.ro/agentia_nationala_antidrog.htm

drogurilor, la un nivel semnificativ mai redus decât media europeană (prevalență de 1,7% a consumului de droguri în populația generală față de cca. 13% la nivel european)²⁷.

De asemenea, în domeniul asistenței acordate consumatorilor de droguri, în anul 2009, a continuat dezvoltarea centrelor ANA, crescând vizibil accesibilitatea consumatorilor de droguri la servicii specializate. În măsura în care a fost posibil (fapt îngreunat de migrația de personal specializat), în cadrul acestor servicii, s-a asigurat funcționalitatea circuitului terapeutic, prin aplicarea sistemului managementului de caz (ceea ce a condus la o continuitate în intervențiile terapeutice) și prin diversificarea tipurilor de intervenții, atât din punct de vedere medical, cât și psihologic și social.

Printre neajunsurile serviciilor oferite consumatorilor de droguri în anul 2009, trebuie menționate furnizarea limitată a serviciilor orientate spre reinserția socială și derularea unor programe specifice de formare profesională pentru această categorie de beneficiari.

În ceea ce privește evaluarea strategiilor și politicilor antidrog, amintim raportul realizat de Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice din România, la solicitarea Administrației Prezidențiale. Prezentat la 22 septembrie 2009 și intitulat *Riscuri și inechități sociale în România*²⁸, raportul a trezit numeroase controverse în ceea ce privește unele propuneri referitoare la reducerea unor riscuri privind sănătatea publică. Printre acestea se numără și “dezincriminarea consumului de droguri”, care, în opinia autorilor, ar avea drept scop „aducerea la „suprafață” a consumatorilor”. Ca alternativă la consumul de droguri ilicite, autorii raportului susțin, printre altele, consumul de plante etnobotanice, care în opinia lor „au același efect ca drogurile ilegale ușoare și efectele lor sociale nu par a fi vizibile”. Celelalte propuneri privind fenomenul drogurilor, avansate de autorii raportului, vizează menținerea imperativă a programelor și serviciilor de intervenție stradală dezvoltate de către ONG-uri și finanțarea acestora de la bugetele locale, precum și înființarea de servicii specializate pentru consumatorii de droguri în cadrul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din subordinea Consiliilor județene.

1.2.3. ASPECTE RELEVANTE PRIVIND MECANISMELE DE COORDONARE A POLITICILOR ANTIDROG

Așa cum s-a menționat anterior, anul 2009 a reprezentat o sincopă în construcția legislativă și instituțională a sistemului național de prevenire și combatere a fenomenului drogurilor. Această perturbare a proceselor demarate anterior s-a făcut resimțită în special în mecanismele de coordonare a politicilor antidrog, întrucât, în noul context organizatoric, pentru Agenția Națională Antidrog s-a dovedit dificilă asigurarea unei funcționalități eficiente și eficiente în ceea ce privește cooperarea, și mai ales coordonarea celorlalte instituții și organisme cu responsabilități în implementarea politicilor antidrog.

În ceea ce privește celelalte instituții și organisme publice implicate în implementarea SNA 2005-2012, sunt de menționat următoarele aspecte:

- La nivelul Administrației Naționale a Penitenciarelor, atribuțiile pe linie antidrog sunt împărțite între Direcția Reintegrare Socială și Direcția Medicală;
- În cadrul Autorității Naționale a Vămilelor, structura responsabilă cu activitățile specifice din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri este Compartimentul Antidrog care funcționează în cadrul Direcției Supraveghere Accize și Operațiuni Vamale. La nivel central, această structură are în componență 5 persoane, angajate cu normă întreagă, iar la nivel regional, atribuțiile pe linie antidrog sunt îndeplinite de Compartimentele Antidrog și Produse cu Regim Special din cadrul Direcțiilor Regionale Accize și Operațiuni Vamale, care totalizează 15 angajați cu normă întreagă. În anul 2009, cheltuielile de personal efective pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri au cumulat suma de 525.281 lei (123.887 EURO²⁹).
- Ministerul Public – Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție - Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism este principala structură implicată, alături de

²⁷ idem

²⁸ Riscuri și inechități sociale în România, elaborat de Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice din România

²⁹ Curs mediu anual: 1Euro = 4,24 RON

Poliția Română, în implementarea măsurilor de reducere a ofertei de droguri, iar conform legislației românești în vigoare, oricare dintre procurorii săi poate gestiona cazuri de criminalitate asociată consumului și traficului ilicit de droguri. În cadrul mai multor proiecte internaționale s-a realizat instruirea unor procurori pentru preluarea exclusivă a cazurilor cu specific antidrog, urmărindu-se ca în perspectivă să poată fi propusă înființarea unui Parchet specializat pentru cercetarea acestui tip de fapte penale;

- Începând cu luna ianuarie 2010, Ministerul Educației, Cercetării și Inovării a devenit Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, prin globarea în cadrul său și a activității specifice domeniului tineretului și sportului, ca urmare a desființării Ministerului Tineretului și Sportului. În acest nou context organizatoric, responsabilități pentru activitățile din domeniul reducerii cererii de droguri revin în aceeași măsură atât Direcției Generale pentru Educație Timpurie, Școli, Performanță și Programe – Departamentul Educație, cât și Autorității Naționale pentru Sport și Tineret (instituție nou înființată și care preia atribuțiile fostului Minister al Tineretului și Sportului). În cadrul Direcției Generale pentru Educație Timpurie, Școli, Performanță și Programe, a fost desemnat un singur lucrător pentru coordonarea programelor naționale de informare și sănătate derulate în parteneriat cu structuri ale societății civile, programe care au și componentă de educație antidrog. În privința Ministerului Tineretului și Sportului (în prezent Autoritatea Națională pentru Sport și Tineret), deși nu are un compartiment specializat pentru activitățile cu specific antidrog, a desfășurat sau finanțat în 2009 o serie de proiecte privind reducerea cererii de droguri, care vizau, în mare măsură, activități de informare a tinerilor asupra riscurilor legate de consumul de droguri.
- În primul semestru al anului 2009, structura specializată a Poliției Române, Direcția Antidrog din cadrul Direcției Generale de Combatere a Criminalității Organizate este reorganizată la nivel de serviciu cu două birouri: unul de combatere a traficului intern de droguri și altul de combatere a traficului transfrontalier. De asemenea, începând cu luna mai 2009, a fost desființat Serviciul de Combatere a Traficului cu Substanțe Interzise din cadrul Inspectoratului General al Poliției de Frontieră³⁰, lucrătorii fiind redistribuiți la Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, în cadrul Serviciului Antidrog, iar atribuțiile privind activitățile de combatere a traficului cu substanțe interzise fiind transferate Inspectoratului General al Poliției Române.

1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

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

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

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

- Bugetul alocat ANA a urmat o tendință ascendentă, comparativ cu anii anteriori, o pondere semnificativă având programele cu finanțare națională și internațională (în special proiectele cu finanțare PHARE și asistență tehnică și financiară oferită de UNODC);

³⁰ Legea nr. 125 din 29/04/2009 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 130/2008 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 104/2001 privind organizarea și funcționarea Poliției de Frontieră Române, precum și pentru abrogarea cap. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 105/2001 privind frontiera de stat a României (Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 324 din 15/05/2009)

Tabel nr. 1-3: Bugetul alocat Agenției Naționale Antidrog³¹, 2005 – 2009

	2005 ³²		2006 ³³		2007 ³⁴		2008 ³⁵		2009 ³⁶	
	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro
Cheltuieli de personal	2873610	793814	10408000	2956818	13210000	3966967	14998000	4075543	30992757	7309613
Cheltuieli bunuri și servicii	1866230	515533	1956000	555682	1223000	367267,3	1393000	378532,6	536231,05	126470
Cofinanțare PHARE și contribuții la organisme internaționale	1484960	410210	366000	103977	742000	222822,8	656000	178260	927189,40	218677
Programe naționale					2453000	736636,6	1475000	400815	70870,07	16715
Total	6224800	1719557	12730000	3616477	17628000	5293694	18522000	5033150	32527047,52	7671473

Sursa: Direcția Buget – Contabilitate/ IGPR

Alocările bugetare, precum și nivelul ridicat de utilizare a fondurilor prevăzute au asigurat în mare măsură succesul celor mai multe dintre acțiunile întreprinse de agenție pentru îndeplinirea obiectivelor prevăzute în documentele programatice de politici publice antidrog pentru anul 2009.

Tabel nr. 1-4: Bugetul prevăzut pentru Agenția Națională Antidrog pentru anul 2009 pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri:

	2009	
	Lei	Euro
Cheltuieli de personal	30992757	7309613
Cheltuieli bunuri și servicii	536231,05	126470
Programe Naționale	927189,40	218677
Programe cu finanțare externă	0,00	0
Cofinanțare Programe PHARE și alte programe cu finanțare nerambursabilă	70870,07	16715
Total	32527047,52	7671473

Sursa: Direcția Buget – Contabilitate/ IGPR

La nivelul celorlalte instituții implicate în gestionarea de activități privind reducerea cererii sau ofertei de droguri, semnificativ de menționat sunt :

³¹ în anul 2009, bugetul înglobează atât sumele alocate pentru ANA, cât și pe cele alocate Serviciului Antidrog (cu brigăzile teritoriale) din cadrul IGPR

³² Curs mediu anual în 2005: 1Euro = 3,62 RON

³³ Curs mediu anual în 2006: 1Euro = 3,52 RON

³⁴ Curs mediu anual în 2007: 1Euro = 3,33 RON

³⁵ Curs mediu anual în 2008: 1Euro = 3,68 RON

³⁶ Curs mediu anual în 2009: 1Euro = 4,24 RON

Tabel nr.1-5. Programele/ proiectele derulate de instituțiile implicate, 2009

Denumirea instituției	Descrierea programelor/ proiectelor derulate	Sume alocate în lei	Sume alocate convertite în Euro
Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului	Departamentul Educație - Activități cu specific antidrog în cadrul unor concursuri și activități extrașcolare	60.000	14.151
	Departamentul Educație - Oferte educaționale incluzive extracurriculare și extrașcolare pentru formarea stilului de viață sănătos și a cetățeniei active pentru copii din comunități dezavantajate, cu precădere rurale în învățământul preuniversitar - finanțat de Fondul Social European	300.000	70.755
	Autoritatea Națională pentru Sport și Tineret -32 de proiecte locale sau regionale cu specific antidrog	43.548	10.271
Administrația Națională a Penitenciarelor	În cadrul Programului <i>Prevenirea HIV în rândul utilizatorilor de droguri injectabile în penitenciare</i> , finanțat de UNODC – Biroul România, s-a derulat proiectul <i>Creșterea accesului persoanelor private de libertate la programe de scădere a riscurilor asociate consumului de droguri</i>	28.804	6.793
Ministerul Sănătății	În cadrul Programelor Naționale privind bolile netransmisibile se numără <i>Programul național de sănătate mintală</i> , coordonat de Centrul Național de Sănătate Mintală și având ca obiective: <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea accesibilității, continuității și calității serviciilor pentru persoanele cu tulburări legate de consumul de substanțe psihoactive; • prevenirea consumului de droguri și asigurarea tratamentului specific la persoanele cu toxicod dependență. În cadrul acestui program, unul dintre subprogramele sale a fost dedicat exclusiv consumatorilor de droguri. Astfel, <i>Subprogramul de prevenire și tratament al toxicod dependențelor</i> a avut prevăzute activități, precum: <ul style="list-style-type: none"> • asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență; • testarea metaboliților stupefiantelor, în toate unitățile medicale de profil, adulți și copii; • tratamentul de dezintoxicare pentru persoane cu toxicod dependență. La secțiunea indicatori de evaluare, au fost prevăzuți următorii indicatori de eficiență și indicatori fizici <ul style="list-style-type: none"> • cost mediu/ persoană testată pentru depistarea drogurilor în urină: 20 lei; • cost mediu/ pacient aflat în tratament de substituție cu metadonă: 120 lei; • cost mediu/ pacient în postcură: 320 lei; • număr de persoane testate pentru depistarea prezenței drogurilor în urină: 14.350; • număr de pacienți tratați în postcură: 7.600; • număr de pacienți în tratament substituțiv: 1.800; 	715.813 ³⁷	168.824
	<i>Programul național de boli transmisibile (infecție HIV/SIDA, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală și alte boli transmisibile prioritare)</i> , având drept componentă <i>Subprogramul de supraveghere și control al infecției HIV</i> , aflat în în coordonarea tehnică a Institutului Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș". Unul dintre obiectivele acestui subprogram a vizat prevenirea transmiterii infecției HIV la utilizatorii de droguri injectabile prin susținerea programelor de substituție. Tot în cadrul Programelor naționale de boli transmisibile s-a aflat și <i>Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă</i> , printre ale cărui activități s-au numărat identificarea și cuantificarea riscului specific pentru sănătate generat de comportamentele cu risc (droguri, fumat, alcool, etc.)	189.856 ³⁸	44.777
	În cadrul <i>Programului național de promovare a sănătății și educație pentru sănătate</i> , pe <i>Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos</i> ; au fost prevăzute campanii pentru combaterea consumului de alcool și droguri	15.000 ³⁹	3.538
	A continuat derularea proiectului „Asistență tehnică pentru realizarea componentei informatice de prelucrare a informațiilor antidrog” (finanțat din fonduri PHARE și din Fondul Național de Preaderare), având ca obiectiv întărirea capacității operaționale a Autorității Naționale a Vămilelor în vederea creșterii eficienței în combaterea traficului ilicit de droguri, precursori și pentru intensificarea cooperării interinstituționale în lupta împotriva acestui flagel pe baza optimizării gestionării informațiilor prin mijloace electronice. În scopul menținerii la nivel scăzut a traficului ilicit de droguri, proiectul urmărește dezvoltarea și implementarea unui sistem informatic de colectare, prelucrare, stocare și diseminare a informațiilor legate de activitatea antidrog.	416.000	98.113

Sursa: ANA/ IGPR

³⁷ Suma reprezintă bugetul total alocat Programelor Naționale privind bolile netransmisibile

³⁸ Suma reprezintă bugetul total alocat Programelor Naționale privind bolile transmisibile

³⁹ Suma reprezintă bugetul total alocat Programului național de promovare a sănătății și educație pentru sănătate

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

2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ

În anul de referință nu a fost realizat nici un studiu privind consumul de droguri în populația generală, ultimul fiind realizat în anul 2007. Rezultate obținute la analiza răspunsurilor referitoare la consumul de droguri ilegale, disponibilitatea acestora pe piață și percepția riscurilor asociate consumului diferitelor substanțe psihoactive sunt disponibile pe site-ul ANA⁴⁰ și au fost prezentate în Raportul Național privind situația drogurilor, 2008. Pentru a respecta seria de timp, următorul studiu este planificat a fi implementat în anul 2010, iar rezultatele vor fi comunicate în Raportul Național privind situația drogurilor, 2011.

2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN ȘCOLI ȘI ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI TINERE

Facultatea de Științe Politice din cadrul Școlii Naționale de Studii Politice și Administrative, catedra de sociologie a realizat un studiu la nivel național, de tip omnibus, în perioada 15 octombrie – 5 noiembrie 2009, cu titlul *BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a*.

Perioada de colectare a datelor: 15 octombrie - 5 noiembrie 2009.

Metoda de culegere a datelor: chestionare autoaplicate.

Volumul eșantionului proiectat: 1275 elevi de clasa a XII-a; mărimea eșantionului realizat: 1290 chestionare valide.

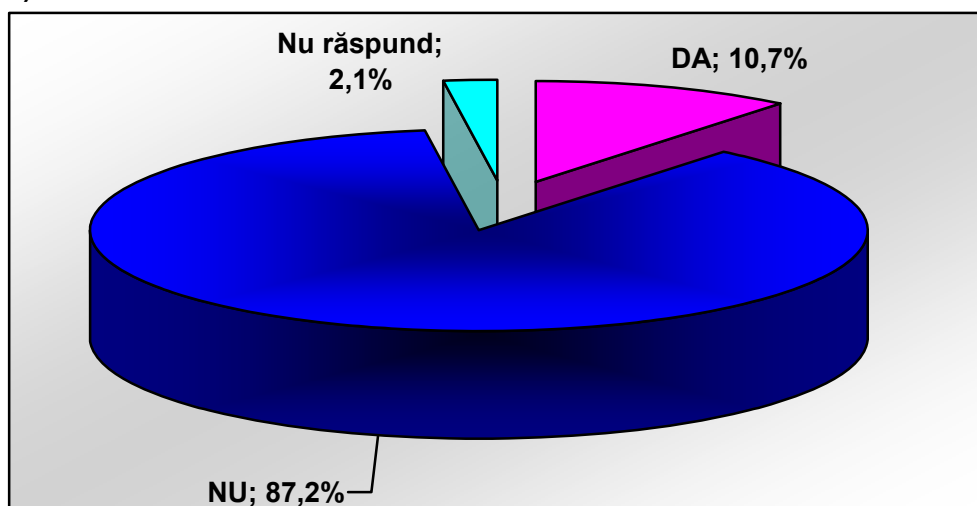
Tipul eșantionului: aleator, multistadial stratificat.

Reprezentativitate: eșantion reprezentativ pentru populația de elevi de liceu din clasele a XII-a. Eroarea maximă de eșantionare a fost de + 2,8%, la un nivel de probabilitate de 95%.

Rezultate

Prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții, a fost de 10,7%. Dintre aceștia, 16,8% sunt băieți și 6,8% fete.

Grafic nr. 2-1: Prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții (%)



Sursa: *BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a*

⁴⁰ <http://www.ana.gov.ro/rom/index.php>

Regiunea Nord-Est se distinge în privința consumului, înregistrând un procent de 19,9%, următoarea fiind cea de Sud-Est cu o prevalență declarată de 15,1%. Rezultatele acestui studiu indică faptul că, în cazul elevilor de clasa a XII-a, Bucureștiul nu mai este principalul oraș din România în care se consumă droguri, regiunea București-Ilfov fiind pe locul trei în ceea ce privește procentul înregistrat, 13,7%. Așadar, conform acestui studiu, capitala nu mai este la mare distanță de celelalte regiuni ale țării privind consumul de droguri în rândul tinerilor, și asistăm la o extindere a acestuia la nivel regional. Această tendință trebuie verificată cu ajutorul unor studii viitoare (ESPAD, 2011).

Tabel nr. 2-1: Prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții, în funcție de sex, profilul educațional și regiunea de proveniență

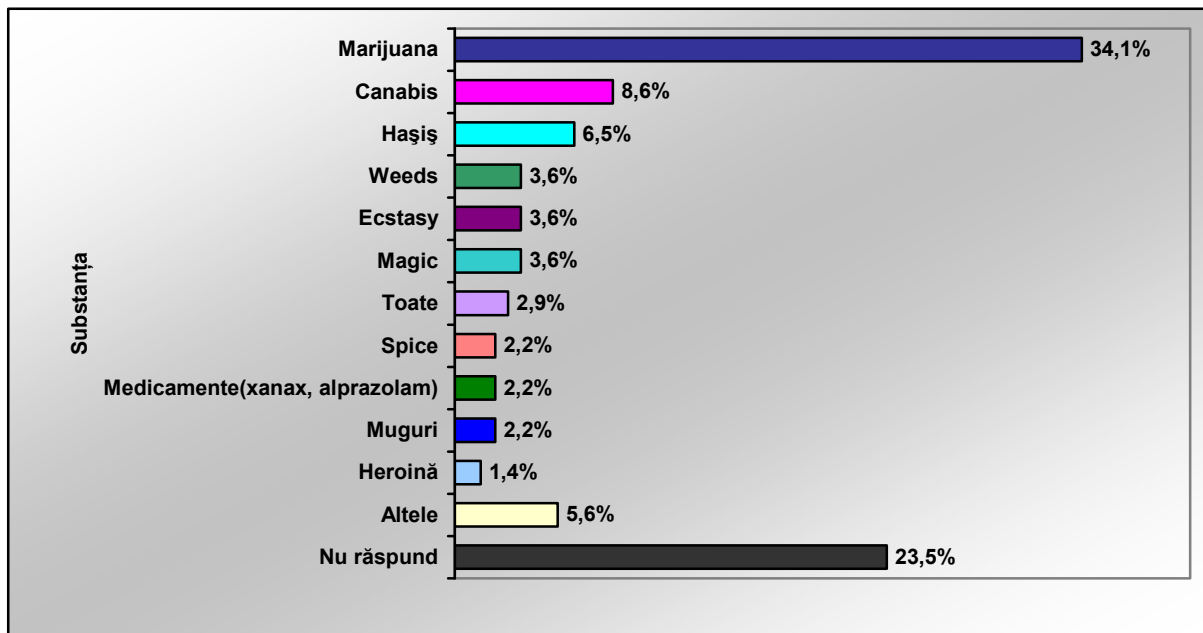
		Da (%)	Nu (%)
Genul	Masculin	16,3	81,0
	Feminin	6,8	91,5
Profilul	Teoretic	10,6	88,2
	Tehnic/ vocațional	10,8	86,3
Regiunea	Nord-Est	19,9	77,4
	Sud-Est	15,1	83,6
	București-Ilfov	13,7	83,8
	Sud-Muntenia	6,7	91,5
	Centru	10,8	88,2
	Nord-Vest	8,2	91,8
	Vest	6,8	85,1
	Sud-Vest Oltenia	3,3	96,7

Diferențele până la 100% reprezintă procentul celor care au ales opțiunea „Nu răspund”

Sursa: BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a

În ceea ce privește substanțele consumate, remarcăm marijuana cu o prevalență de-a lungul vieții de 34,1%, dar și prezența drogurilor din categoria așa numită «substanțe etnobotanice» (*magic* 3,6% - produs ce conține mefedronă, *spice* 2,2% - produs ce conține canabinoizi sintetici).

Grafic nr. 2-2: Repartiția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea „Ce substanță ai consumat prima dată și la ce vârstă?” (%)



Sursa: BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a

Debutul în consumul de droguri începe de la vârste timpurii, sub 14 ani - 13%, 14-15 ani - 10%, 16-17 ani - 41,3%.

Tabel nr. 2-2: Repartiția respondenților în funcție vârsta debutului în consumul de droguri (%)

Sub 14 ani	13,0
14-15 ani	10,1
16-17 ani	41,3
18-19 ani	23,9
Nu răspund	11,6

Datele sunt calculate din numărul de elevi care au spus că au consumat droguri (N=138)

Sursa: BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a

Accesibilitatea drogurilor este ridicată în locațiile de petrecere a timpului liber, precum discoteci, baruri, etc. (23,4% dintre adolescenții de clasa a XII-a menționând că le pot procura ușor în aceste locuri, iar 17,8 % - chiar foarte ușor) și la petrecerile cu prietenii (18% au declarat că le pot procura în aceste locuri ușor, iar 12,8% - foarte ușor).

Tabel nr. 2-3: Repartiția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea „Dacă ai dori să faci rost de droguri, cât de greu ar fi acest lucru?” (%)

	Foarte greu	Greu	Ușor	Foarte ușor	Nu știu
La școală sau în apropierea școlii	24,3	22,5	13,3	4,9	35,1
În cartierul unde locuiești	19,1	19,2	17,7	9,2	34,7
În locurile unde îți petreci timpul liber (discoteci, baruri etc.)	11,9	12,4	23,4	17,8	34,5
La o petrecere de la prieteni	14,5	18,6	18,0	12,8	36,1

Sursa: BAROMETRUL ADOLESCENȚEI 2009, Atitudini și stil de viață la nivelul elevilor de liceu de clasa a-XII-a

Capitolul 3 – Prevenire

Noi tendințe și direcții

În anul 2009, activitățile și proiectele derulate au fost orientate spre consolidarea măsurilor de prevenire adecvate nevoilor locale și dezvoltarea parteneriatelor la nivel local între instituțiile publice și reprezentanții ai societății civile.

Comparativ cu anii anteriori când, la nivel local, erau implementate preponderent proiectele de prevenire universală, în acest an, se remarcă creșterea numărului de proiecte de prevenire selectivă. Se observă, de asemenea, o creștere a calității proiectelor de prevenire universală întrucât acestea includ atât componenta de informare, cât și pe cea de dezvoltare de abilități.

În scopul îmbunătățirii calității intervențiilor în domeniul prevenirii consumului de droguri, a fost inițiat *Proiectul european de elaborare și implementare a standardelor de calitate pentru programele de prevenire („European standards in evidence for drug prevention - Prevention Standards & No 2007304”)*. Proiectul este coordonat de Centrul Național de Colaborare pentru Prevenirea Consumului de Droguri din Liverpool John Moores University, finanțarea fiind asigurată de PHEA (Public Health Executive Agency). În acest proiect, Agenția Națională Antidrog are calitatea de partener principal.

Obiectivul general este dezvoltarea unor standarde de calitate comune la nivel european pentru programele de prevenire a consumului de droguri, bazate pe o metodologie științifică, pentru a sprijini profesioniștii în selectarea, promovarea și utilizarea modelelor de bune practici în ariile relevante ale prevenirii consumului de droguri.

Obiective specifice:

- Dezvoltarea unui set de instrumente și criterii pentru evaluarea standardelor de prevenire și a unui ghid care să le conțină, inclusiv prin aplicarea pilot a acestora în proiecte.
- Recenzia și corelarea standardelor naționale și a ghidurilor de bune practici existente atât la nivelul Uniunii Europene, cât și la nivel internațional.
- Identificarea și dezbateră standardelor naționale, a ghidurilor și implementarea modificărilor.
- Publicarea standardelor europene existente și a ghidului de bune practici în domeniul prevenirii consumului de droguri.

3.1 PREVENIRE UNIVERSALĂ

Majoritatea programelor de prevenire a consumului de droguri au avut ca obiectiv informarea privind riscurile consumului de alcool, tutun și droguri, precum și efectele pe termen scurt, mediu și lung ale consumului. În același timp, se constată o mai bună conștientizare a eficacității pe termen mediu și lung a programelor de prevenire orientate spre formarea și consolidarea abilităților personale care au rol de factor de protecție în prevenirea consumului de droguri (abilități de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor, gestionarea stresului și agresivității, rezolvarea de probleme, luarea deciziilor etc)⁴¹.

3.1.1 PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2009, a fost implementat 1 proiect național și 67 proiecte locale. Majoritatea proiectelor din această categorie au fost desfășurate în parteneriat cu Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului (MECTS).

- Proiectul național *Mesajul meu antidrog ediția a VI-a* a vizat crearea și dezvoltarea unor politici de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților și tinerilor, prin stimularea creativității artistice și promovarea strategiilor de sensibilizare de tip *peer to peer education* (educație între egali). Proiectul s-a desfășurat pe 6 secțiuni (eseu literar; pagină web; proiecte ecologice; sport; film scurt metraj, fotografie digitală, spot) și s-a realizat în parteneriat cu Inspectoratele Școlare Județene/ de

⁴¹ Vezi chestionarul structurat SQ25

Sector, Direcțiile Județene de Tineret și Sport, Inspectoratele Județene de Poliție, Organizații neguvernamentale, Autorități locale. Au participat 160.000 elevi și au fost premiați 38. Finanțarea acestui proiect a fost asigurată în baza *HG nr. 1102/ 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012, prin Subprogramul 1 Prevenirea consumului experimental/ recreațional de droguri în populația școlară.*

- La nivel local, în anul 2009 au fost implementate de Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog 67 proiecte ce au avut ca beneficiari 250.000 elevi și tineri. Dintre proiectele locale din această categorie menționăm: *Copilărie fără tutun; Să ne pregătim pentru viață; Vacanță fără praf; O dată ... înseamnă mereu; Campionii nu folosesc droguri; Activ în școala mea; Șansa la educație; Tutunul și alcoolul: două vieți și trei soluții; Didactica Antidrog; În direct cu școala; Suflet de copil; Deprinderi de viață; Step by step antidrog; Eu și ceilalți; Nouă ne pasă; O nouă șansă; Școala mileniului III; Pot să fiu liber; Cunoaștere și credință; Mai informat mai puternic; Fără droguri; Eu decid; Împreună putem alege; Cluburi antidrog; Subiecte tabu; Decizia e a ta; Să creștem sănătos; Fii informat; Respectă sănătatea; Sănătate fără droguri.*

Implementarea acestora a fost sprijinită de Inspectoratele Școlare Județene/ de Sector, Casa corpului didactic, Palatul Național al Copiilor, Cluburi ale copiilor, Inspectoratele Județene de Poliție, Administrații locale, organizații guvernamentale și neguvernamentale, Direcțiile Județene de Tineret și Sport etc.

- FICE România a desfășurat pe parcursul anului 2009, proiectul *Centru de voluntariat pentru prevenirea consumului de droguri, alcool și tutun în instituții școlare*
Prin acest proiect, FICE România și-a propus să contribuie la crearea și dezvoltarea unui centru de voluntariat cu sediul la Colegiul Național Spiru Haret din București, în scopul prevenirii consumului de droguri, alcool și tutun în școli și licee.
Grupul țintă a fost reprezentat de elevi din sectorul 2 (o parte dintre ei, totodată, voluntari în aplicarea proiectului), organizații neguvernamentale, profesori, părinți, autorități.
Obiectivul proiectului: derularea unor campanii eficiente, pregătirea voluntarilor, promovarea unui model de prevenire.
Beneficiari au fost 80 de elevi voluntari din școlile participante la proiect, 20 de elevi din învățământul postliceal medical, 10 studenți, 5.000 de elevi informați în problematica dependențelor, 20 de organizații neguvernamentale, 500 de profesori, 2.000 de familii.

Activitățile proiectului au fost:

- funcționarea atelierelor *E mai bine să cunoști;*
- implicarea voluntarilor în cunoașterea fenomenului privind consumul de droguri, alcool și tutun;
- elaborarea publicației *Ghidul voluntarului pe probleme de droguri, alcool și tutun;*
- elaborarea și diseminarea materialelor informative;
- desfășurarea seminarului final.

La desfășurarea proiectului au contribuit câte un sociolog, psiholog, medic, pedagog în fiecare din centrele în care a fost implementat proiectul.

- *Eu, voluntarul* a fost un alt proiect desfășurat de Federația Internațională a Comunităților Educative - FICE România pe parcursul anului 2009 în domeniul prevenirii consumului de droguri licite și ilicite în școală. Proiectul – de formare de voluntari elevi și profesori - a fost finanțat de United Nations Office On Drugs and Crime DAPC/ UNODC NGO Grand Scheme și a implicat 19 licee din sectoarele 2 și 4 București, reușind să pregătească peste 200 de elevi și 100 de cadre didactice, care în echipe (un profesor și doi elevi), au pregătit și desfășurat activități de informare, la care au participat peste 4.000 de elevi. Proiectul a fost sprijinit în implementare de instituții guvernamentale, ANA și Inspectoratul Școlar al Municipiului București (ISMB).
- Proiectul *Știu că pot*, desfășurat de Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT), împreună cu Fundația Vodafone România a constat în activități de prevenire a consumului de droguri în școli prin transfer direct de abilități. Acest tip de abordare s-a dovedit științific ca fiind o metodă eficientă pe termen lung, atât pentru prevenirea consumului de droguri, cât și pentru

dezvoltarea ulterioară a tinerilor. Ipoteza de la care s-a plecat a fost aceea că, tinerii pot, dacă sunt informați corect și onest, să ia decizii sănătoase privind consumul de droguri, decizii care arată respect față de sine și față de ceilalți. În acest sens, în cadrul activităților proiectului, elevii nu primesc mesaje imperative privind refuzul consumului de droguri (intervenție dovedită ca inefficientă), ci li se oferă informații reale despre droguri și efectele lor și sunt formați în crearea de abilități noi, cum ar fi asertivitatea, luarea deciziilor, rezolvarea problemelor, comunicarea și relaționarea. În cadrul întâlnirilor organizate în patru clase a IX a din liceele bucureștene Emil Racoviță, George Coșbuc, Mihail Sadoveanu și Liceul internațional de Informatică, susținute de o echipă formată din consilierul psihologic al ALIAT și consilierul școlar/ dirigintele clasei din liceul aflat în program, adolescenții au primit informații despre consecințele consumului de droguri și au învățat să facă față presiunii grupului, să comunice mai bine cu cei din jur - părinți, profesori și prieteni - să își rezolve mai ușor problemele și să ia decizii.

Rezultatele evaluării proiectului în școlile și clasele participante:

- Proiectul s-a desfășurat în 7 clase de a IX-a din patru licee din București cu un număr total de 146 de elevi participanți
- Evaluarea proiectului s-a realizat cu ajutorul unui chestionar de evaluare cu 12 întrebări cuprinzând atât tematica abordată pe parcursul celor patru module, cât și itemi prin care elevii să își poată exprima satisfacția cu privire la participarea în acest proiect. Singurele date personale solicitate au fost vârsta și sexul, fapt care a încurajat exprimarea liberă a elevilor față de întrebările propuse. Răspunsurile au fost destul de variate:
 - 45% dintre elevi au apreciat că nu există nicio șansă să înceapă să fumeze, iar la polul opus, 9% au apreciat ca fiind foarte probabil să se întâmple acest lucru. 39% dintre elevi au apreciat că nu există nicio șansă să consume alcool în mod regulat, în timp ce, 3% au apreciat ca fiind foarte probabil să facă acest lucru. 2% dintre elevi nu au răspuns la această întrebare. 70% dintre elevi au răspuns că nu există nicio șansă să încerce să consume cannabis, 2% au răspuns că este foarte probabil. 2% dintre elevi nu au răspuns la această întrebare. 30% dintre elevi au apreciat ca fiind foarte importante temele abordate, în timp ce 4% au răspuns că temele abordate nu li s-au părut deloc importante. 35% dintre elevi au răspuns că le-au plăcut foarte mult metodele de lucru în cadrul modulelor. 2% nu au răspuns la această întrebare. 43% dintre elevi au răspuns că sunt foarte mulțumiți că au participat la acest proiect în timp ce 2% au răspuns că nu sunt deloc mulțumiți de faptul că au participat. 4% dintre elevi nu au răspuns la această întrebare. 86% dintre elevi au răspuns că ar recomanda prietenilor lor să participe la acest curs, 8% nu ar recomanda, iar 6% nu au răspuns la această întrebare.

Alte rezultate în cadrul proiectului:

- Manual pentru profesori (variantea scurtă cu 4 teme) elaborat, editat și diseminat în 4 școli din București
- Caiet de lucru pentru elevi (variantea scurtă cu 4 teme) elaborat, editat și diseminat în 4 școli din București (150 de elevi)
- 1 sesiune de instruire pentru profesori
- Sesiuni de lucru în școli: 35 ore de lucru cu elevii
- Crearea unui website interactiv www.stiucapot.ro, unde pot găsi informații utile privind efectele consumului de droguri, metode de prevenire a acestuia, dar și detalii practice pentru cei care doresc asistență
- Materiale promoționale Vodafone distribuite la peste 100 de elevi de clasa a 9-a.

3.1.2. PREVENIREA ÎN FAMILIE

La nivel local, Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog din județele Constanța, Dâmbovița, Galați, Harghita, Neamț, Olt, Sălaj, Teleorman, Timiș, Tulcea, Vaslui au implementat 11 proiecte de prevenire adresate familiei, precum și 9 activități de informare adresate părinților. În acest sens, amintim proiectele: *Tinerele mame*, *Amaro traiu*, *amaro drom*, *Training pentru familie privind formarea unor abilități educative privind prevenirea abuzului de alcool și tutun*, *Stă în puterea mea să am un copil sănătos*, *Împreună pentru o familie*, *Rețeaua Interinstituțională AntiDrog – un model de acțiune pentru protecția copilului împotriva consumului de droguri*, *Părinții*

mei ... prietenii mei, Fii model pentru copilul tău, Copilul tău te privește, Alege un cămin sănătos, Părinți responsabili, Pentru un copil sănătos.

Toate aceste intervenții au avut un număr de 500 de beneficiari direcți (părinți și educatori) și au vizat atât informarea părinților privind riscurile consumului de substanțe psihoactive, cât și dezvoltarea de abilități parentale, ca factori de protecție în prevenirea consumului de droguri.

Proiectele au fost realizate în parteneriat cu Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Asistență Psihopedagogică, Autoritățile de Sănătate Publică, Poliția de Proximitate, Consiliile Județene.

3.1.3. PREVENIREA ÎN COMUNITATE

Agenția Națională Antidrog a inițiat la nivel național 3 campanii de informare – sensibilizare privind riscurile consumului de tutun și droguri. Campaniile au fost implementate la nivel local prin Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în parteneriat cu Inspectorate Școlare Județene, Primării, Inspectorate Județene de Poliție, Autoritățile Județene de Sănătate Publică, Centre de Plasament – Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Case de Cultură, Direcțiile Județene de Tineret și Sport, Autoritatea Națională a Penitenciarelor, organizații neguvernamentale și reprezentanți ai mass-mediei.

- Campania națională pentru marcarea Zilei Mondiale fără Tutun, cu tema *Arată adevărul. Imaginile de avertizare salvează vieți*, a avut ca obiectiv general sensibilizarea populației cu privire la riscurile consumului de tutun prin activități stradale de informare, desfășurate în 13 județe, prin sesiuni informative, desfășurate în 127 unități de învățământ, în 10 penitenciare, în 2 Palate ale Copiilor, în 3 spitale, în 8 parcuri și prin organizarea a 6 conferințe de presă, 10 concursuri cu tematică specifică.
- Campania națională pentru marcarea Zilei Internaționale de Luptă Împotriva Traficului și Consumului Illicit de Droguri cu tema: *Îți controlează drogurile viața? În viața ta, în comunitatea ta... drogurile nu-și au locul*. Obiectivul campaniei l-a constituit creșterea implicării comunităților locale în prevenirea consumului de droguri. Astfel, s-au desfășurat activități stradale de informare în 30 județe, sesiuni informative în 17 unități de învățământ, în 11 penitenciare, în 6 Palate ale Copiilor, în 3 spitale, în 5 parcuri, în 5 biblioteci și s-au derulat 4 conferințe de presă, 15 concursuri, 11 seminarii. Campania a fost mediatizată și prin mijloacele de comunicare în masă, prin articole în presa scrisă și emisiuni radio – TV.
- Pentru marcarea Zilei Naționale fără Tutun – 19 noiembrie 2009 - Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog au desfășurat la nivel local activități stradale de informare în 10 județe, sesiuni informative și seminarii în 12 județe, acțiuni informative în 186 de unități de învățământ, 8 penitenciare, 3 spitale, 2 biblioteci și s-au derulat 13 concursuri sportive. În această campanie un număr de 12.181 de elevi și 1.440 de studenți au beneficiat de acțiunile de informare.
- Proiectul regional *Peer Drive Clean*, finalizat în luna martie 2009, a avut ca scop general informarea, educarea și sensibilizarea tinerilor care urmează cursurile școlilor de șoferi, cu privire la riscurile consumului de droguri la volan. Proiectul a fost inițiat de Institutul Mistel (Germania), în parteneriat cu instituții guvernamentale și non-guvernamentale din Europa (Portugalia, Olanda, Belgia, Spania, Austria, Estonia, România, Slovenia și Italia). Proiectul s-a desfășurat în București, Constanța, Iași, Sibiu, Timișoara și a avut 650 beneficiari, elevi ai școlilor de șoferi din București, 12 educatori între egali, 100 de reprezentanți ai instituțiilor publice locale.
- Campania națională de prevenire a consumului de alcool la locul de muncă, intitulată *Pune cărțile pe masă*, a avut ca obiectiv conștientizarea populației implicate într-o formă legală de muncă asupra efectelor consumului de alcool. Implementarea campaniei la nivel național s-a realizat prin cele 47 de CPECA și Agențiile Județene de Ocupare a Forței de Muncă (AJOFM) și s-a concretizat prin distribuirea de materiale informative (35.400 postere și 450.000 pliante în rândul persoanelor care au accesat punctele de lucru ale AJOFM).

- La nivel local, în funcție de nevoile identificate, Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog au implementat 45 proiecte de informare-educare, având ca beneficiari direcți 41.000 de persoane. Dintre acestea menționăm: Educația antidrog; Alătură-te nouă; Alături de oameni, mai aproape de Dumnezeu; Cluburi Antidrog Stop alcool!, Prevenire în comunitatea romă; Consumul de alcool - sursă a criminalității rurale, Fără alcool și droguri la volan.
- Totodată, la nivel național au fost desfășurate 1.315 activități de informare-educare la nivelul comunităților locale. Parteneri: Direcții Județene de Asistență Socială, organizații neguvernamentale; școli de șoferi; Inspectorate Județene de Poliție; Direcții Județene de Sănătate Publică; Penitenciare și Centre de reeducare; AJOFM; Servicii de Probațiune; Școli de Formare Inițială și Continuă a Personalului Poliției de Frontieră; Cluburi și discoteci; Societăți comerciale private; Instituții școlare; Primării; Inspectoratele Teritoriale de Muncă; Direcții Județene de Tineret; Organizații sindicale (ex. Sindicatul Cartel ALFA).

Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO) a derulat proiecte naționale bazate pe principiul alternativei la consumul de droguri, precum: *Fă-ți prieteni reali, nu doar virtuali!*, *Artă contra drog*, dar și campanii de informare-educare referitoare la *Conștientizarea riscului asupra consumului de droguri* sau proiecte adresate tinerilor prin intermediul tinerilor: *Candidat la președinție – pro sau contra drogurilor ușoare*. Scopul acestora a fost de informare prin dialog și comunicare, obiectivele fiind conștientizarea de către tineri a propriilor valori, oferirea unei educații interculturale bazate pe principiul cetățeniei active, multiculturalității, toleranței. Grup țintă: tineri cu vârsta cuprinsă între 15 și 30 ani. Parteneri: Europe Against Drugs (EURAD), ANA, MECI, Consilii Județene, Primării.

3.2 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC

3.2.1. PREVENIREA ÎN COMUNITATE⁴²

În anul 2009, Agenția Națională Antidrog a inițiat două proiecte pilot ce au avut ca grup țintă persoanele care au experimentat consumul de droguri. Aceste proiecte au vizat, pe de o parte, persoanele aflate în stare privativă de libertate (proiectul *ANCORA*) și, pe de altă parte, adolescenții și tinerii aflați într-o formă de învățământ (proiectul *FreD goes net*).

- *ANCORA* – proiect adresat consumatorilor de droguri din penitenciar, ce are ca obiectiv dezvoltarea de abilități pentru reintegrarea socială, prin organizarea de sesiuni de informare lunare și grupuri de prevenire a recăderilor și pregătire pentru eliberare. Parteneri: Penitenciarul Rahova București, Fundația de Îngrijiri Comunitare.

Proiectul a avut 200 de beneficiari direcți, care au participat la 32 întâlniri săptămânale în grup restrâns și la 10 sesiuni informative. Datorită succesului acestui proiect, conducerea Penitenciarului Rahova și-a exprimat dorința de a continua asistența psihologică a consumatorilor de droguri aflați în stare de detenție, după modelul intervențiilor din acest proiect.

- Proiectul *FreD goes net - Intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară*. Proiectul este finanțat de Comisia Europeană și coordonat de LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues (Münster, Germania). România a fost una dintre cele 9 țări care au preluat, ca parteneri în implementare proiectul pilot, inițiat în anul 2002 de Germania. Acest proiect are ca scop prevenirea dependenței de droguri în rândul tinerilor care sunt la începutul consumului de alcool și droguri ilegale, prin realizarea de intervenții de grup în vederea creșterii nivelului de conștientizare a riscurilor asociate consumului. În anul 2009, au fost susținute 10 cursuri FRED, la care au participat 105 tineri cu vârsta cuprinsă între 14 și 21 de ani din liceele bucureștene. Parteneri implicați la nivel național: Direcția Generală de Poliție a Municipiului București, Inspectoratul Școlar al Municipiului București, organizația neguvernamentală Brigada Internațională Antidrog.

⁴² Vezi chestionarul structurat SQ26

3.2.2. PREVENIREA ÎN RÂNDUL GRUPURILOR LA RISC

- Campania de informare și educare pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile - *Învăță cum să AI GRIJĂ DE TINE*, inițiată de Agenția Națională Antidrog, cu asistența tehnică și financiară din partea UNODC. În cadrul campaniei au fost realizate și distribuite 16.000 materiale de informare – educare privind riscurile medicale asociate consumului de droguri injectabile (abcese, cangrena, supradoză); riscurile specifice consumului anumitor substanțe (heroină, ketamină); tipurile de servicii de asistență disponibile. Aceste materiale au fost distribuite prin intermediul furnizorilor de servicii pentru consumatorii de droguri injectabile din București.

La nivelul CPECA, activitățile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri se întrepătrund cu cele de prevenire a riscurilor, majoritatea desfășurându-se în unitățile școlare sau penitenciare. Astfel, la nivel național au fost implementate 20 de proiecte în județele Alba, Botoșani, Brăila, Galați, Harghita, Mureș, Satu Mare, Sălaj, Sibiu, Tulcea, Vâlcea și sector 4 București.

- În județul Brăila, s-a derulat proiectul *Departa de droguri*, adresat adolescenților și tinerilor ocrotiți în apartamente și case de tip rezidențial din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Brăila. Proiectul are ca obiectiv general creșterea factorilor de protecție împotriva consumului de substanțe, precum și responsabilizarea cadrelor specializate din centrele rezidențiale asupra problematicii specifice dependenței de droguri.
- Proiectul: *CARAVANA ALCOHELP - Prevenirea consumului abuziv de alcool*. ALIAT a lansat în Noiembrie 2009, www.alcoholhelp.ro, primul centru on-line de consiliere și intervenție de tip e-health, adresat persoanelor cu un consum problematic de alcool. Caravana AlcoHelp reprezintă cea de-a doua etapă din cadrul programului dezvoltat de către ALIAT și susținut de compania Heineken România pe tema consumului problematic de alcool. Prin acțiuni organizate în mijlocul comunității, aceasta vizează creșterea gradului de conștientizare a populației în ceea ce privește caracterul problematic al consumului abuziv de alcool, precum și creșterea gradului de accesibilitate a intervențiilor în domeniul prevenirii și tratamentului consumului problematic de alcool. Caravana AlcoHelp reprezintă extensia off-line a platformei www.alcoholhelp.ro în 11 orașe importante din România și presupune prezența unei echipe de specialiști în adicții și voluntari ai ALIAT în cele 11 orașe. Activități: instalarea corturilor în fiecare dintre aceste orașe, distribuirea de materiale informative despre platforma www.alcoholhelp.ro de către voluntarii ALIAT, oferirea de consiliere celor interesați și punerea la dispoziția vizitatorilor a unui chestionar audit prin care aceștia își pot determina gradul de pericolozitate al consumului de alcool.

3.2.3. PREVENIREA ÎN SPAȚII RECREAȚIONALE

- În anul 2009, Centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog Mureș a implementat proiectul *Noapți fără droguri*. Obiectivele acestui proiect vizează pe de o parte implicarea activă a tinerilor în prevenirea consumului recreațional de droguri, precum și creșterea conștientizării tinerilor care frecventează locuri de distracție nocturne cu privire la riscurile consumului experimental/ recreațional de droguri. Proiectul are ca parteneri: Inspectoratul Județean de Jandarmi Mureș, Inspectoratul Județean de Poliție Mureș, Fundația Alături de voi - filiala Târgu Mureș.

Capitolul 4 - Consumul problematic de droguri

4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI INCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri la nivelul anului 2009 s-a utilizat multiplicatorul rezultat în urma aplicării „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile CDI din București - Behavioural Surveillance Survey 2009⁴³” coordonat de UNODC România în parteneriat cu Romanian Angel Appeal, Agenția Națională Antidrog, Administrația Națională a Penitenciarelor, Ministerul Sănătății, Comisia de Luptă Anti Sida⁴⁴.

Benchmark: clienții programelor de schimb de seringi

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

Analiza datelor „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile CDI - Behavioural Surveillance Survey 2009” a indicat că un procent de 53% (0,5300; 95% CI: 0,4838 – 0,5762) dintre persoanele incluse în studiu erau clienți ai programelor de schimb de seringi (PSS).

Prin împărțirea numărului persoanelor care au fost incluse în programele de schimb de seringi în anul 2009 (respectiv 9.417) la procentul menționat mai sus, a rezultat un număr estimat de 17.767 (17.767; 95% CI: 16.343 – 19.464) consumatori problematici de droguri în București.

Tabel nr. 4-1: Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2007- 2009

An	Număr estimat de consumatori problematici de droguri PDU	Rata la 1000 persoane, vârstă 18-49 ani
2007	16 867	17,4
2008	17 387	17,5
2009	17 767	18,0

Sursa: ANA/IGPR

Nu s-au observat schimbări majore în ceea ce privește numărul estimat de consumatori problematici din București în anul 2009, comparativ cu anul 2008, respectiv 2007. În continuare, principala limită în realizarea unei estimări la nivel național este reprezentată de disponibilitatea serviciilor/ programelor din restul țării.

Estimarea prezentată mai sus a fost aleasă ca fiind cea mai reprezentativă (eșantionare adecvată, respectiv procesul de selectare a eșantionului a început într-un centru de tratament, fiind astfel mai relevantă multiplicarea în baza clienților programului de schimb de seringi).

În cadrul celor două studii realizate în anul 2009, au fost introduse întrebări care au permis estimări indirecte ale prevalenței consumului problematic de droguri în baza a două metode (metoda multiplicatorilor și tehnica nominalizării). Prezentăm mai jos tabelul cu valorile estimărilor rezultate în urma analizei datelor.

⁴³ Studiul este descris în capitolul 6

⁴⁴ Vezi tabelul standard ST7

Tabel nr. 4-2: Rezultatele aplicării tehnicilor de estimare rapidă a numărului PDU în București

Tehnici de estimare	Metoda Multiplicatorilor	Tehnica Nominalizării	Tehnica Nominalizării	Metoda Multiplicatorilor
Studii	Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile	Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi ⁴⁵	Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi	Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile
Orașul/ Regiunea	București	București	București	București
Benchmark	Clienții programelor de schimb de seringi din București	Clienții programelor de schimb de seringi din București	CDI admiși la tratament în 2009	CDI admiși la tratament în 2009
Estimare	17.767; 95% CI: 16.343 – 19.464	20.405; 95% CI: 19.380-21.544	4.008; 95% CI: 3.723-4.338	3.900; 95% CI: 3.418-4.541

Sursa: ANA/IGPR

Se observă că, atât metoda multiplicatorilor, cât și tehnica nominalizării conduc la rezultate asemănătoare pentru același tip de servicii folosit ca și *benchmark* în formula de calcul a multiplicatorului, aproximativ 3.500 – 4.000 consumatori problematici de droguri (95% CI), în cazul beneficiarilor serviciilor de tratament și 16.000 – 20.000 (95% CI), în cazul clienților programelor de schimb de seringi.

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

Anul acesta estimarea a fost făcută pe baza consumatorilor unici înregistrați la serviciile de schimb de seringi. Din cei 9.417 consumatori de droguri injectabile înregistrați la programele de schimb de seringi, 66,5% erau de sex masculin, 33,5% de sex feminin. Principalul drog consumat este heroina (în peste 97% din cazuri).

4.3. CONSUM INTENSIV, FRECVENT ȘI DE LUNGĂ DURATĂ ȘI ALTE FORME DE CONSUM PROBLEMATIC

Nu sunt disponibile date noi.

⁴⁵ Studiul este descris în capitolul 6

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

Sistemele de monitorizare a persoanelor aflate în tratament oferă o largă descriere comparativă a stadiului și tendințelor înregistrate în consumul de droguri și reprezintă una din sursele majore de informație pentru epidemiologia din domeniul drogurilor (informații comparabile, relevante și anonime despre numărul și caracteristicile persoanelor care sunt tratate pentru consum de droguri) și reducerea cererii (evaluarea resurselor necesare, planificarea și evaluarea serviciilor pentru consumatori de droguri). Pentru a îmbunătăți gradul de comparabilitate a datelor legate de tratament care provin din România cu cele care provin de la alte State Membre, procesul colectării de date și noile experiențe asociate cu Treatment Demand Indicator se face, conform recomandărilor EMCDDA, pe baza Protocolului Standard European de monitorizare a tratamentului dependenților de droguri (Protocolul Standard 2.0).

Protocolul menționat stă la baza Ordinului comun emis de Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Internelor și Reformei Administrative⁴⁶, care stabilește cadrul legal pentru colectarea datelor prezentate în capitolul de față. Conform metodologiei de completare a foii individuale de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în sistemul de raportare a datelor sunt incluse mai multe categorii de furnizori de servicii medicale, psihologice și sociale⁴⁷ și se consideră episod de admitere la tratament, ori de câte ori un pacient începe un tratament într-un centru care raportează, indiferent dacă a mai realizat anterior alt tratament în același centru sau în alt centru, în același an sau într-un an diferit⁴⁸.

În cadrul capitolului care urmează, un caz este reprezentat de o persoană care începe tratamentul pentru consum de droguri într-un centru de tratament de-a lungul anului calendaristic, începând cu 1 Ianuarie și până la 31 Decembrie⁴⁹ și poate fi:

- caz nou (admiterea pentru prima dată la tratament într-un centru) - situație când un pacient se prezintă pentru prima dată într-un centru care raportează și se deschide foaia de observație sau fișa beneficiarului în prezența unei persoane calificate (medic, psiholog, asistent social sau asistent medical etc), în scopul inițierii unui tratament pentru consum/dependență de substanțe psihoactive;
- recidivă (readmiterea la tratament în același centru) - atunci când este admisă la tratament o persoană care a mai beneficiat anterior de unul sau mai multe tratamente, finalizate prin acordarea de servicii medicale, psihologice sau sociale, excludere sau abandon.

⁴⁶ Ordin comun MSP și MIRA nr. 770, respectiv nr. 192/ 2007, pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile

⁴⁷ Centrele de prevenire evaluare și consiliere antidrog (acordă servicii de asistență psihosocială în regim ambulatoriu și asigură managementul de caz) și centrele de asistență integrată a adicțiilor (acordă unul sau mai multe servicii de asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu) din structura Agenției Naționale Antidrog; centrele de zi (acordă servicii de asistență în regim ambulatoriu); centrele de tip comunitate terapeutică (acordă servicii de asistență în regim de internare sau hotelier); centrele, secțiile și compartimentele de dezintoxicare de tip spitalicesc; laboratoarele de sănătate mintală cu staționar de zi; secțiile sau compartimentele de specialitate din spitalele penitenciare

⁴⁸ Nu sunt raportate ca și episoade de admitere la tratament următoarele situații: simplele contacte personale sau telefonice pentru a solicita informații despre tratament și nici solicitările de tratament aflate pe lista de așteptare; contactele care au ca scop unic solicitarea de ajutoare sau servicii sociale; tratamentele care au ca scop unic tratarea complicațiilor organice datorate consumului de droguri, cum ar fi tratamentul unei supradoze sau infecții; intervențiile care constau exclusiv în schimb de seringi sau alte materiale de injectare, distribuție de prezervative etc; admiterile la tratament în care nu se cunosc variabile, precum data admiterii la tratament în centru sau drogul principal pentru care este admis la tratament.

⁴⁹ Dacă o persoană continuă tratamentul început în anul anterior, aceasta nu este înregistrată din nou

5.1 STRATEGII/ POLITICI

Conform standardelor Sistemului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri⁵⁰, coordonarea asistenței consumatorilor și managementul general al fiecărui caz de-a lungul diferitelor servicii sunt structurate pe următoarele niveluri de asistență:

- nivel I - de identificare și trimitere a consumatorilor de droguri spre serviciile specializate și asistența nevoilor medicale și sociale de bază (servicii de urgență, asistență medicală primară, servicii sociale generale, servicii de *harm reduction*);
- nivel II – este constituit din unități specializate din sistemul de sănătate publică și din centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog și asigură asistență specializată (evaluare multidisciplinară, elaborare plan de asistență, asistență specializată, concomitentă și continuă), monitorizarea și trimiterea spre cel de-al treilea nivel;
- nivel III – asigură asistență specifică și cu un grad mare de specializare (dezintoxicare, comunități terapeutice, centre de zi etc.) și reintegrare socio-profesională.

În cadrul *Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012*⁵¹ - Subprogramul 7 *Servicii de asistență de nivel 2 - centre de asistență integrată în adicții (CAIA)*⁵² a fost asigurată în anul 2009, cu finanțare integrală de la bugetul de stat (buget estimat pentru 2009: 1.500.000 lei) asistența pentru un număr de 424 de beneficiari: 187 tratament cu metadonă; 88 tratament cu buprenorfină + naloxonă și 149 tratament cu naltrexonă.

5.2. SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT

Comparativ cu anul precedent, în anul 2009 nu au avut loc schimbări importante în ceea ce privește organizarea sistemului național de tratament. Astfel, în anul de referință, pentru consumatorii de droguri, au fost disponibile următoarele servicii:

Tabel nr. 5-1: Tipurile de servicii disponibile pentru consumatorii de droguri, 2009

Tipul programului	Nr. unități/secții	Servicii gratuite/ servicii cu plată
Asistență și tratament sevraj și supradoză	2 minori: 3	Servicii gratuite
Dezintoxicare	adultți: 14	Servicii gratuite
Tratament substitutiv cu metadonă	9	Servicii gratuite
	4	Servicii cu plată
Tratament substitutiv cu naltrexonă	5	Servicii gratuite
	1	Servicii cu plată
Tratament substitutiv cu buprenorfină	5	Servicii gratuite
	1	Servicii cu plată
Consiliere	50	Servicii gratuite
	3	Servicii cu plată
Postcură	1	Servicii gratuite
<i>Outreach</i>	4	Servicii gratuite
Socio-vocațional	1	Servicii gratuite
Tratament substitutiv cu metadonă (în penitenciar)	5	Servicii gratuite

Sursa: ANA/IGPR

⁵⁰ nu fac referire la: alcool, substanțele psihoactive administrate pe bază de prescripție medicală, persoanele sub 18 ani, asistența acordată în regim de detenție

⁵¹ Aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 1.102 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 675 din 1 octombrie 2008);

⁵² Servicii principale: asigurarea tratamentului de substituție cu metadonă și buprenorfină + naloxonă; asigurarea tratamentului de menținere a abstenenței (pentru dependenții de opiacee și alcool) cu naltrexonă; asigurarea tratamentului de dezintoxicare ambulatorie; testarea prezenței drogurilor în lichide biologice; testare rapidă HIV și hepatită; distribuirea de prezervative; consiliere pre- și post-testare; vaccinare hepatita A și B; servicii de asistență medicală medie; servicii de terapie ocupațională (ergoterapie); servicii de asistență medicală psihiatrică; servicii de psihoterapie individuală, de grup și familială; asigurarea testării standardizate în vederea evaluării psihologice.

Serviciile prezentate în tabelul anterior, au fost acordate în centrele Agenției Naționale Antidrog, unitățile medicale din rețeaua Ministerului Sănătății și clinici private, precum și în penitenciare, grupul țintă fiind, în marea majoritate, consumatorii de heroină.

Începând cu anul 2009, în raportarea serviciilor de asistență oferite consumatorilor de droguri au fost incluse, pe lângă unitățile medicale ale Ministerului Sănătății, și centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog⁵³ din cadrul Agenției Naționale Antidrog, alte 3 centre specializate pentru tratamentul în ambulatoriu al consumatorilor de droguri: Arena (centru administrat de o organizație non-guvernamentală, ARAS) și 2 private: PSYMOTION și Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii⁵⁴ (ANIT), care acordă servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv cu metadonă/suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiaceee) în București. De asemenea, tot pentru anul de referință, au fost colectate date privind admiterea la tratament în cadrul sistemului penitenciar.

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

În anul 2009, au beneficiat de tratament⁵⁵ pentru consum de droguri ilegale 1.689 de persoane:

- în regim de internare⁵⁶ - 1.126 de persoane⁵⁷;
- în regim ambulatoriu⁵⁸ - 536 de persoane⁵⁹;
- în sistemul penitenciar⁶⁰ - 27 de persoane (descrierea acestora se regăsește în capitolul 9).

⁵³ Centrele asigură o acoperire națională (47 CPECA - câte un centru în fiecare județ și sector al capitalei)

⁵⁴ <http://www.psymotion.ro> și <http://www.anit.ro/>

⁵⁵ Totalul persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive a fost de 5.353 de persoane, dintre care 31,55% (1.689 de persoane) pentru consum de droguri ilegale și 68,45% (3.664 de persoane) pentru consum de alcool și tutun

⁵⁶ unitățile medicale ale Ministerului Sănătății

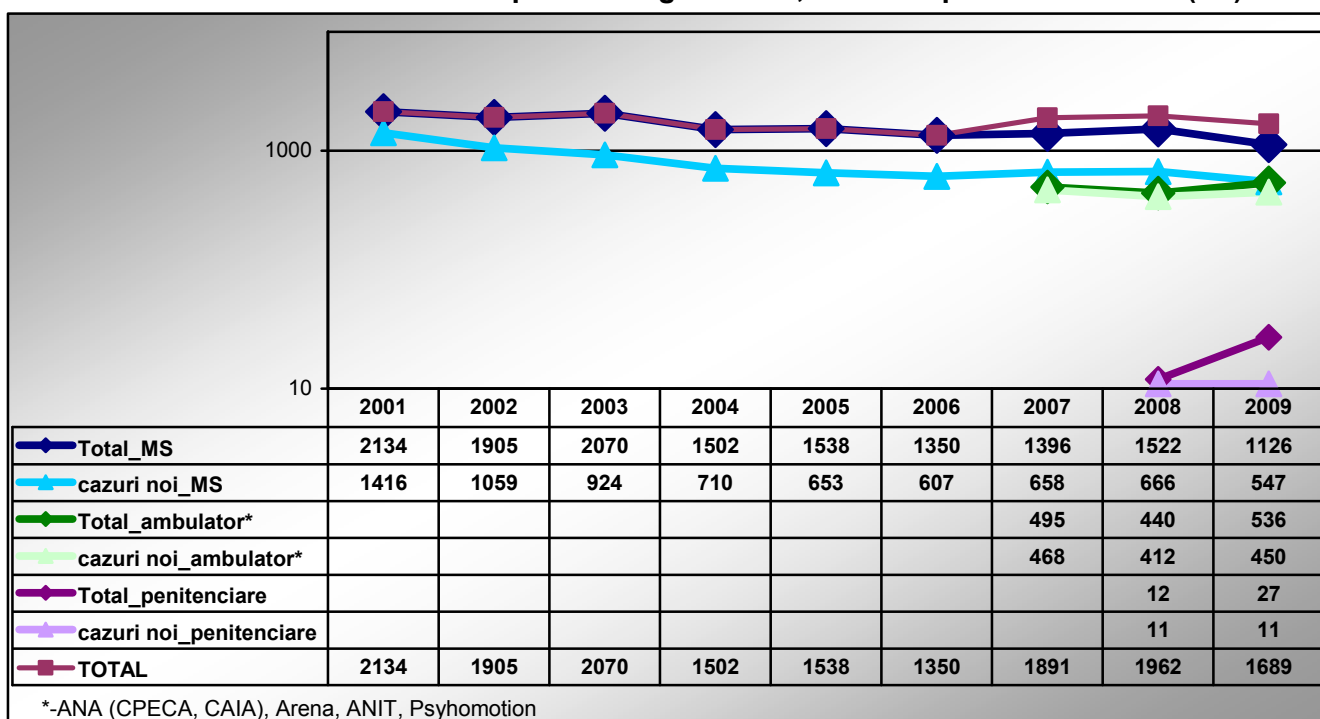
⁵⁷ Totalul persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în regim de internare, a fost de 2.823 de persoane, dintre care 1.126 de persoane pentru consum de droguri ilegale și 1.697 de persoane pentru consum de alcool și tutun, ca drog principal

⁵⁸ ANA (CPECA și CAIA), Arena, PSYMOTION și ANIT

⁵⁹ Prin unificarea bazelor, totalul persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în regim ambulatoriu, a fost de 2.503 de persoane, dintre care 536 pentru droguri ilicite și 1.967 pentru alcool și tutun, ca drog principal

⁶⁰ Programul de substituție cu metadonă se desfășoară în cinci unități penitenciare: Penitenciarul Spital București – Rahova, Penitenciarul Spital București – Jilava, Penitenciarul București – Rahova, Penitenciarul București – Jilava și Penitenciarul Giurgiu

Grafic nr. 5-1: Admiterea la tratament pentru droguri ilicite, date comparate 2001-2009 (nr.)



Sursa: ANA/IGPR⁶¹

Comparativ cu anul 2008, deși se observă o creștere a proporției cazurilor noi (de la 54,9% în 2008, la 59,7% în 2009), se înregistrează o scădere cu 14% a tuturor solicitărilor de tratament pentru droguri ilicite. Trebuie avut în vedere însă faptul că, pentru raportarea pe anul 2009 a admițerilor în centrele de tratament subordonate MS, nu s-au mai folosit date agregate și a fost evitată dubla numărare pe baza unui cod alfa-numeric pentru fiecare pacient.

A. Admiterea la tratament în regim de internare ca urmare a consumului de droguri ilicite⁶²

În anul 2009, conform datelor furnizate de Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății (CNOASIIDS) din cadrul Ministerului Sănătății, la nivel național au fost raportate 1.126 de cazuri de admitere la tratament⁶³ ca urmare a consumului de droguri ilicite.

Comparativ cu anul anterior, în anul 2009, se observă:

- o scădere cu 26% a solicitărilor de tratament pentru drogurile ilicite (de la 1.522 de cazuri la 1.126 de persoane)⁶⁴
- o creștere cu 4,8% a proporției celor aflați la prima internare (de la 43,8% la 48,6%).

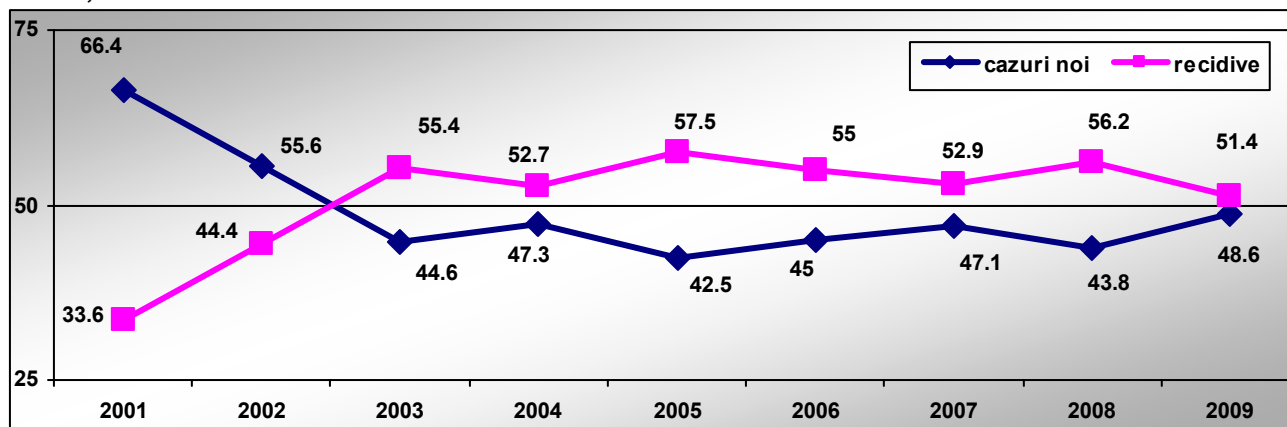
⁶¹ În baza datelor transmise de Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății, ANIT, PSYMOTION, Arena, ANP

⁶² alcoolul și tutunul nu fac obiectul prezentei analize

⁶³ aceste cazuri au fost raportate de 14 unități medicale din București și din țară

⁶⁴ trebuie avut în vedere însă faptul că nu s-a mai folosit date agregate și a fost evitată dubla numărare pe baza unui cod alfa-numeric pentru fiecare pacient

Grafic nr. 5-2: Evoluția proporției cazurilor noi și a recidivelor din total admiteri la tratament pentru substanțe psihoactive, date comparate 2001-2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR ⁶⁵

Analizând evoluția proporției cazurilor noi, comparativ cu cea a recidivelor, se observă că proporția celor aflați la prima internare a fost mai mare doar în perioada 2001-2002 (2001 - 1,9 cazuri noi la un caz de recidivă, iar în 2002 – 1,2 cazuri noi la un caz de recidivă). Din anul 2003, situația se inversează și proporția admitterilor la tratament pentru persoane care au mai fost tratate anterior devine mai mare față de cea a consumatorilor aflați la primul tratament.

Tabel nr. 5-2: Raportul cazuri noi/recidive, date comparate 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Raport cazuri noi/recidive	1,9:1	1,2:1	0,8:1	0,9:1	0,7:1	0,8:1	0,9:1	0,8:1	0,9:1

Sursa: ANA/IGPR ⁶⁶

În funcție de drogul principal, în anul 2009, 69,6% dintre cazuri au fost pentru heroină, 12,6% - alte substanțe, 8,3% - pentru medicamentele cu efect hipnotic sau sedativ, 4% - cannabis, 3,6%-metadonă și alte opiacee și cu mai puțin de 1% - pentru fiecare din celelalte categorii de droguri (inhalanți volatili, stimulente, cocaină și halucinogene).

Tabel nr. 5-3: Distribuția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și tipul admitterii, date comparate 2008-2009 (%)

	cazuri noi		recidivă		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
heroină	60,6	57,1	80,8	81,5	72	69,6
alte substanțe	14,5	18,8	6,5	6,7	10,1	12,6
hipnotice și sedative	15,4	12,4	8,8	4,5	11,7	8,3
cannabis	3,5	6,6	1,5	1,6	2,4	4,0
alte opiacee și metadonă	3,2	2,7	1,5	4,5	2,2	3,6
inhalanți volatili	1,1	0,9	0,4	0,9	0,7	0,9
stimulente	0,9	0,7	0,2	0,2	0,5	0,4
halucinogene	0,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,4
cocaină	0,5	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1

Sursa: ANA/IGPR ⁶⁷

Din analiza distribuției admitterilor la tratament în anii 2008-2009, în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, se observă că, dacă persoanele readmise la tratament (recidivele) au solicitat preponderent asistență pentru heroină (80,8%, respectiv 81,5%), în cazul persoanelor admise pentru prima dată la tratament, proporția consumatorilor de heroină scade (la 60,6%, respectiv 57,1%), și crește

⁶⁵ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁶⁶ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁶⁷ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

cea a consumatorilor de alte droguri (2008: de la 19,2% la 39,4%, respectiv 2009: de la 18,5% la 42,9%). Ca și în anul 2008, datele prezentate conduc la 2 ipoteze:

- creșterea accesibilității la tratament pentru utilizatorii care consumă alt tip de drog decât heroina;
- schimbare a modelului de consum: scade proporția consumatorilor de heroină și crește cea a consumatorilor de hipnotice și sedative, cannabis, metadonă și alte opiacee (decât heroina), cocaină, halucinogene etc.

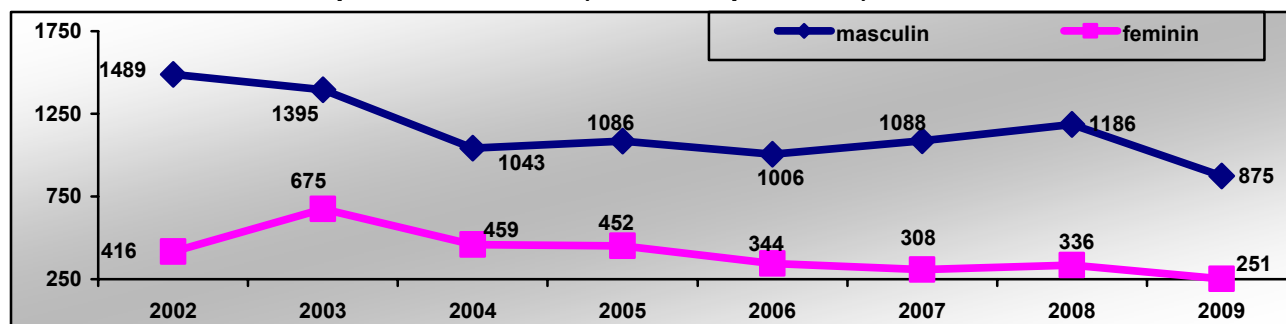
Similar informațiilor colectate în anii precedenți, în ceea ce privește distribuția teritorială a persoanelor care au beneficiat de tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, și în anul 2009 se poate constata menținerea concentrării acestora cu predilecție în Municipiul București (71,49%), dar trebuie avut în vedere faptul că și serviciile sunt mai dezvoltate în capitală, atât ca tip de asistență oferit, cât și ca număr.

Distribuția cazurilor din anul 2009, în funcție de sex, este aceeași din anul anterior și arată o pondere crescută a bărbaților – 77,7% (875 de persoane), comparativ cu femeile – 22,3% (251 de persoane).

Evoluția admitterilor la tratament, în perioada 2002-2009, în funcție de sexul consumatorului, arată că:

- numărul total de consumatori de sex masculin, admiși la tratament - are o tendință de scădere, în anul 2009 înregistrându-se un număr de 875 de persoane (cu 73,78% față de anul 2008 și cu 58,76% față de anul 2002);
- numărul total de persoane de sex feminin, admise la tratament – cu excepția anilor 2003 și 2007, când au existat creșteri față de anii anteriori, prezintă tot o tendință de scădere pentru perioada 2002-2009 (în 2009: cu 74,7 % față de anul 2008 și cu 60,34% față de anul 2002).

Grafic nr. 5-3: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului, date comparate 2002-2009 (număr de persoane)



Sursa: ANA/IGPR ⁶⁸

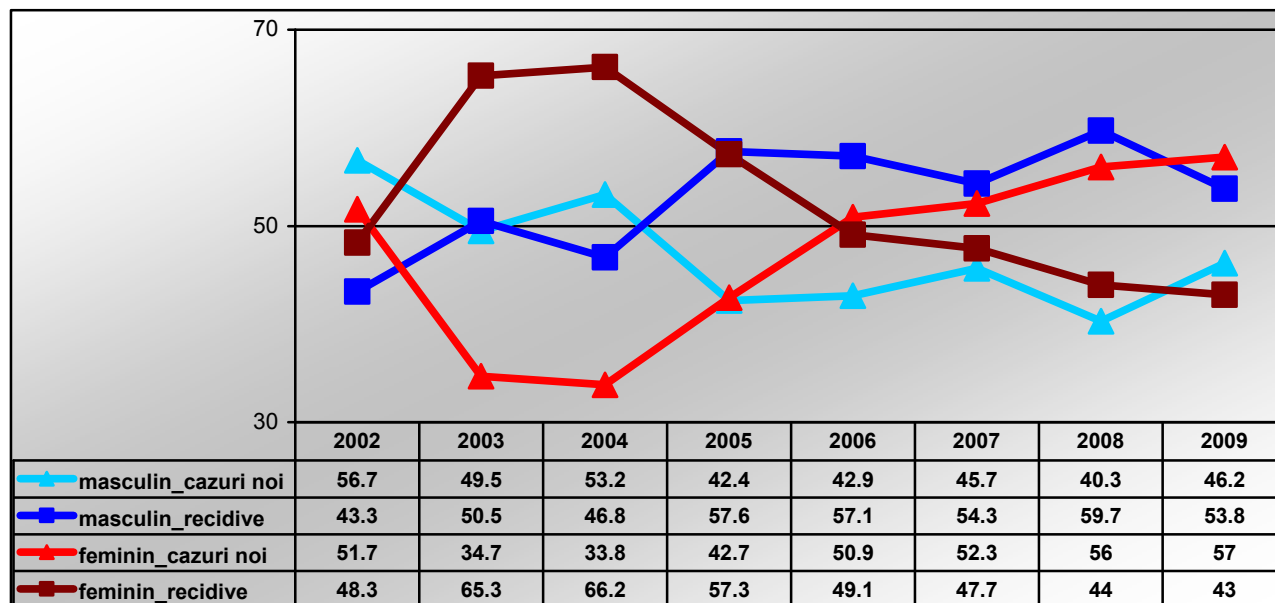
Dintre consumatorii de droguri de sex masculin, un procent de 46,2% reprezintă cazuri noi (în creștere față de anul anterior: 40,3%) și 53,8% cazuri care au mai fost tratate anterior. O situație inversă este întâlnită în cazul consumatorilor de sex feminin: proporția celor care solicită pentru prima dată tratament pentru consumul de substanțe ilicite este mai mare – 56,97% (în 2008: 56%) decât a celor care au mai fost admise la tratament – 43%.

Analizând evoluția admitterilor la tratament, pentru aceeași perioadă 2002-2009, în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii se constată că:

- pentru persoanele de sex masculin - începând cu anul 2005 proporția celor admiși pentru prima dată la tratament este mai mică decât a recidivelor, cea mai mare diferență înregistrându-se pentru anul 2008 - 19,4%;
- pentru persoanele de sex feminin - după ce în perioada 2003-2005 proporția recidivelor a fost mult mai mare decât cea a cazurilor noi (de ex. în anul 2004 s-a înregistrat un raport recidive:cazuri noi de 1,96:1), începând cu anul 2006 situația se inversează astfel încât, în anii 2008- 2009 se înregistrează un raport de 1,3 admitteri noi la 1 caz care a mai fost admis la tratament.

⁶⁸ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

Grafic nr. 5-4: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii, date comparate 2002-2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR ⁶⁹

În concluzie, deși pentru toate persoanele admise la tratament se menține raportul de 3,5 persoane de sex masculin la 1 persoană de sex feminin, se modifică raportul pentru persoanele care au solicitat tratament pentru prima oară și se constată, față de anul anterior, o creștere a disproporției bărbați/ femei.

Tabel nr. 5- 4 Raportul bărbați/ femei admiși la tratament, date comparate 2001-2009

Raport Bărbați/Femei	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Persoane care solicită pentru prima dată tratament	4,6:1	3,9:1	2,9:1	3,5:1	2,3:1	2,4:1	3:1	2,5:1	2,8:1
Total persoane aflate în tratament	5:1	3,5:1	2:1	2,2:1	2,4:1	2,8:1	3,5:1	3,5:1	3,5:1

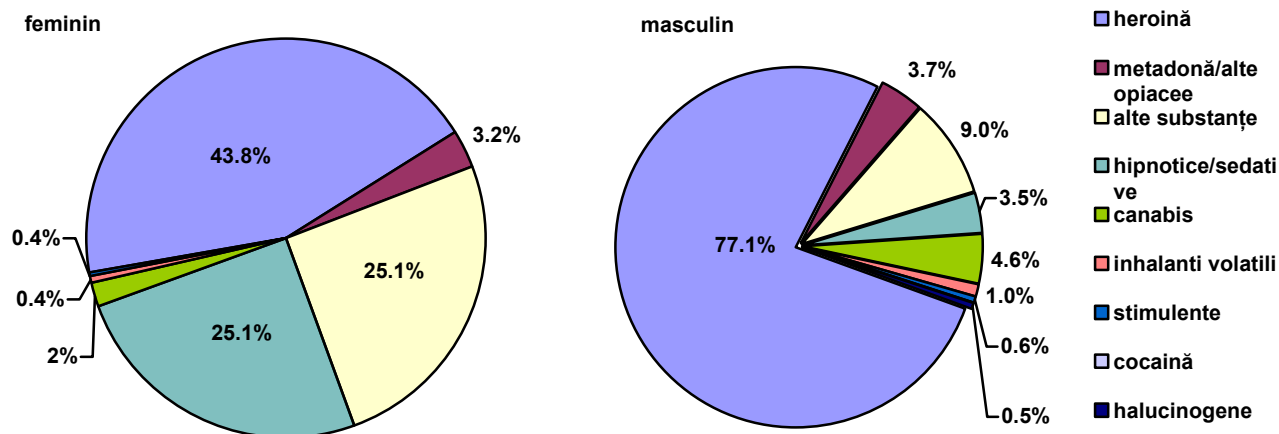
Sursa: ANA/IGPR ⁷⁰

În anul 2009, în funcție de drogul principal și de sex, se constată că, dacă mai mult de 3/4 dintre bărbați au solicitat tratament pentru opiacee (77,1%), în cazul femeilor, mai puțin de jumătate (47%) au solicitat tratament pentru opiacee, iar una din 4 pentru hipnotice sau sedative (25,1%) sau alte substanțe (25,1%). De menționat că, în anul de referință, ca și în anul anterior, nici o persoană de sex feminin nu a solicitat tratament pentru halucinogene, ci doar 0,5% dintre bărbați (2008-0,3%), iar admitterile la tratament pentru cannabis reprezintă 4,6% din total pentru persoanele de sex masculin și 2% pentru cele de sex feminin.

⁶⁹ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁷⁰ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

Grafic nr. 5-5: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2009



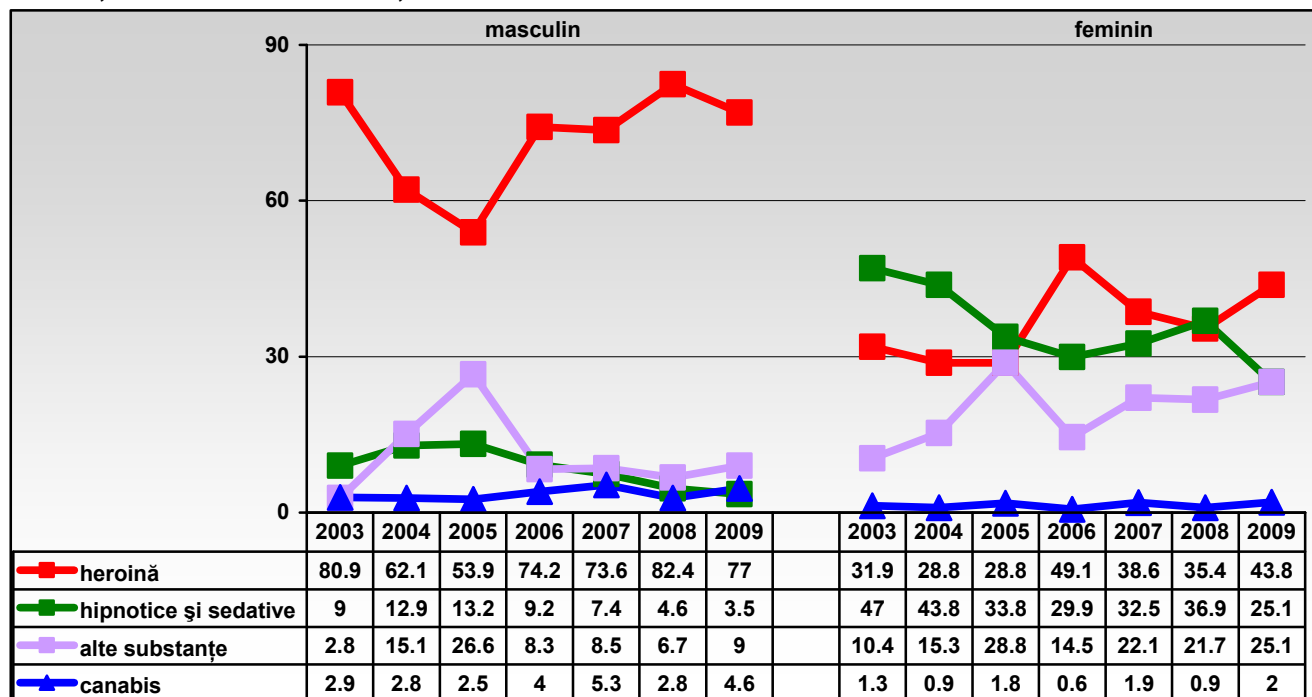
Sursa: ANA/IGPR ⁷¹

Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe și cannabis, în perioada 2002-2009, în funcție de sexul consumatorilor arată următoarele:

- pentru consumatorii de sex masculin: deși se păstrează aceeași tendință (un consum preponderent de heroină), în anul 2009 se înregistrează o ușoară scădere a proporției celor care au solicitat tratament pentru consumul de heroină și hipnotice și sedative și o creștere a proporției celor care au solicitat tratament pentru consumul de alte substanțe și cannabis;
- pentru consumatorii de sex feminin: până în anul 2005 și în anul 2008, cele mai multe solicitări de tratament au fost pentru consum de hipnotice și sedative, iar în restul anilor pentru consumul de heroină;
- pentru alte substanțe, consumul este mai mare pentru femei, comparativ cu bărbații, în cazul cărora se înregistrează un consum mai mare de cannabis.

⁷¹ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

Grafic nr. 5-6: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe și cannabis în funcție de sexul consumatorului, date comparate 2003-2009



Notă –diferența până la 100% reprezintă admitterile la tratament pentru cocaină, stimulante, halucinogene, inhalanți volatili și alte opiacee
Sursa: ANA/IGPR ⁷²

Analizând cazurile în funcție de vârsta persoanei admise la tratament, distribuția admitterilor la tratament în anul 2009 relevă următoarele:

- aproximativ 1/4 (28,7%) din totalul admitterilor la tratament în anul de referință sunt pentru persoane de cel mult 24 de ani, aproximativ o treime (31,6%) pentru persoanele cu vârsta între 25 și 29 de ani, iar restul de 39,7% pentru consumatori cu vârsta peste 30 de ani; media de vârstă este de 31,7 de ani, fiind mai mare cu aproape 10 ani pentru persoanele de sex feminin (39 de ani, comparativ cu 29,5 ani - bărbați);
- pentru persoanele de sex masculin proporția admitterilor la tratament este mai mare pentru grupa de vârstă 20-34 de ani (78,3% comparativ cu 48,2% - femeii);
- pentru persoanele de sex feminin proporția admitterilor la tratament este mai mare pentru persoanele de peste 35 de ani (46,8% comparativ cu 16,6%-bărbați).

Tabel nr. 5-5: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârstă și sex, 2009 (%)

	<15 ani	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	60-64 ani	>=65 ani	Vârsta medie
Total	0,1	5,2	23,4	31,6	16,5	5,6	2,9	2,8	3,3	3	2,3	3,3	31,7
Masculin	0,1	5,1	25,3	35,3	17,7	5,5	2,2	2,2	1,7	2,1	1,3	1,6	29,5
Feminin	0	5,2	17,1	18,7	12,4	6	5,6	4,8	8,8	6,4	6	9,2	39

Sursa: ANA/IGPR ⁷³

Evoluția admitterilor la tratament, în perioada 2005-2009, în funcție de vârsta și sexul consumatorului indică:

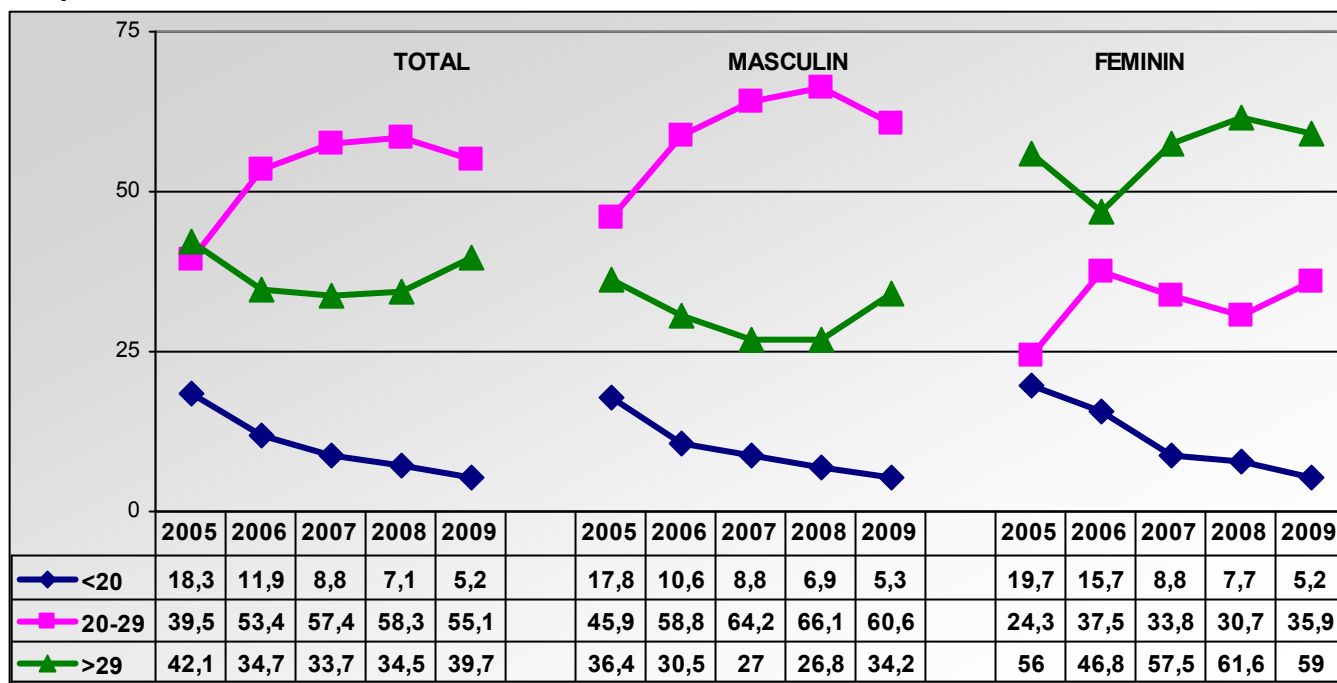
- total/ masculin - cele mai multe admitteri la tratament sunt pentru persoanele de 20-29 de ani și cele mai puține pentru cele sub 20 de ani, ambele categorii fiind însă în scădere și existând, implicit, o tendință de creștere pentru persoanele cu vârsta de peste 29 de ani;

⁷² În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁷³ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

- feminin – cele mai multe admiteri la tratament sunt pentru persoanele cu vârsta peste 29 de ani și cele mai puține pentru cele sub 20 de ani, ambele categorii fiind însă în scădere existând, implicit, o tendință de creștere pentru persoanele cu vârsta de 20-29 de ani.

Grafic nr. 5-7: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta și sexul consumatorului, date comparate 2005-2009

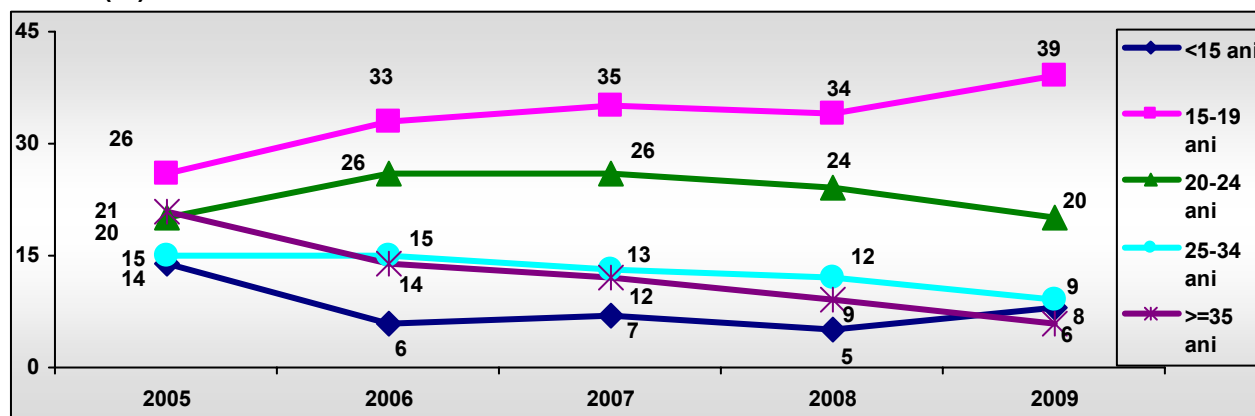


Sursa: ANA/IGPR ⁷⁴

Referitor la vârsta de debut (pentru drogul principal) se observă:

- în anul 2009 peste o treime dintre consumatorii de droguri care au solicitat asistență au debutat în consum între 15 și 19 ani (39,4%), iar următoarea grupă de vârstă cu risc ridicat este cea de 20-24 de ani (20,1%); comparativ cu anii anteriori, se observă o creștere a proporției celor care au debutat în consum la vârste mai mici de 19 ani și o scădere a proporției pentru debutul peste 20 de ani;

Grafic nr. 5-8: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, date comparate 2005-2009 (%)



Notă: Diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care la colectarea datelor nu s-a precizat vârsta de debut (2005- 5%, 2006-6%, 2007-7%, 2008-15% și 2009-17,5%)

Sursa: ANA/IGPR ⁷⁵

⁷⁴ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁷⁵ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

- în funcție de tipul de drog, în anul de referință, se observă că doi din trei (60,6%) consumatori de opiacee au debutat în consum între 15 și 19 ani (în creștere față de anul anterior -50,4%), iar unul din doi (52,1%) consumatori de hipnotice și sedative la peste 29 ani (în scădere față de anul anterior – 55%); pentru cannabis, toate persoanele admise la tratament au declarat că au debutat în consum între 15 și 29 de ani (cea mai mare proporție fiind înregistrată pentru 15-19 de ani - 28,9%); pentru celelalte droguri este greu de precizat o tendință având în vedere numărul mare de cazuri pentru care nu s-a înregistrat vârsta de debut;
- în funcție de sex, în anul 2009: aproximativ jumătate (44,6%) dintre consumatori de sex masculin au început consumul între 15 și 19 ani, 1 din 5 (21,6%) între 20 și 24 de ani, iar pentru debutul precoce (la mai puțin de 15 ani) se înregistrează un procent de 8,6%; pentru femei, cu rezerva că pentru o treime din cazuri nu s-a precizat vârsta de debut, cea mai mare proporție se înregistrează pentru debutul la vârste între 15 și 19 de ani (21,5%). Comparativ cu anul anterior, pentru ambele sexe, s-au înregistrat creșteri ale proporției celor care au debutat în consum la vârste mai mici de 19 ani.

Tabel nr. 5-6: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, date comparate 2008-2009 (%)

	anul		Vârsta de debut (ani)					
			<15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	≥35 ani
Tip de drog	2008	opiacee (total)	6.2	44.1	31.3	9.2	3.6	1.9
		hipnotice și sedative	0	2.8	2.8	3.4	4.5	50.6
		cannabis	2.8	16.7	13.9	22.2	8.3	0
	2009	opiacee (total)	10.2	50.4	24.4	8.4	1.8	1.2
		hipnotice și sedative	0	0	2,1	2,1	7,4	44,7
		cannabis	0	28,9	24,4	13,3	0	0
Sex	2008	masculin	5.4	40.6	27.6	8.1	3.7	4.3
		feminin	2.1	12.8	12.8	8.3	5.1	26.2
	2009	masculin	8.6	44.6	21.6	7.3	1.7	3.3
		feminin	5.2	21.5	14.7	5.2	3.6	16.3

Notă: diferența până la 100% - neprecizat
Sursa: ANA/IGPR ⁷⁶

În funcție de frecvența consumului pentru drogul principal, din totalul consumatorilor de droguri asistați în anul 2009: 76,3% consumau drogul zilnic, 11,3%, de mai multe ori pe săptămână, 1,4% cel mult o dată pe săptămână, iar 1,7%, ocazional. Consumatorii de sex masculin consumă mai frecvent decât cei de sex feminin (de exemplu pentru consumul zilnic: 83,5% față de 51,4%). După tipul de drog: toți cei care au fost admiși la tratament pentru metadonă au declarat un consum zilnic, la fel ca și 90,2% dintre consumatorii de heroină, 80% dintre consumatorii de stimulante, 53,2% dintre consumatorii de substanțe hipnotice și sedative, 40% dintre consumatorii de cannabis, 29,6% dintre consumatorii de alte substanțe și 25% dintre consumatorii de halucinogene.

Tabel nr. 5-7: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de frecvența consumului, 2009

	zilnic	2-6 zile/ săptămână	o data pe săptămână sau mai puțin	nu a folosit în ultima lună/ ocazional
Total	76,3	11,3	1,4	1,7
Masculin	83,5	6,7	1,4	0,9
Feminin	51,4	27,1	1,6	4,4

Notă: diferența până la 100% - neprecizat
Sursa: ANA/IGPR ⁷⁷

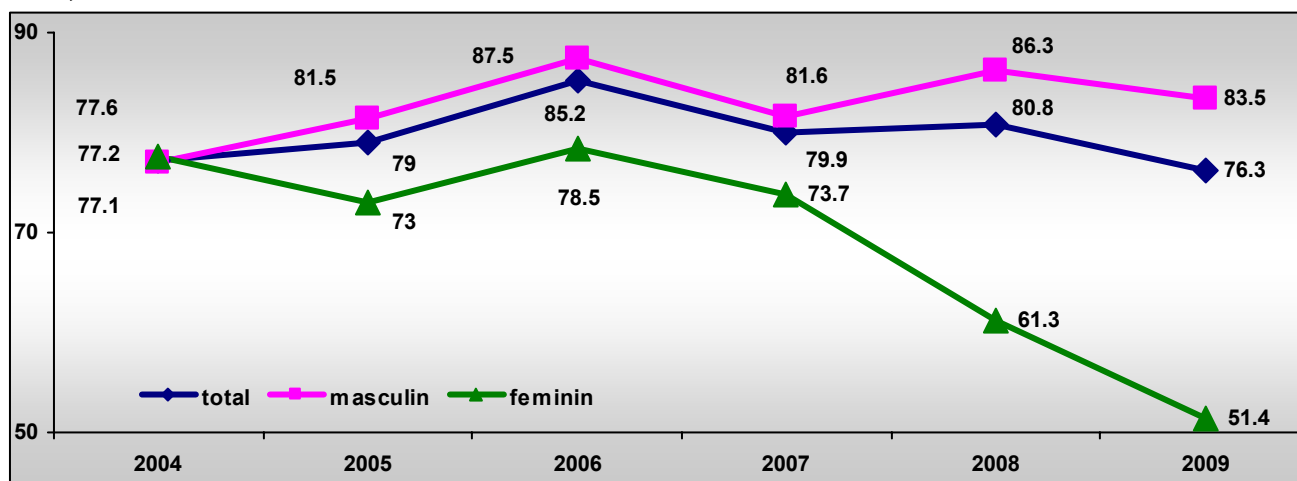
Evoluția, în perioada 2004-2009, a proporției pentru consumul zilnic din totalul cazurilor este oscilantă, variind între 77,2% și 85,2%. Se constată însă diferențe în frecvența consumului, în funcție de sexul persoanei admise la tratament. Astfel, dacă în anul 2004 procentul celor care utilizau zilnic droguri era cu

⁷⁶ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁷⁷ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

0,5% mai mare în cazul persoanelor de sex feminin, ulterior proporția bărbaților care consumă zilnic devine mult mai mare, diferența între proporțiile pe cele 2 sexe ajungând la 25%. Proporția consumatorilor de sex feminin care consumă zilnic a scăzut constant din 2006.

Grafic nr. 5-9: Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, în funcție de sex, 2004-2009



Sursa: ANA/IGPR ⁷⁸

Policonsumul, în anul de referință, se regăsește în 464 de cazuri (41,2% dintre admiterile la tratament). Drogurile secundare cu frecvența cea mai mare, în anul 2009, sunt substanțele hipnotice și sedative (37,5%), opiaceele (37,1%), alte substanțe (8,2%), cannabisul (6,5%), alcoolul (4,3%) și cocaina (3,9%). Având în vedere drogul principal pentru care s-a solicitat tratament, cele mai mari procente înregistrate pentru consumul unui drog secundar sunt pentru persoanele consumatoare de opiacee – 88,6% (dintre care: heroină - 84,1%, metadonă – 4,3% și alte opiacee – 1,3%).

Față de anii anteriori, în anul 2009, a crescut proporția consumatorilor care utilizau un drog secundar. Policonsumul cu opiacee (metadonă), alcool, cocaină, stimulante și inhalanți volatili, ca drog secundar, a înregistrat scăderi în anul 2009, față de 2008, crescând însă procentul celor care utilizează, ca drog secundar, hipnotice și sedative, alte opiacee decât metadona (inclusiv heroina), cannabis, halucinogene.

Tabel nr. 5-8: Evoluția proporției de consumatori de droguri cu policonsum, total și pe tip de drog, date comparate 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Nr consumatori cu drog secundar	366	176	185	597	464
% consumatorilor cu drog secundar din total admiteri	23.8	13.0	13.3	39.2	41,2
Tipul drogului secundar					
hipnotice și sedative	32.0	29.0	28.1	35.8	37,5
opiacee (total)	3.3	9.1	6.5	37.5	37,1
din care					
metadonă	0.3	4.5	2.2	27.1	24,4
alte opiacee	2.7	3.4	2.7	8.9	10,8
heroină	0.3	1.1	1.6	1.3	1,9
alte substanțe	57.9	17.0	9.2	6.0	8,2
cannabis	3.0	6.8	7.6	5.7	6,5
alcool	0.0	21.0	33.5	6.7	4,3
cocaină	0.8	5.1	0.5	5.7	3,9
stimulante	0.5	5.7	8.1	1.2	1,1
halucinogene	0.0	0.6	1.6	0.7	1,3
inhalanți volatili	2.2	5.7	4.3	0.7	0,2
neprecizat	0.3	0	0.5	0	0

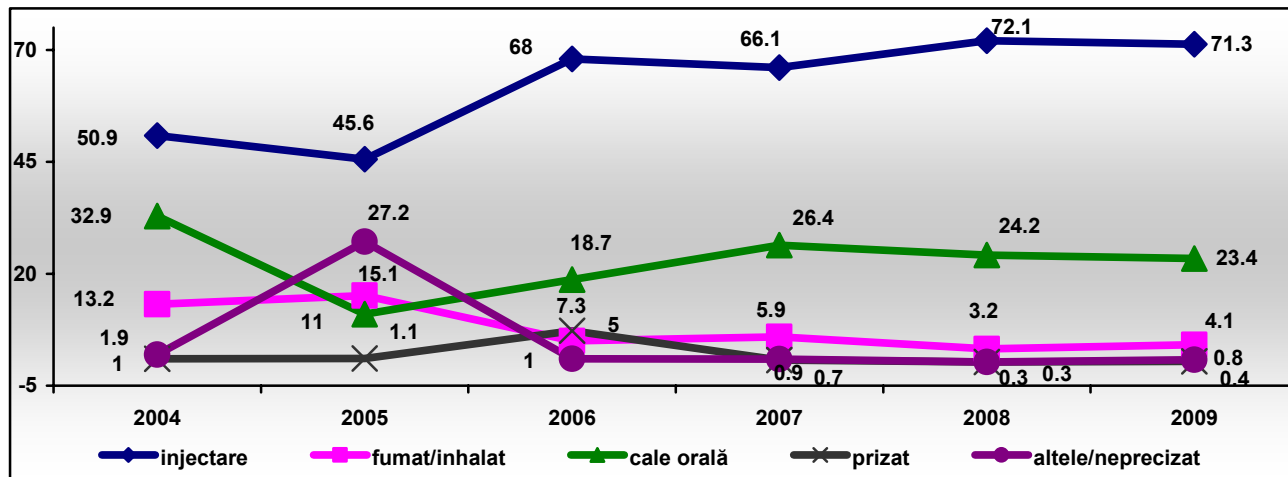
Sursa: ANA/IGPR ⁷⁹

⁷⁸ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

Referitor la calea de administrare a drogului principal, se constată că:

- predomină administrarea injectabilă (pentru anii 2008/ 2009 aproximativ 3 din 5 consumatori);
- urmează, ca pondere, administrarea orală și fumatul/ inhalarea (pentru 2009 – 23,4%, respectiv 4,1%), ambele înregistrând însă procente mult mai mici, comparativ cu 2004.

Grafic nr. 5-10: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal, date comparate 2004-2009 (%)

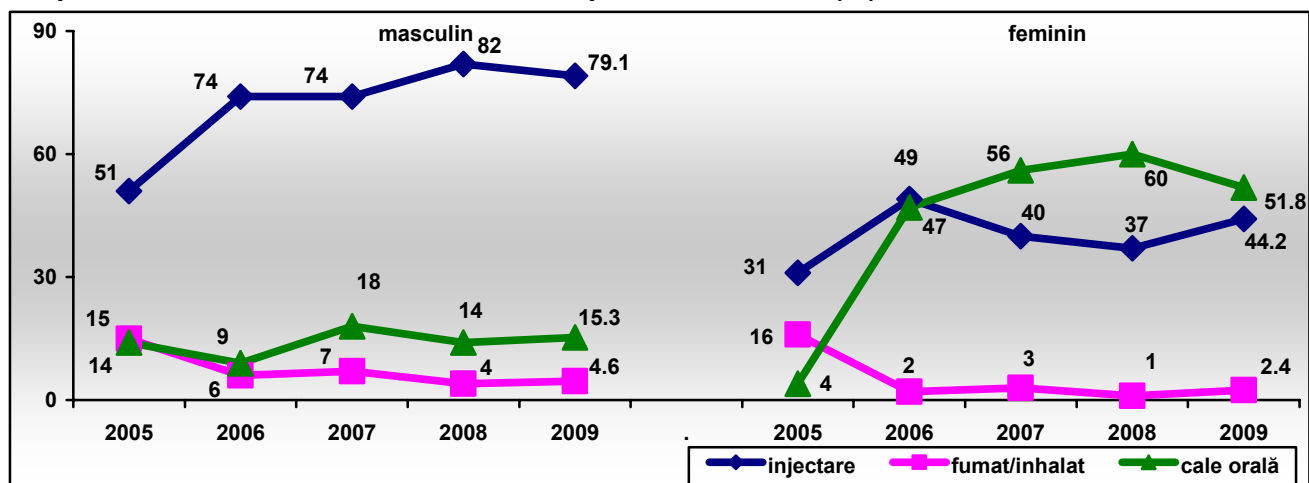


Sursa: ANA/IGPR⁸⁰

Evoluția admitterilor la tratament în funcție de tipul drogului consumat (bărbați - în proporție de 77,1% heroină, iar femeile - 43,8% heroină, 25,1% hipnotice sau sedative și 25,1% alte substanțe), calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, indică următoarele:

- pentru consumatorii de sex masculin predomină injectarea, pentru cei de sex feminin se înregistrează valori mari, atât pentru administrarea pe cale orală, cât și pentru injectare;
- în 2009, față de anul anterior, pentru consumatorii de sex masculin există o ușoară scădere a consumului injectabil și o ușoară creștere a celui pe cale orală sau pulmonară, iar pentru cei de sex feminin o scădere a consumului pe cale orală și o ușoară creștere a celui injectabil sau pulmonar.

Grafic nr. 5-11: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, date comparate 2005-2009 (%)



Notă: diferența până la 100% reprezintă prizat/altele/neprecizat

Sursa: ANA/IGPR⁸¹

⁷⁹ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁸⁰ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

Referitor la proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injectare, se constată că, față de 2004, a crescut procentul celor care își administrează droguri pe cale injectabilă. Creșterea este însă influențată, determinant, de evoluția admitterilor la tratament pentru consumul de heroină, administrată preponderent pe cale injectabilă.

Tabel nr. 5-9: Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare (toate drogurile) și pentru cei care consumă heroină (indiferent de calea de administrare), 2004-2009 (nr. pers. și %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
istoric de injectare (indiferent de drog) – nr. pers.	768	667	848	883	1076	777
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)– nr. pers.	780	715	915	920	1096	784
istoric de injectare (indiferent de drog) - % din total admiteri	51.1	43.4	62.8	63.3	70.7	69,0
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)- % din total admiteri	51.9	46.5	67.8	65.9	72.0	69,6

Sursa: ANA/IGPR⁸²

Distribuția cazurilor în anul 2009, în funcție de sursa de referință, arată că 62,9% dintre persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă, iar 5,5% la inițiativa familiei sau a prietenilor, în timp ce 29,5% au fost referiți la tratament prin sistemul de sănătate (un alt centru de tratament, medici generaliști, spital), 1,2% prin sistemul de justiție sau aduși de poliție, 0,5% de alte tipuri de instituții, 0,8% necunoscut. Comparativ cu anii anteriori, a crescut proporția celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei (de la 65,3% în 2007, la 68% în 2008 și la 68,4% în 2009).

În funcție de sursa de referință și sex, în anul 2009, distribuția cazurilor arată că au solicitat asistență din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei sau prietenilor, 79,2% dintre persoanele consumatoare de droguri de sex masculin și 30% dintre cele de sex feminin (în 2008: 72,3% dintre persoanele consumatoare de droguri de sex masculin și 53% dintre cele de sex feminin), în timp ce prin sistemul de sănătate două treimi dintre femei (66,9%) și numai 18,7% dintre bărbați (în 2008: 43,8%, respectiv 25,3%).

Datele raportate de centrele de asistență ale Ministerului Sănătății în cadrul indicatorului *Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri* pentru anul 2009 au oferit informații despre statutul ocupațional, existent în momentul admitterii la tratament:

- 5,8% erau elevi sau studenți;
- 12,3% aveau un loc de muncă (contract pe perioadă determinată sau nedeterminată);
- iar 80,4% erau șomeri/ fără ocupație (60,2%), inactivi economic (14,7% - pensionari sau casnice) sau lucrau fără contract de muncă⁸³ (5,5%)⁸⁴.

În funcție de variabila sex și de statutul ocupațional a rezultat că, în anul 2009:

- 66% dintre bărbați sunt fără ocupație, 12,8% au un loc de muncă, 7,3% sunt inactivi economic și 5,8% sunt elevi sau studenți;
- 41,4% dintre femei sunt fără ocupație, iar 40,6% sunt inactive din punct de vedere economic, în timp ce numai 10,8% au un loc de muncă și 5,6% sunt eleve sau studente.

Analizând consecințele în plan social, ale consumului de droguri, se observă că, atât proporția persoanelor cu un loc de muncă, cât și a celor șomere/ fără ocupație este mai mare la persoanele de sex masculin, comparativ cu cele de sex feminin, în cazul cărora există însă o proporție mai mare de persoane inactive economic.

Comparativ cu anul anterior, în anul de referință, a crescut proporția persoanelor fără un loc de muncă (de la 58,3%, la 60,2%; cu o diferență de 10,4% în cazul celor de sex feminin: de la 31% la 41,4%) și a

⁸¹ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

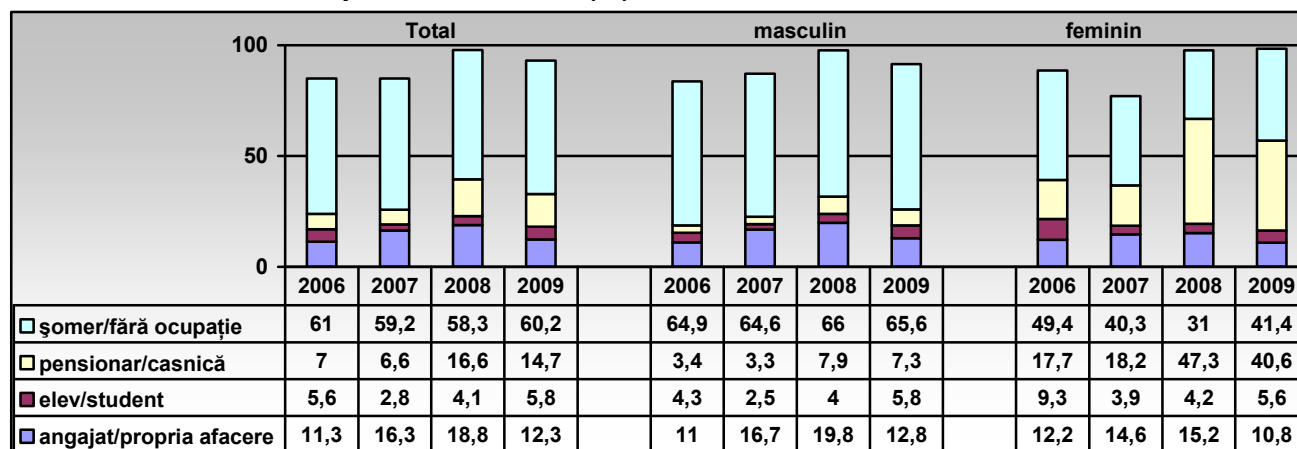
⁸² În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁸³ fapt care implică lipsa asigurărilor sociale sau de sănătate

⁸⁴ Diferența de 1,4% reprezintă alte situații/neprecizat

celor care frecventează o formă de învățământ (de la 4,1%, la 5,8%) și a scăzut procentul celor angajate cu contract de muncă sau care au propria afacere (de la 18,8%, la 12,3%) și a celor inactive economic (de la 16,6%, la 14,7%; diferența fiind mai mare în cazul persoanelor de sex feminin: de la 47,3%, la 40,6%).

Grafic nr. 5-12: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de statutul ocupațional și sexul consumatorului, date comparate 2006-2009 (%)



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

Sursa: ANA/IGPR⁸⁵

Din totalul persoanelor admise la tratament în regim de internare, în centrele de tratament ale Ministerului Sănătății, în anul 2009: 3,7% nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit studiile primare, doi din trei (63,4%) au finalizat cel mult școala profesională, unul din patru (25,5%) au un nivel de școlarizare mediu, iar 3,9% studii superioare încheiate.

Tabel nr. 5-10: Distribuția admitterilor la tratament în regim de internare în funcție de nivelul educațional și sexul consumatorului, date comparate 2005, 2008 și 2009 (%)

Nivel de școlarizare	Total			Masculin			Feminin		
	2005	2008	2009	2005	2008	2009	2005	2008	2009
nu a mers niciodată la școală/ nu a absolvit studiile primare	0	3.7	3.7	0	4.1	4.1	0	2.4	2.4
studii primare/gimnaziale/profesionale	31.8	48.8	63.4	34.9	51.6	65.0	24.3	38.7	57.8
studii liceale/post liceale	48.2	36.9	25.5	43.7	35.2	23.8	58.8	43.2	31.5
studii superioare/postuniversitare	5.9	8.0	3.9	5.7	6.4	3.4	6.2	13.7	5.6
neprecizat	14.2	2.6	3.5	15.7	2.7	3.7	10.6	2.1	2.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: ANA/IGPR⁸⁶

Comparativ cu anii precedenți:

- față de anul 2008 – se menține proporția (3,7%) celor cu un nivel foarte scăzut de școlarizare (2009 - 47 de persoane; 2008 - 57 de persoane), crește proporția celor care au cel mult studii profesionale (de la 48,8%, la 63,4%) și scade cea a consumatorilor cu un nivel mediu sau superior de școlarizare (de la 36,9%, la 25,5%, respectiv de la 8%, la 3,9%);
- față de situația existentă în urmă cu 5 ani - crește proporția celor cu un nivel foarte scăzut/ scăzut de școlarizare și scade cea a persoanelor cu un nivel mediu sau superior de școlarizare.

În funcție de sexul persoanei admise la tratament se observă că, femeile au un nivel de școlarizare mai ridicat. Astfel, procentul celor care:

⁸⁵ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁸⁶ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

- nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit studiile primare – este în atât în anul 2008, cât și în 2009 de 4,1% pentru bărbați și 2,4% pentru femei;
- au cel mult studii profesionale - este în anul 2009 de 65% pentru bărbați și 57,8% pentru femei, având o tendință de creștere pentru ambele sexe;
- au un nivel mediu de educație - este în anul 2009 de 23,8% pentru bărbați și 31,5% pentru femei, având o tendință de scădere pentru ambele sexe;
- au un nivel superior de educație - este în anul 2009 de 3,4% pentru bărbați și 5,6% pentru femei, în scădere pentru ambele sexe, atât comparativ cu situația de anul trecut, cât și cu cea existentă în urmă cu 5 ani.

În ceea ce privește condițiile de locuit, în anul 2009, 65,6% dintre persoanele admise la tratament în regim ambulatoriu locuiau împreună cu părinții, 20,6% doar cu partenerul de viață/ cu partenerul și copiii, 8,2% singuri sau doar cu copiii, 1,2% cu prietenii, iar 4,3% în alte locații sau situația locativă este neprecizată. În funcție de sex, situația locativă a persoanelor admise la tratament, în regim ambulatoriu, era diferită:

- cu părinții locuiau circa 3 din 4 (73%) consumatori de sex masculin și doar aproximativ 2 din 5 persoane de sex feminin (39,8%);
- doar cu partenerul sau cu partenerul și copii locuiau peste unul din 10 bărbați (15,8%) și mai mult de o treime dintre femei (37,4%);
- singuri sau împreună cu copii locuiau 6,3% dintre persoanele de sex masculin și 15,2% dintre cele de sex feminin.

Comparativ cu anul anterior nu există modificări, iar față de situația existentă în urmă cu 5 ani, se constată următoarele:

- pentru toți subiecții/ subiecții de sex masculin - a crescut procentul celor care locuiesc cu părinții, cu partenerul și copii, doar cu copii și cu prietenii și a scăzut proporția celor care locuiesc doar cu partenerul sau singuri;
- pentru subiecții de sex feminin - a scăzut doar proporția celor care locuiesc doar cu partenerul (de la 41,2%, la 22,7%).

Tabel nr. 5-11: Distribuția admițiilor la tratament în regim de internare în funcție de situația locativă și sexul consumatorului, date comparate 2005, 2008 și 2009 (%)

situația locativă	Total			Masculin			Feminin		
	2005	2008	2009	2005	2008	2009	2005	2008	2009
cu părinții	54.1	66.4	65.6	61.1	74.4	73.0	37.2	38.1	39.8
cu partenerul (singur)	26.3	11.2	11.9	20.1	8.1	8.8	41.2	22.3	22.7
cu partenerul și copii	0	9.1	8.7	0	6.2	7.0	0.0	19.6	14.7
singur	7.3	6.1	6.7	6.4	5.2	5.7	9.7	9.2	10.4
singur cu copii	0	1.3	1.5	0	0.4	0.6	0.0	4.5	4.8
cu prietenii	0.6	0.7	1.2	0.6	0.7	1.0	0.4	0.6	1.6
alte situații	7.0	2.5	2.1	6.8	3.0	2.1	7.3	0.9	2.4
neprecizat	4.7	2.7	2.2	5.0	2.1	1.8	4.2	4.8	3.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: ANA/IGPR ⁸⁷

Profilul persoanelor admise la tratament în regim de internare, ca urmare a consumului/ dependenței de droguri (în centrele de asistență ale MS)

În funcție de drogul principal consumat⁸⁸, datele statistice pentru anul 2009 conturează următorul profil al persoanelor admise la tratament ca urmare a dependenței de:

⁸⁷ În baza datelor transmise de CNOASIIDS

⁸⁸ Pentru celelalte tipuri de droguri se înregistrează un număr mic de cazuri: substanțe volatile - 10, stimulente - 5, halucinogene - 4 și cocaină - 1

Heroină - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 29 de ani (67,5%), care consumă heroină zilnic (90,1%), pe cale injectabilă (99,1%). Consumă, de asemenea, ca drog secundar, în special metadonă, alte opiacee și hipnotice și sedative (mai ales benzodiazepine), dar și cannabis, cocaină și alcool (în procente mai mici). Vârsta de debut se situează între 15 și 19 ani pentru jumătate dintre ei (51,7%) și între 20 și 24 de ani pentru încă un sfert (24,2%). Majoritatea au mai fost tratați anterior pentru consumul de droguri (60,2%). Au un nivel de educație scăzut și locuiesc cu familia, fiind în general, fără ocupație.

Hipnotice și sedative - femeie, cu vârsta peste 35 de ani, care consumă zilnic pe cale orală mai ales benzodiazepine (ex: Diazepam, Alprazolam, Nitrazepam, Bromazepam, Xanax). Se adresează serviciilor din inițiativă proprie sau ca urmare a referirii de către medicul de familie, solicită pentru prima dată la tratament, a debutat în consum după 30 de ani și are un nivel mediu de școlarizare.

Cannabis - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 de ani, care consumă în procente mici și alte droguri. A absolvit școala profesională sau liceul, este elev/ student sau fără ocupație și locuiește cu părinții. Vârsta de debut se situează sub 29 de ani. Fumează/ inhalează marijuana zilnic și vine pentru prima dată la tratament, referit de organele de cercetare sau serviciile medicale și, într-o proporție mai mică, din inițiativă proprie sau a familiei.

B. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite în regim ambulatoriu

În regim ambulatoriu, în anul 2009, au solicitat admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri⁸⁹, 536 de consumatori de substanțe ilicite. Analizând incidența admițerilor la tratament în anul de referință, se poate constata că, față de anii anteriori, a scăzut proporția persoanelor care au fost admise pentru prima dată la tratament și a celor de sex masculin și a crescut cea a persoanelor care au mai fost admise la tratament și a celor de sex feminin.

Tabel nr. 5-12: Admiterea la tratament pentru droguri ilicite, în regim ambulatoriu, date comparate 2007-2009

		2007		2008		2009	
		nr.	%	nr.	%	nr.	%
Total		495	100	440	100	536	100
din care*	prima admitere	468	94,5	412	93,6	450	83,9
	recidivă	16	3,2	17	3,9	81	15,1
	masculin	451	91,1	387	88,6	452	84,8
	feminin	44	8,9	50	11,4	81	15,2

Notă: diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care nu a fost precizată caracteristica respectivă
Sursa: ANA/IGPR⁹⁰

În ceea ce privește distribuția teritorială a persoanelor care au beneficiat de tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite, similar tratamentului în regim de internare, se menține concentrarea acestora cu predilecție în Municipiul București – 75,7% dintre cererile de tratament (în creștere față de anii anteriori: 2008 - 43,6% și 2007 - 41%).

În funcție de drogul principal consumat, în anul 2009, 84% dintre solicitările de tratament au fost pentru dependența de opiacee, 11% pentru cannabis, 2,2% pentru cocaină, 1,1% pentru inhalanți volatili și 1,7% altele (halucinogene, stimulante, hipnotice și sedative și alte substanțe). Comparativ cu anii anteriori, au scăzut admițerile la tratament pentru cannabis, stimulante, hipnotice și sedative și au crescut cele pentru opiacee, cocaină, halucinogene.

⁸⁹ La nivel național au fost raportate un număr de 2503 cazuri, incluzând și consumatorii de alcool și tutun care au fost tratați în CPECA

⁹⁰ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

Tabel nr. 5-13: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu în funcție de drogul principal, date comparate 2007-2009 (%)

	2007	2008	2009
opiacee	79.4	74.3	84.0
cannabis	15.8	19.3	11.0
cocaină	1.4	1.6	2.2
inhalante volatile	0.8	1.1	1.1
halucinogene	0.2	0.2	0.9
stimulante	1.2	3.2	0.4
hipnotice și sedative	1.0	0.0	0.2
alte substanțe	0.2	0.2	0.2
Total - %	100	100	100
Total - nr persoane	495	440	536

Sursa: ANA/IGPR⁹¹

Din totalul admitterilor la tratament, 24,4% au declarat policonsum de substanțe psihoactive. Drogurile secundare cu frecvența cea mai mare sunt: opiaceele (metadona - 33 de cazuri și alte opiacee 8 cazuri), alte substanțe (25 de cazuri), hipnotice și sedative (21 de cazuri) și cannabis (17 cazuri). Policonsumul este cel mai frecvent întâlnit la consumatorii de heroină (91 de cazuri - 69,5%) și cannabis (17 cazuri).

Față de anii anteriori, se constată o creștere a proporției de persoane care au consumat un drog secundar și schimbări în privința alegerii acestuia (crește utilizarea ca drog secundar a metadonei, a altor substanțe, a stimulamentelor, a hipnoticelor și sedativelor și scade cea a alcoolului).

Tabel nr. 5-14: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, pentru pacienții care au declarat consumul unui drog secundar, în funcție de tipul de drog principal și secundar, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane)

		drog secundar			drog principal		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
opiacee (total)		20	64	41	57	30	95
din care	heroină	2	63	2	47	2	91
	methadonă	16	0	33	0	27	2
	alte opiacee	2	1	6	10	1	2
cocaină (total)		12	0	13	0	12	5
stimulante (total)		0	2	10	2	7	1
hipnotice și sedative (total)		0	0	21	1	3	1
halucinogene (total)		0	0	1	1	1	3
inhalanți volatili		0	0	0	4	1	4
cannabis (total)		18	8	17	9	17	17
alcool		16	1	3	-	-	-
alte substanțe (total)		9	0	25	1	4	5
Total		75	75	131	75	75	131
total admitteri		495	440	536	495	440	536
% din total admitteri		15.2	17.0	24.4	15.2	17.0	24.4

Sursa: ANA/IGPR⁹²

În funcție de grupa de vârstă, cele mai multe admitteri la tratament în 2009 au fost pentru persoane între 20 și 29 de ani: mai mult de o treime (37,9%) dintre persoane au între 25 și 29 de ani, iar mai mult de 1/4 (27,2%) între 20 și 24 de ani. Față de anii anteriori, se constată o scădere a proporției persoanelor mai tinere de 24 de ani.

⁹¹ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

⁹² în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

Tabel nr. 5-15: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2007-2009 (%)

An	Grupa de vârstă (ani)							Vârsta medie (ani)
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
2007	0.4	8.9	32.3	36.6	13.5	4.2	2.0	20
2008	0.0	5.7	31.8	31.6	19.3	7.5	2.7	27,1
2009	0.4	6.5	27.2	37.9	18.7	4.9	3.5	27

Notă: diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care nu a fost precizată caracteristica respectivă, iar vârsta medie a fost calculată pentru cazurile în care a fost precizată vârsta.

Sursa: ANA/IGPR⁹³

Similar admitterilor la tratament în regim de internare, și în cazul persoanelor care au urmat tratament în regim ambulatoriu, grupa de vârstă cu cel mai mare risc este cea de 15-19 ani. În funcție de vârsta de debut în consumul de droguri, se constată o creștere a proporției pentru debutul precoce (la vârste mai mici de 15 ani) și scăderea proporției pentru debutul la vârste mai mari de 25 de ani.

Tabel nr. 5-16: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de grupa de vârstă de debut, date comparate 2007-2009 (%)

An	Grupa de vârstă (ani)				
	<15	15-19	20-24	25-29	>=30
2007	10.5	42.0	25.3	7.7	5.9
2008	11.1	43.0	25.0	10.5	5.0
2009	12.5	41.2	25.4	7.5	3.0

Notă: diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care nu a fost precizată caracteristica respectivă

Sursa: ANA/IGPR⁹⁴

Distribuția cazurilor, în anul 2009, în funcție de frecvența consumului, arată că mai mult de jumătate dintre consumatorii de droguri își administrează drogul zilnic, iar aproximativ 1/4 ocazional. Comparativ cu situația din anii anteriori, se constată o creștere a frecvenței de consum zilnic sau de mai multe ori pe săptămână.

Tabel nr. 5-17: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de frecvența consumului, date comparate 2007-2009 (%)

	nu a utilizat în ultima lună / ocazional	o dată pe săptămână sau mai puțin	2-6 zile pe săptămână	zilnic
2007	36.0	6.1	7.7	43.6
2008	34.1	7.3	8.0	43.2
2009	23.5	7.3	9.5	55.0

Notă: diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care nu a fost precizată caracteristica respectivă

Sursa: ANA/IGPR⁹⁵

În anul 2009, în funcție de sursa de referire, 42,6% dintre persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă sau a familiei/ prietenilor (37,7%, respectiv 4,9%), în timp ce 18,3% au fost referiți la tratament prin sistemul de justiție sau poliție, 10,2% prin sistemul de sănătate (alte centre de tratament, medici generaliști, spital), iar 1,1% altele surse. Față de anii anteriori, se observă o creștere a celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (de la 22,6%, la 37,7%) și a celor care provin de la alte centre de tratament și o scădere a proporției celor referiți la tratament prin sistemul de justiție sau poliție (de la 47,5%, la 18,3%).

⁹³ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

⁹⁴ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

⁹⁵ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

Tabel nr. 5-18: Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu în funcție de sursa de referire, date comparate 2007-2009 (%)

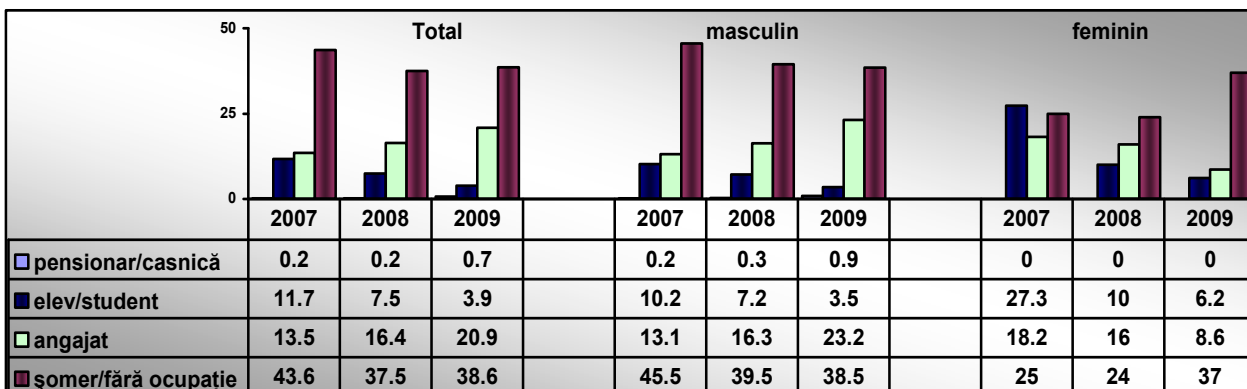
sursa de referire	2007	2008	2009
proprie inițiativă	22.6	34.3	37.7
familie/prieteni	6.3	3.4	4.9
alte centre de tratament pentru consumatorii de droguri	4.6	3.0	6.3
medici generaliști	1.0	0.2	0.2
spital / alte surse (secții) medicale	2.8	2.7	3.7
servicii sociale	1.4	2.5	0.4
instanță/ probațiune / poliție	47.5	46.4	18.3
altele	12.7	7.0	0.7
neprecizat	1.0	0.5	27.8
Total	100	100	100

Sursa: ANA/IGPR⁹⁶

Analizând cele 536 de cazuri de admitere la tratament, în regim ambulatoriu, în anul de referință, în funcție de statusul ocupațional, distribuția era următoarea: 38,6% erau fără ocupație/ șomeri, 20,9% - angajați, 3,9% - elevi/ studenți, 0,7% - inactivi economic, 16,8% alte situații (au lucrat fără forme legale sau au fost în închisoare/ arest)⁹⁷. Față de anul anterior, se constată o creștere a proporției de persoane care aveau un loc de muncă și a celor inactivi economic și o scădere a procentului de persoane înscrise într-o formă de învățământ. În funcție de sex și de statutul ocupațional, se observă că:

- în cazul consumatorilor de sex masculin - crește proporția celor cu un loc de muncă sau sunt inactivi economic și scade proporția celor care sunt fără ocupație/ șomeri sau elevi/ studenți;
- în cazul consumatorilor de sex feminin - crește proporția celor fără un loc de muncă/fără ocupație și scade cea a celor angajate sau elevi/studenți;
- proporția celor șomeri/ fără ocupație, deși în scădere, rămâne mai mare în cazul consumatorilor de sex masculin comparativ cu cei de sex feminin, pentru care, procentul celor care urmează o formă de învățământ, deși în scădere, rămâne mai mare, comparativ cu cei de sex masculin.

Grafic nr. 5-13: Distribuția persoanelor admise la tratament în funcție de statutul ocupațional și sex, date comparate 2007-2009 (%)



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

Sursa: ANA/IGPR⁹⁸

Profilul persoanelor admise la tratament, în regim ambulatoriu, în anul 2009, ca urmare a consumului/ dependenței de droguri⁹⁹

Heroină - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 25 și 29 de ani, care consumă heroină zilnic, pe cale injectabilă. Consumă, de asemenea, ca drog secundar, în special metadonă, hipnotice și sedative, dar și

⁹⁶ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

⁹⁷ diferența până la 100% neprecizat

⁹⁸ în baza datelor transmise de CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

⁹⁹ Pentru celelalte tipuri de droguri există un număr mic de cazuri pentru a realiza un profil

cannabis și cocaină. Vârsta de debut se situează în cele mai multe cazuri între 15 și 19 ani. Este la prima admitere la tratament pentru consumul de droguri.

Cannabis - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani (în anul 2007, între 25 și 29 de ani), care a debutat în consum la vârste mai mici de 20 de ani. Consumă acest tip de drog ocazional, pe cale pulmonară (fumat/ inhalat) și este la prima admitere la tratament pentru consumul de droguri.

C. Tratament de substituție

Din cele 1689 de persoane admise la tratament pentru consumul de droguri ilegale în anul 2009, mai mult de două treimi (77,1%) erau consumatoare de opiacee, iar dintre aceștia un număr de 168 de pacienți se aflau deja în tratament de substituție cu metadonă sau alte opiacee (buprenorfină, suboxonă, naltrexonă).

Tabel nr. 5-19: Admiterea la tratament pentru consumul de droguri ilicite (opiacee) și distribuția consumatorilor care se aflau deja în tratament de substituție, în funcție de tipul centrului de tratament, 2009 (nr. de persoane)

		Tip centru			Total
		internare	ambulatoriu	penitenciar	
Admitere la tratament	Total	1126	536	27	1689
	din care opiacee (drog principal)	825	450	27	1302
	din care heroină	784	444	27	1255
	metadonă	25	3	0	28
	alte opiacee	16	3	0	19
Pacient/beneficiar aflat deja în tratament de substituție	Total	80	82	6	168
	din care metadonă	53	53	6	112
	alte opiacee (buprenorfină, suboxonă, naltrexonă)	22	9	0	31
	neprecizat	5	20	0	25

Sursa: ANA/IGPR¹⁰⁰

Referitor la tipul de asistență acordat, în anul 2009, 1,8% din totalul serviciilor acordate (86 de persoane) au fost de dezintoxicare medicamentoasă cu substituit opiaceu, în regim de internare sau ambulatoriu, iar 8,9% (422 de persoane) tratamente de menținere a abstenenței cu agonist/ antagonist opiaceu.

Tabel nr. 5-20: Distribuția admițerilor la tratament pentru consumul de droguri ilicite, în funcție de tipul centrului de tratament și tipul de asistență acordat, 2009 (număr de persoane)

Tipul de asistență acordat		Tip centru			Total		
		internare	ambulatoriu	penitenciar	Nr.	% pacienți	% servicii
evaluare		1060	520	27	1607	95.1	33.8
dezintoxicare medicamentoasă în regim de internare	cu substituit opiaceu	68	0	8	76	4.5	1.6
	simptomatică	932	0	0	932	55.2	19.6
	neprecizat	4	0	0	4	0.2	0.1
dezintoxicare medicamentoasă în regim ambulatoriu	cu substituit opiaceu	0	10	0	10	0.6	0.2
	simptomatică	0	2	0	2	0.1	0.0
asistență psihologică		614	194	26	834	49.4	17.5
tratamentul comorbidității psihiatrice		280	2	4	286	16.9	6.0
îndrumare către serviciile sociale, legale de îngrijire a minorilor, vocaționale		219	24	0	243	14.4	5.1
urmărire pe termen lung		214	112	0	326	19.3	6.9
tratament de menținere a abstenenței	cu agonist opiaceu	59	245	19	323	19.1	6.8
	cu antagonist opiaceu	25	72	0	97	5.7	2.0
	neprecizat	2	0	0	2	0.1	0.0
neprecizat		13	1	0	14	0.8	0.3
Total – nr. pacienți		1126	536	27	1689		
Total – nr. servicii acordate		3490	1182	84	4756		100

Sursa: ANA/IGPR¹⁰¹

¹⁰⁰ În baza datelor transmise de CNOASIIDS, CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

¹⁰¹ În baza datelor transmise de CNOASIIDS, CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

Din cele 422 de persoane consumatoare de opiacee care au primit în anul 2009 tratament de menținere a abstenței cu agonist/ antagonist opiaceu:

- o treime (29,4%) se aflau deja în tratament de substituție;
- aproximativ jumătate (44,3%) au solicitat tratament din proprie inițiativă;
- marea majoritate sunt (84,5%) persoane de sex masculin (aspect influențat de faptul că persoanele de sex masculin sunt într-o proporție mult mai mare consumatoare de opiacee în comparație cu cele de sex feminin);
- sunt tineri cu vârsta cuprinsă între 20 și 34 de ani (cele mai multe cazuri în grupa de vârstă 25-29 ani: 40,7%);
- 3 din 4 beneficiari consumă opiacee de cel puțin 5 ani de zile (76,8%);
- aproximativ două treimi (61,9%) au consumat zilnic opiacee;
- aproximativ jumătate sunt șomeri/ fără ocupație (46,2%) și cel puțin unul din patru (27,4%) are un loc de muncă.

Tabel nr. 5-21: Distribuția persoanelor consumatoare de opiacee care au primit tratament de menținere a abstenței cu agonist/ antagonist opiaceu, în funcție de diferite caracteristici, 2009

		tratament de menținere a abstenței cu agonist/antagonist opiaceu
dacă se afla deja în tratament de substituție	da	29.4%
	nu	68.4%
sursa principală de referință	inițiativă proprie	44.3%
	medic de familie/ asistență primară	12.6%
	serv. specializate pt. consumatorii de droguri	7.6%
	serv. de psihiatrie/ asist. psihologică/ urgență/ alte secții de spital	5.7%
	instanță/ parchet/ probațiune/ arest/ penitenciare/ instituții de medicină legală	5.2%
	familia/prietenii	4.8%
sex	masculin	84.5%
	feminin	15.5%
grupă vârstă (ani)	15 -19 ani	2.9%
	20 -24 ani	26.9%
	25 -29 ani	40.7%
	30 -34 ani	21.7%
	35 -39 ani	4.5%
	40 ani și peste	2.8%
durata consum (ani)	≤ 2 ani	8.3%
	3-5 ani	13.8%
	6-8 ani	17.6%
	9-11 ani	42.1%
	12-14 ani	13.9%
	≥ 15 ani	3.2%
grupă vârstă de debut (ani)	< 15 ani	11.0%
	15 -19 ani	45.0%
	20 -24 ani	26.0%
	25 -29 ani	5.2%
	30 ani și peste	2.6%
frecvența consumului	în fiecare zi	61.9%
	mai puțin de 6 zile pe săptămână	27.1%
status ocupațional	angajat	27.4%
	elev/student	3.6%
	pensionar/casnic/invalid	1.2%
	șomer/fără ocupație	46.2%
	lucrează fără contract/altă situație	8.6%

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

Sursa: ANA/IGPR¹⁰²

¹⁰² În baza datelor transmise de CNOASIIDS, CPECA/CAIA, ANIT, PSYMOTION, Arena

5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN RANDUL CLIENȚILOR SERVICIILOR DE TRATAMENT

În anul 2009, principalele tendințe pentru indicatorul epidemiologic cheie, admitere la tratament, au fost:

- deși au fost colectate pentru prima oară date privind admiterea la tratament în centre private și în penitenciar, se observă o diminuare cu 14% a solicitărilor pentru astfel de servicii specializate (scădere pentru asistența în regim de internare: de la 1.522 la 1.126 beneficiari și creștere pentru asistența în regim ambulatoriu: de la 440 la 536 de beneficiari). Aceasta nu înseamnă, în mod necesar, scăderea numărului de persoane care s-au adresat centrelor de tratament în regim de internare, o posibilă explicație constând și în faptul că, în anul 2009 nu s-au mai utilizat date agregate și a fost evitată dubla numărare, pe baza unui cod alfa-numeric pentru fiecare pacient/ client;
- în anul de referință, comparativ cu cel anterior, se înregistrează o creștere a proporției cazurilor noi tratate în regim de internare (de la 43,7% în 2008, la 48,6% în 2009) și o scădere în cazul beneficiarilor noi cărora li s-a acordat tratament în regim ambulatoriu (de la 93,6%, la 83,9%);
- similar informațiilor colectate în anii precedenți, în ceea ce privește distribuția teritorială a persoanelor care au beneficiat de tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, și în anul 2009 se poate constata menținerea concentrării acestora cu predilecție în Municipiul București (71,49% - în regim de internare și 75,7% - în regim ambulatoriu);
- ca și în anii anteriori, drogul principal pentru care s-au solicitat servicii de asistență, atât în regim de internare, cât și în regim ambulatoriu, a fost heroina. Pe locul doi însă, în cazul asistenței acordate în centrele din rețeaua Ministerului Sănătății (internare), dacă în anul 2008, se situau medicamentele hipnotice și sedative și cannabisul, în anul 2009, 12,6% dintre solicitările la tratament au fost pentru alte substanțe (în special plante etnobotanice); se păstrează însă aceeași tendință ca și în 2008: persoanele readmise la tratament (recidivele) au solicitat preponderent asistență pentru heroină, în timp ce pentru persoanele admise pentru prima dată la tratament proporția consumatorilor de heroină scade și crește cea a consumatorilor de alte droguri. Pentru admiterile în regim ambulatoriu, deși în scădere, drogul principal rămâne tot cannabisul cu 11%;¹⁰³
- atât pentru asistența în regim de internare, cât și pentru cea în regim ambulatoriu, distribuția cazurilor în funcție de sex și tipul admiterii este aceeași ca și în anul anterior și arată: o pondere crescută a bărbaților comparativ cu femeile (deși a scăzut proporția persoanelor de sex masculin și a crescut cea a persoanelor de sex feminin). Pentru asistența în regim de internare, datele indică o proporție mai mare de cazuri care au mai fost tratate anterior pentru consumatorii de sex masculin și o proporție mai mare de cazuri noi pentru consumatorii de sex feminin;
- analizând admiterile la tratament în regim de internare din anul 2009, în funcție de drogul principal și de sex, se constată că, dacă mai mult de 3/4 dintre bărbați au solicitat tratament pentru opiacee (77,1%), pentru femei: mai puțin de jumătate (47%) au solicitat tratament pentru opiacee, iar una din 4 pentru hipnotice sau sedative (25,1%) sau alte substanțe (25,1%). De menționat că, față de anul anterior, pentru consumatorii de sex masculin: deși se păstrează aceeași tendință (un consum preponderent de heroină), în anul 2009 se înregistrează o ușoară scădere a proporției celor care au solicitat tratament pentru consumul de heroină și hipnotice și sedative și o ușoară creștere a proporției celor care au solicitat tratament pentru consumul de alte substanțe și cannabis, iar consumul de alte substanțe este mai mare pentru femei comparativ cu bărbații;
- referitor la vârsta persoanei admise la tratament, există diferențe în funcție de tipul centrului unde s-a făcut admiterea la tratament. Astfel, pentru tratamentul în regim de internare media de vârstă este de 31,7 de ani, fiind mai mare pentru persoanele de sex feminin (39 de ani, comparativ cu 29,5 ani - bărbați); pentru persoanele de sex masculin proporția admiterilor la tratament este mai mare pentru grupa de vârstă 20-34 de ani, iar pentru persoanele de sex feminin, proporția admiterilor la tratament este mai mare pentru persoanele de peste 35 de ani. Pentru tratamentul în regim ambulatoriu, media de vârstă este de 27 de ani, fiind mai mare pentru persoanele de sex masculin (27,1 de ani comparativ cu 26,2 ani - femei);¹⁰⁴
- cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani și, atât pentru admiterea în regim ambulatoriu, cât și pentru cea în regim de internare se constată o creștere a proporției pentru debutul la vârste mai mici de 15 ani și scăderea proporției pentru debutul la vârste mai mari de

¹⁰³ Vezi tabelele 5-3 și 5-13 și tabelul standard 11.1

¹⁰⁴ Vezi tabelele standard 6.1 și tabele 5-4 și 5-15

25 de ani. Pentru admiterea în regim de internare proporția persoanelor care au debutat în consumul de droguri între 15-19 ani este în creștere (de la 25%- 2004 la 39,4% - 2009), iar comparativ cu anii anteriori, se observă o scădere a proporției pentru debutul peste 20 de ani;¹⁰⁵

- frecvența consumului: pentru asistența în regim de internare, procentul utilizatorilor zilnic este în scădere față de anul anterior, iar consumatorii de sex masculin consumă mai frecvent decât cei de sex feminin; pentru asistența în regim ambulatoriu, comparativ cu situația din anii anteriori, se constată o creștere a frecvenței de consum;¹⁰⁶
- față de anii anteriori, în anul 2009, a crescut proporția consumatorilor care utilizau un drog secundar (crește policonsumul). Având în vedere drogul principal pentru care s-a solicitat tratament, cele mai mari procente pentru consumul unui drog secundar se înregistrează pentru persoanele consumatoare de opiacee. Pentru asistența în regim de internare, policonsumul cu opiacee (metadonă), alcool, cocaină, stimulante și inhalanți volatili ca drog secundar, a înregistrat scăderi în anul 2009, față de 2008, crescând însă procentul celor care utilizează, ca drog secundar, hipnotice și sedative, alte opiacee decât metadona (inclusiv heroina), alte substanțe, cannabis și halucinogene. Pentru admiterile, în regim ambulatoriu, crește utilizarea ca drog secundar a metadonei, a altor substanțe, a stimulamentelor, a hipnoticelor și sedativelor și scade pentru alcool;¹⁰⁷
- în funcție de sursa de referință - pentru admiterea la tratament în regim de internare, 62,9% dintre persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă, în timp ce 29,5% au fost referiți la tratament prin sistemul de sănătate (există diferențe în funcție de sex: persoanele consumatoare de droguri de sex masculin solicită într-un procent mai mare tratament din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei sau prietenilor, în timp ce sistemul de sănătate reprezintă sursa de referire pentru două treimi dintre persoanele consumatoare de droguri de sex feminin);
- nivelul de școlarizare al persoanelor admise la tratament în regim de internare - se menține tendința înregistrată în anul 2008: crește proporția celor cu un nivel scăzut de școlarizare (ajungând la 67,1%) și scade cea a celor cu un nivel mediu de educație (25,5%), iar nivelul de școlarizare este mai scăzut în cazul persoanelor de sex masculin, comparativ cu cele de sex feminin;¹⁰⁸
- majoritatea (80,4%) persoanelor care au solicitat tratament în regim de internare, în anul 2009, sunt șomeri/ fără ocupație, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă și, comparativ cu anul anterior, în anul de referință, a crescut proporția persoanelor fără un loc de muncă (mai ales în cazul persoanelor de sex feminin) și a celor care frecventează o formă de învățământ și a scăzut procentul celor angajate cu contract de muncă/ care au propria afacere și a celor inactive economic. În cazul admiterilor la tratament în regim ambulatoriu, în anul de referință, există o proporție mai mare de persoane angajate (20,9%), iar față de anul anterior există diferențe în funcție de sex: pentru bărbați crește proporția celor cu un loc de muncă sau care sunt inactivi economic și scade proporția celor care sunt fără ocupație/ șomeri sau elevi/ studenți, iar pentru femei crește proporția celor fără un loc de muncă/ fără ocupație și scade cea a celor angajate sau elevi/ studenți;¹⁰⁹
- în ceea ce privește condițiile de locuit, în anul 2009, situația este diferită în funcție de sexul persoanei admise la tratament: cu părinții locuiau circa 3 din 4 consumatori de sex masculin și doar aproximativ 2 din 5 persoane de sex feminin, doar cu partenerul sau cu partenerul și copii locuiau aproximativ unul din 10 bărbați (15,8%) și mai mult de o treime dintre femei (37,4%), iar singuri sau împreună cu copii locuiau 6,3% dintre persoanele de sex masculin și 15,2% dintre cele de sex feminin. Comparativ cu situația existentă în urmă cu 5 ani, se constată că: pentru subiecții de sex masculin a scăzut proporția celor care locuiesc doar cu partenerul sau singuri, iar pentru subiecții de sex feminin a scăzut numai proporția celor care locuiesc doar cu partenerul.¹¹⁰

¹⁰⁵ Vezi tabelele standard 23.1 și tabele 5-8 și 5-16

¹⁰⁶ Vezi tabelele standard 20.1, tabele 5-7 și 5-17 și grafic 5-9

¹⁰⁷ Vezi tabelele standard 24.1, tabele 5-8 și 5-14

¹⁰⁸ Vezi tabelele standard 10.1 și tabelul 5-10

¹⁰⁹ Vezi graficul 5-12 și 5-13 și tabele standard 9.1

¹¹⁰ Vezi Tabel nr. 5-11 și tabelele standard 7.1

Capitolul 6 - Consecințe și corelații în planul sănătății

6.1 BOLILE INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

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

Cadru general

În anul 2009, prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri indică o tendință de¹¹¹:

- stabilizare pentru HVB;
- stabilizare la nivele înalte pentru HVC, cu valori peste media europeană;
- creștere pentru HIV (deși prevalența se situează încă la valori sub media europeană).

Valorile înregistrate se încadrează în tendințele existente la nivel regional: prevalență redusă a HIV și ridicată a HVC, utilizarea în comun a echipamentului de injectare într-un procent ridicat, adresabilitate redusă la serviciile medico-sociale.

În afara celor trei afecțiuni menționate, nu există date disponibile pentru alte boli, cum ar fi sifilisul, tuberculoza, infecțiile cu transmitere sexuală, afecțiunile corelate, în special, cu aspecte socio-economice (populații defavorizate economic, practicarea sexului comercial, nivel redus al educației sanitare) și mai puțin cu consumul de droguri pe cale injectabilă. Cazurile de boli infecțioase asociate consumului de droguri injectabile înregistrate sunt atribuite, în mare parte, consumatorilor din București.

Datele au fost colectate prin intermediul sistemului de colectare implementat de Observatorul Român de Droguri și Toxicomanii (ORDT) din cadrul Agenției Naționale Antidrog, în baza fișei de admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, prin intermediul căreia s-au colectat, în anul 2009, date de la 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog/ 5 Centre de Asistență Integrată în Adicții, din 14 unități specializate din rețeaua Ministerului Sănătății și din 3 centre private care acordă asistență consumatorilor de droguri. Aceste date, deși cu un grad mai mare de acoperire decât în anii trecuți, nu reflectă întreg spectrul unităților care oferă asistență medicală consumatorilor de droguri, dar arată că tendințele înregistrate de prevalențele bolilor infecțioase asociate consumului de droguri rămân, în general, neschimbate.

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

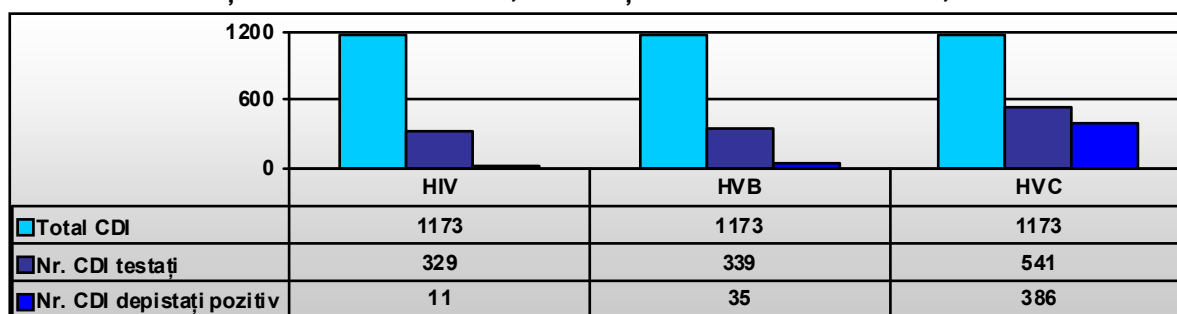
Astfel, în anul 2009, în baza de date descrisă mai sus au fost înregistrate 1.173 de cazuri de consumatori de droguri injectabile (CDI). Drogul principal utilizat de CDI a fost heroina (1.144), restul cazurilor raportând alte substanțe ca drog principal: 15 metadonă, 3 ketamină, 2 morfină, alte substanțe („droguri legale”, fără a fi clar specificată substanța activă) și alte opiacee (câte un caz).

În funcție de sexul pacientului, din totalul cazurilor analizate, 85% au fost de sex masculin și 14,8% de sex feminin (0,2% neidentificat).

Dintre cele 1.173 de persoane înregistrate drept consumatori de droguri injectabile, 541 au declarat că au fost testate pentru virusul hepatic C (VHC), 339 pentru virusul hepatic B (VHB) și 329 pentru HIV. Nu au fost raportate date suplimentare despre testele de confirmare.

¹¹¹ Vezi tabelele standard ST9_RO1002, date de rutină, 1/2 HCV; HVB; HIV.

Grafic nr. 6-1: Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2009

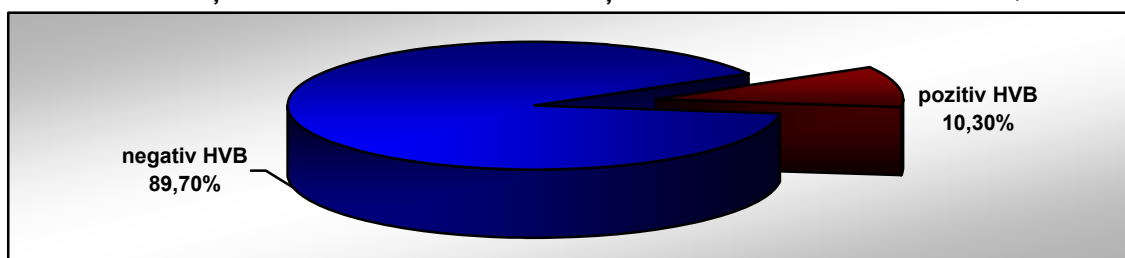


Sursa: ANA/IGPR

a) Infecțiile cu virusurile hepatice B și C

În anul 2009 pentru HVB, prevalența infecției a fost de 10,3% (din 339 testate, 35 cazuri pozitive dintre care: 29 de sex masculin și 6 de sex feminin).

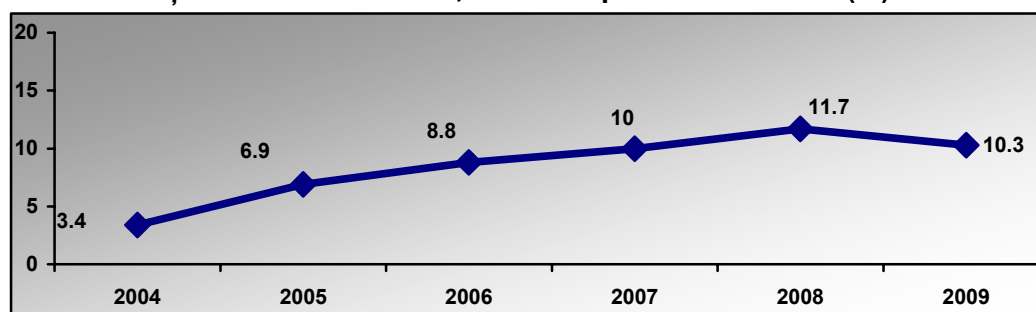
Grafic nr. 6-2: Prevalența HVB în rândul CDI internați în centrele de dezintoxicare, 2009



Sursa: ANA/IGPR

Analizând datele pentru perioada 2004-2009, se observă o tendință de stabilizare a prevalenței HVB în jurul a 10-11% dintre CDI. Așa cum a fost explicat și în rapoartele anterioare, este foarte posibil ca aceasta să fie subraportată datorită faptului că, de-a lungul timpului, pacienții au fost pierduți din evidență și nu au existat mijloacele tehnice și mai ales financiare care să permită efectuarea analizelor necesare investigării mai amănunțite a infecțiilor virale AgHBc și HBe pentru HVB¹¹².

Grafic nr. 6-3: Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2009 (%)

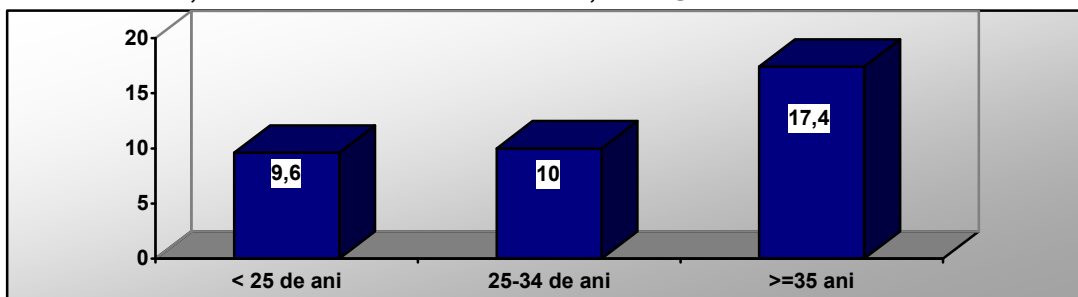


Sursa: ANA/IGPR

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (17,4%), urmată de a celor cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (10 %). Cea mai mică prevalență a HVB s-a înregistrat pentru CDI cu vârste mai mici de 25 de ani (9,6%).

¹¹² Raport Național privind situația drogurilor în România, 2008

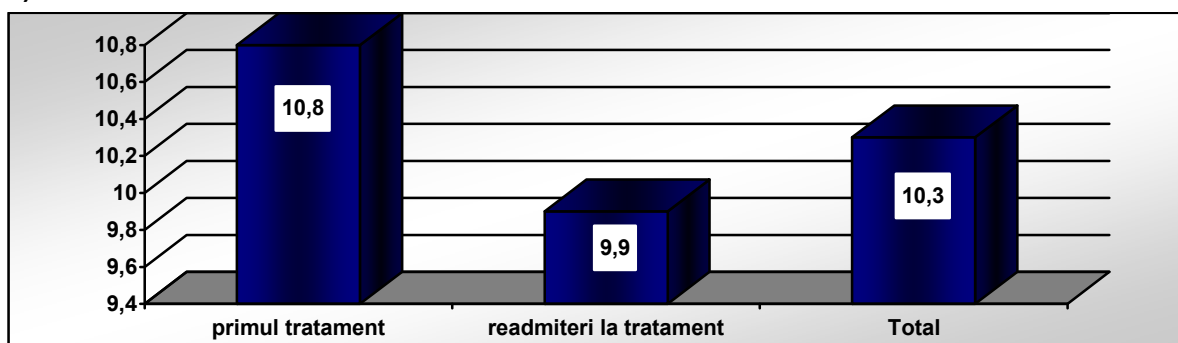
Grafic nr. 6-4: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Prevalența HVB a înregistrat valori relativ similare în grupul pacienților admiși pentru prima oară la tratament (10,8%), comparativ cu a cazurilor înregistrate ca recidive (9,9%), diferența fiind foarte mică (1%).

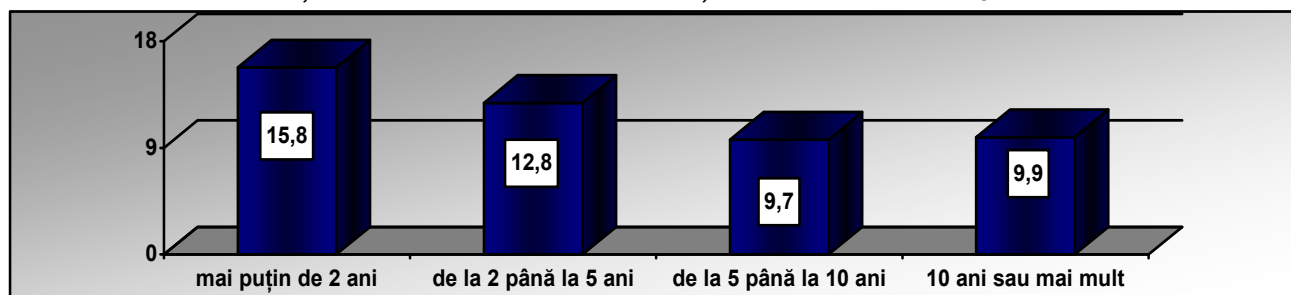
Grafic nr. 6-5: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul aditerii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

În analiza datelor, s-a mai urmărit distribuția HVB în rândul CDI, în funcție de istoricul de injectare. Astfel, dintre cei testați, cea mai ridicată rată a prevalenței s-a înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric de injectare de mai puțin de doi ani (15,8%). Creșterea prevalenței HVB în rândul CDI cu un istoric de injectare de mai puțin de doi ani, constatată în ultima perioadă, reprezintă o problemă nouă comparativ cu anii anteriori când prevalența HVB era mai mare în rândul consumatorilor cu istoric de injectare de 10 ani și peste. Totuși, în cifre absolute, observăm că, dintre cele 337 de persoane care s-au testat pentru HVB, doar 19 au un istoric de injectare mai mic de 2 ani, dintre care 3 sunt HVB pozitivi, față de 141 cu istoric de 10 ani și peste, dintre care 14 sunt pozitivi.

Grafic nr. 6-6: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

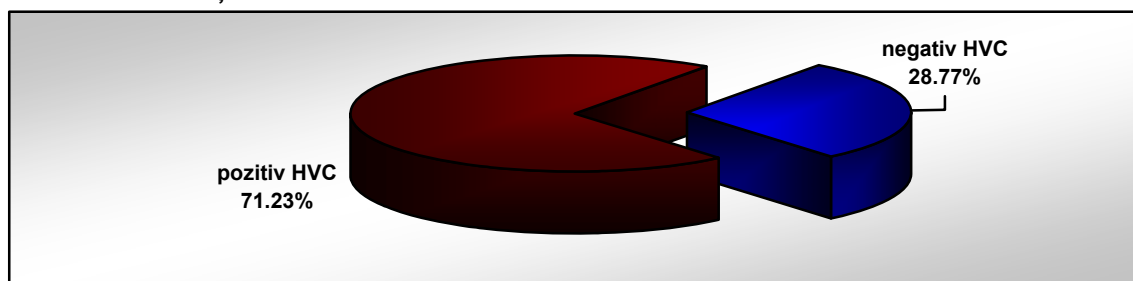
Tabel nr. 6-1: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009

status serologic_HVB	perioada de injectare < 2 ani		de la 2 până la 5 ani		de la 5 până la 10 ani		10 ani sau mai mult		NS		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
pozitiv	3	15,8	5	12,8	13	9,7	14	9,9	0	0	35	10,4
negativ	16	84,2	34	87,2	121	90,3	127	90,1	4	100	302	89,6
Total	19	100	39	100	134	100	141	100	4	100	337	100

Sursa: ANA/IGPR

Spre deosebire de prevalența infecției cu HVB, prevalența infecției cu HVC în rândul celor 541 de CDI testați, a înregistrat valori mult mai mari. Datele disponibile pentru anul 2009 arată o prevalență a infecției HVC de 71,2% (380 persoane testate), situând România în rândul țărilor europene cu o prevalență crescută pentru infecția cu HVC.

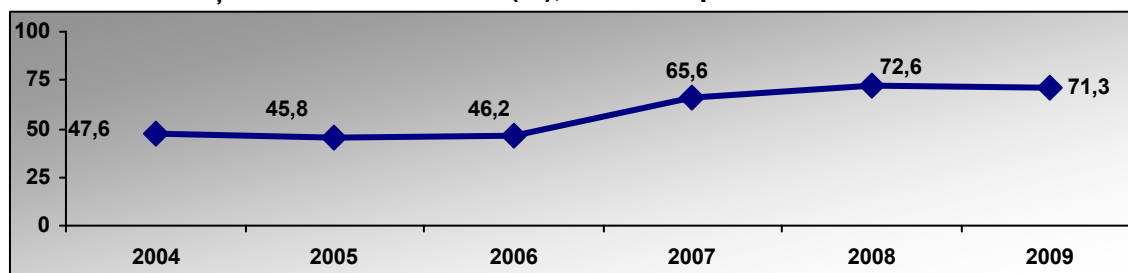
Grafic nr. 6-7: Prevalența HVC în rândul CDI, 2009



Sursa: ANA/IGPR

Distribuția grafică a prevalențelor HVC în perspectivă multianuală arată o tendință de stabilizare la un nivel înalt a proporției persoanelor infectate HVC în rândul CDI. Valorile mari înregistrate în ultimii 3 ani pentru prevalența HVC (confirmată și prin studiile desfășurate anterior¹¹³, dar și recente¹¹⁴), poate avea atât cauze directe, respectiv frecvența mai mare de utilizare a echipamentului de injectare în comun și indisponibilitatea echipamentului steril sau lipsa de informare a consumatorilor cu privire la riscurile asociate consumului de droguri injectabile, dar și cauze indirecte determinate de o mai mare disponibilitate a serviciilor de testare HVC.

Grafic nr. 6-8: Prevalența HVC în rândul CDI (%), date comparate 2004-2009



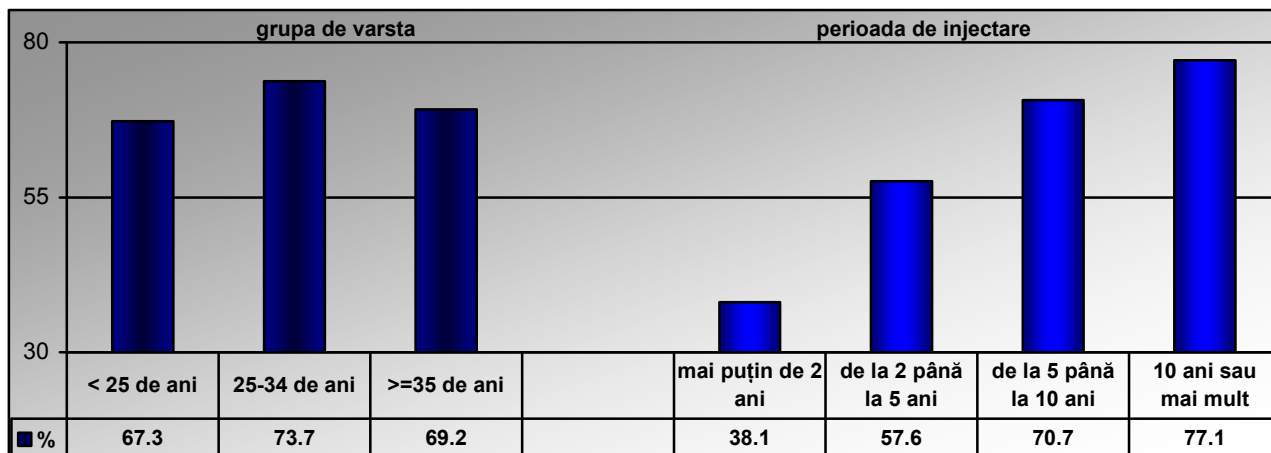
Sursa: ANA/IGPR

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că, prevalența infecției cu HVC a fost semnificativ mai mare în rândul pacienților de sex masculin (77,5%), comparativ cu cei de sex feminin (38,1%) menținându-se aceeași tendință înregistrată și în anii anteriori. Toate categoriile de vârstă studiate au înregistrat prevalențe pentru HVC în rândul CDI la nivele înalte (<25 ani - 67,3%; 25-34 ani - 73,7%; respectiv >34 ani - 69,2%), iar cea mai ridicată rată a prevalenței s-a înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric de injectare de peste 10 ani (77,1%).

¹¹³ Raport Național privind situația drogurilor în România, 2008

¹¹⁴ Vezi secțiunea *Studii privind prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri* din acest capitol

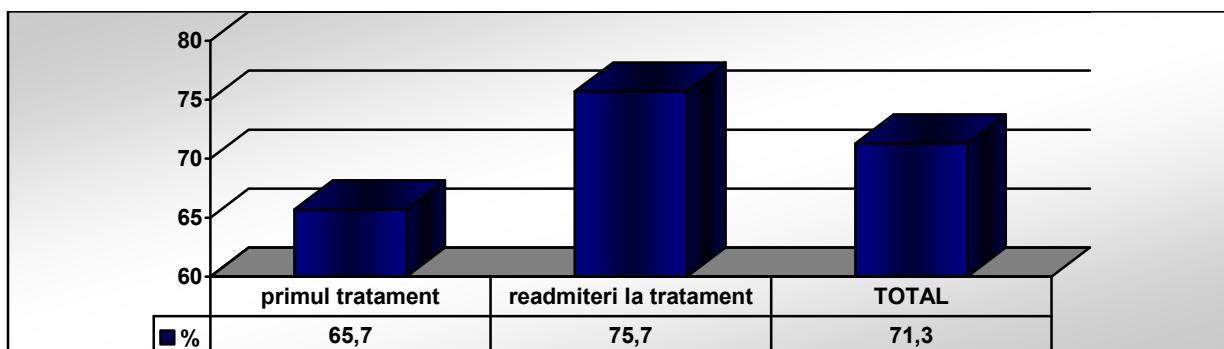
Grafic nr. 6-9: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă și perioada de injectare, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

De asemenea, prevalența HVC a fost mai mare, cu aproximativ 10 procente, în grupul pacienților readmiși la tratament (75,7%), în comparație cu pacienții admiși pentru prima oară la tratament ca urmare a consumului de droguri (65,7%).

Grafic nr. 6-10: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)



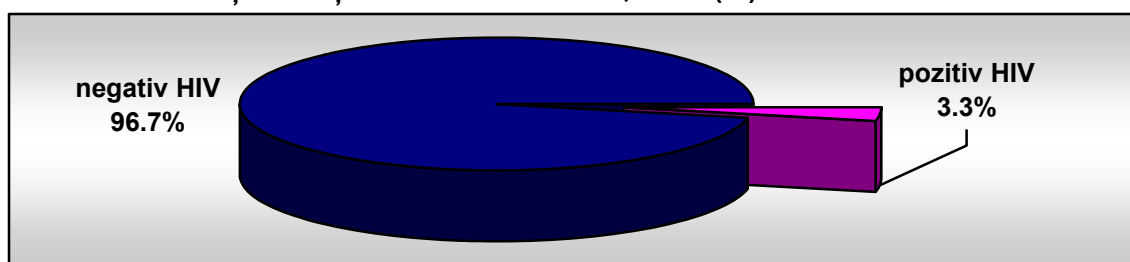
Sursa: ANA/IGPR

b) Infecția cu HIV

Datele disponibile referitoare la infecția HIV/ SIDA și consumul de droguri injectabile sugerează o modificare a tendinței în anul 2009, comparativ cu anii anteriori.

În anul 2009, s-au înregistrat unsprezece cazuri (3,3%) seropozitive dintr-un total de 329 de consumatori de droguri injectabile care au declarat că au fost testați HIV în cadrul unităților medicale de profil.

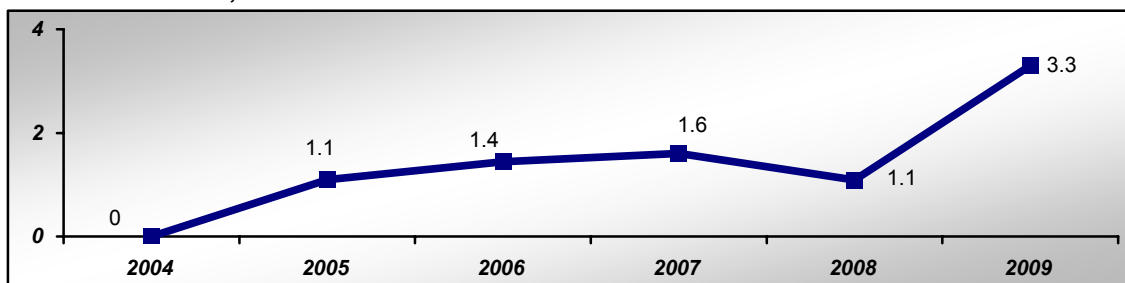
Grafic nr. 6-11: Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Distribuția grafică a prevalențelor HIV în perspectivă multianuală arată o tendință de creștere a proporției persoanelor infectate HIV în rândul CDI. Se impune monitorizarea atentă a acestei posibile tendințe.

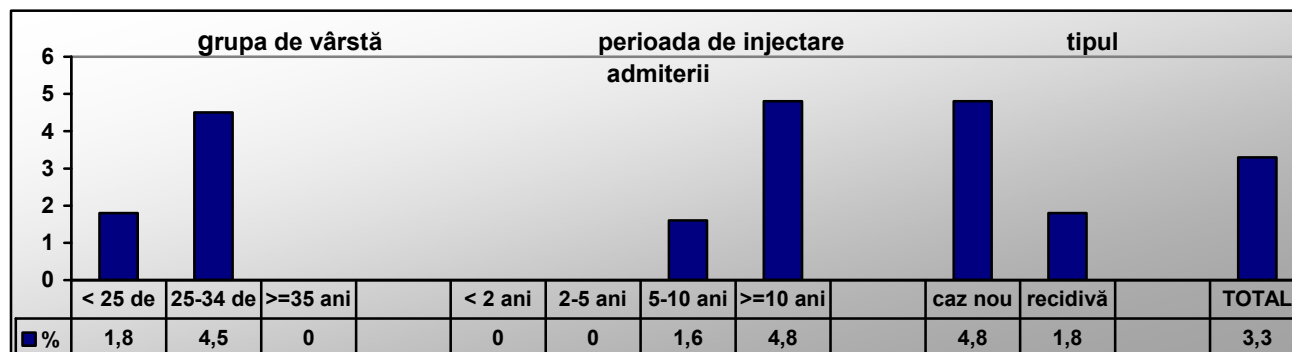
Grafic nr. 6-12: Prevalența HIV în rândul CDI (%), date comparate 2004-2009



Sursa: ANA/IGPR

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HIV a înregistrat valori similare în rândul pacienților de sex masculin (3,2%), comparativ cu cei de sex feminin (3,8%), fenomen diferit față de tendința înregistrată în anii anteriori, când majoritatea CDI HIV pozitivi proveneau din rândul consumatorilor de sex masculin. Categoria de vârstă 25-34 ani a înregistrat cea mai ridicată prevalență HIV în rândul CDI, respectiv 4,5%, iar cea mai ridicată rată a prevalenței s-a înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric de injectare de peste 10 ani (4,8%). De asemenea, prevalența HIV a fost mai mare în grupul pacienților admiși pentru prima oară la tratament ca urmare a consumului de droguri (4,8%), în comparație cu pacienții readmiși la tratament (1,8%).

Grafic nr. 6-13: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, perioada de injectare și tipul admiterii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)



Sursa ANA/IGPR:

Diferențele constatate în cadrul analizei detaliate a cazurilor HIV pozitive în rândul CDI, relevă faptul că majoritatea au fost înregistrate în rândul admiterilor noi la tratament, pentru grupa de vârstă 25-34 ani, având un istoric îndelungat de consum (10 ani sau mai mult). Aceste diferențe pot fi parțial explicate prin extinderea rețelei naționale de servicii acordate consumatorilor de droguri, astfel că în anul 2009 au fost monitorizați și testați un număr mai mare de CDI. Putem presupune că în anii anteriori a existat o sub-raportare pentru acest indicator datorită nivelului scăzut de dezvoltare a rețelei de tratament și de monitorizare. Astfel, distribuția persoanelor HIV pozitive în funcție de centrul de tratament care a raportat datele, indică următoarele: 4 cazuri din totalul celor pozitivi, provin din clinicile private de tratament, 3 cazuri din centrele de tratament ale Agenției Naționale Antidrog, 4 din unitățile medicale ale Ministerului Sănătății din București (10 din cele 11 cazuri au fost înregistrate în centrele din București). Ceea ce este nou față de raportările din anii anteriori este reprezentat de includerea în analiza datelor prezentate a celor 3 centre private de asistență în regim ambulator a consumatorilor de droguri din București care furnizează 4 dintre cazurile de CDI, HIV pozitivi.

Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA, din Cadrul Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA din Ministerului Sănătății, raportează pentru România, în anul 2009 un număr de șase

cazuri HIV pozitive (2,12%), dintr-un total de 283 de consumatori de droguri injectabile testați în cadrul unităților medicale de profil.

Comparativ cu alte grupe de risc situația se prezintă în felul următor:

Tabel nr. 6-2: Testări HIV la grupe de risc, 2009

Grupa risc	Total	Teste negative	Teste pozitive	% pozitiv	Grupa risc	total	Teste negative	Teste pozitive	% pozitiv
la cerere	118981	118088	893	0,75	șoferi	46	44	2	4,35
ocasionale	22023	21344	679	3,08	deținuți	201	199	2	1,00
TBC	14032	13931	101	0,72	marinari	3249	3247	2	0,06
gravide	99850	99767	83	0,08	lucru în străinătate > 6 luni	460	458	2	0,43
contactați HIV	909	839	70	7,70	sejur în străinătate > 6 luni	148	147	1	0,68
BTS	5353	5396	27	0,50	homosexuali	24	24	0	0
maternitate	739	715	24	3,25	hemodializați	2075	2075	0	0
utilizatori de droguri	283	277	6	2,12	transfuzati	185	185	0	0
control prenatal	7921	7918	3	0,04	practicanți ai sexului comercial	47	47	0	0
					personal medico-sanitar	9422	9422	0	0
					Total	285948	284053	1895	0,66

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

Concluzii:

- prevalențele pentru infecțiile cu HVB și HVC în rândul CDI au înregistrat o stabilizare în anul 2009, comparativ cu anii anteriori; iar prin prevalența foarte ridicată, HVC reprezintă o problemă majoră de sănătate publică;
- prevalența infecției HIV a înregistrat o tendință crescătoare, parțial explicată prin extinderea capacității de monitorizare și testare a CDI; se impune monitorizarea cu atenție crescută a evoluțiilor ulterioare;
- de-a lungul timpului pacienții au fost pierduți din evidență și nu au existat mijloacele tehnice și mai ales financiare care să permită efectuarea analizelor necesare investigării mai amănunțite a infecțiilor virale: AgHBc și HBe pentru HVB, ARN pentru HVC; în plus, nu au fost disponibile nici rezultatele testelor de confirmare, adesea acestea nefiind efectuate.

6.1.2 STUDII PRIVIND PREVALENȚA BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

STUDIUL 1 - Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi¹¹⁵

Scopul studiului a fost cunoașterea detaliată a caracteristicilor socio-demografice (vârstă, sex, nivel socio-economic, etc.) ale consumatorilor de droguri injectabile din București aflați într-un program de asistență în centrele de dezintoxicare sau de tratament substitutiv și în programele de schimb de seringi (de tip centru fix) pentru a contura un profil al acestor consumatori și pentru a evalua gradul de utilizare a serviciilor de asistență menționate. Totodată, s-a urmărit și determinarea prevalenței infecției HIV, VHB, și/ sau VHC în rândul CDI, precum și identificarea factorilor de risc și de protecție care determină infectarea cu HIV, VHB, și/ sau VHC în rândul CDI.

¹¹⁵ Vezi tabelele standard ST9_RO004,BSS,1/2/3 HCV; HVB; HIV

Eșantionare: exhaustivă, non-probabilistică, perioada de recrutare: februarie-iunie 2009. Au fost incluși în studiu toți pacienții care s-au prezentat pentru asistență în centrele selecționate, dacă aceștia au întrunit toate criteriile de includere și nici unul de excludere și dacă și-au exprimat consimțământul scris de a participa la studiu.

Criterii de includere în eșantion¹¹⁶:

- Consumator de droguri pe cale injectabilă în ultimele 12 luni anterioare interviului.
- Vârsta cuprinsă între 18-49 de ani (ambele incluse).
- Abilitate mentală și fizică de a înțelege întrebările și instrucțiunile.
- Consimțământ scris în vederea participării la studiu, inclusiv asupra prelevării probei de sânge.
- Să fi locuit în București cel puțin 6 luni din cele 12 luni anterioare datei interviului (județul Ilfov a fost inclus).

Criterii de excludere din eșantion¹¹⁷:

- A mai răspuns la chestionar în acest studiu (în același centru sau în alt centru).
- Incapacitate mentală sau fizică de a coopera la aplicarea chestionarului sau la testare:
 - Să înțeleagă limba română suficient de bine.
 - Să nu sufere o tulburare psihică care să împiedice înțelegerea și realizarea interviului.
 - Să nu se afle sub influența alcoolului sau altor droguri astfel încât acest fapt să împiedice realizarea interviului etc.

Instrumentul de colectare a datelor: chestionar semi-structurat, aplicat prin intermediul operatorilor de teren (interviu față în față), care a avut în componență module referitoare la datele socio-demografice, cunoștințe despre HIV, hepatita B și hepatita C, comportament de injectare etc., prezentate sub formă de întrebări închise sau semi-deschise. Durata medie de răspuns la un chestionar a fost apreciată ca fiind de 25 de minute.

Fiecare chestionar aplicat a fost însoțit de testarea pacientului/ beneficiarului pentru detectarea calitativă a anticorpilor Virusului Imunodeficienței Umane (HIV) tip 1 și/ sau 2, a Virusului Hepatitei B (VHB) și a Virusului Hepatitei C (VHC), în sânge integral, ser sau plasmă, de tip casetă de testare rapidă, exclusivă pentru diagnosticarea in vitro.

Caracteristici ale populației investigate

În cadrul studiului, au fost chestionați 359 de consumatori de droguri injectabile (CDI), aflați în tratament în 9 centre din București și au fost validate 343 de chestionare. Au fost înregistrate două refuzuri pentru recoltarea probei de sânge și testare.

Din totalul celor 343 de cazuri analizate, 250 erau consumatori de sex masculin (72,9%) și doar 93 de sex feminin (27,1%) (*sex ratio* 2,68:1). Distribuția eșantionului în funcție de grupa de vârstă, pe intervale de 5 ani, înregistrează cele mai ridicate valori pentru segmentul de vârstă 25-29 ani (44,6%). Vârsta medie a eșantionului studiat a fost de 27,03 de ani, cu o abatere standard de 4,33.

În ceea ce privește distribuția în funcție de nivelul de școlarizare, majoritatea respondenților au studii gimnaziale (44,6%) și liceale (37,8%) finalizate, doar un procent scăzut având un nivel de instruire înalt, respectiv studii superioare (2,6%).

Din punct de vedere al statusului marital, mai mult de jumătate dintre subiecții intervievați erau necăsătoriți (53,9%), 42,4% se aflau într-o relație de căsătorie sau de concubinaj, având în responsabilitate propria familie (11,8% - căsătoriți, 30,6% - concubinaj), iar restul de 3,2% aveau alte statusuri maritale (divorțat- 2,9%, văduv – 0,3%).

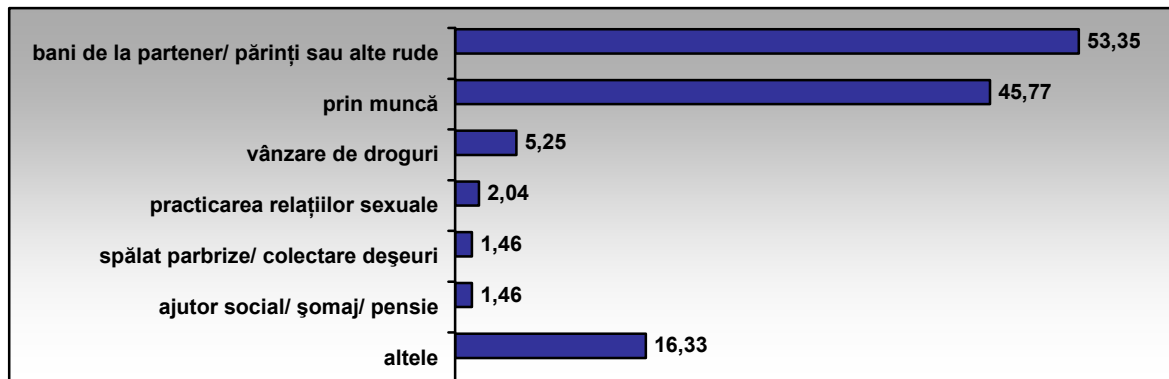
¹¹⁶ Toate criteriile de includere trebuiau să fie îndeplinite simultan

¹¹⁷ Era suficientă îndeplinirea unui singur criteriu de excludere pentru ca pacientul să nu fie recrutat

În ceea ce privește statusul socio-profesional al CDI intervievați, aproximativ 50% dintre ei sunt fără ocupație, în jur de 30% sunt angajați cu contract de muncă pe perioadă determinată sau nedeterminată, iar 11,37% lucrează fără forme legale.

Principalele modalități de obținere a veniturilor în ultimele 12 luni, în rândul consumatorilor de droguri injectabile intervievați, au fost: obținerea de bani de la partener/ părinți sau rude (53,55%), prestarea de activități retribuite (45,77%), practicarea relațiilor sexuale (2,04%), vânzarea de droguri (5,25%) și alte modalități (19,25%).

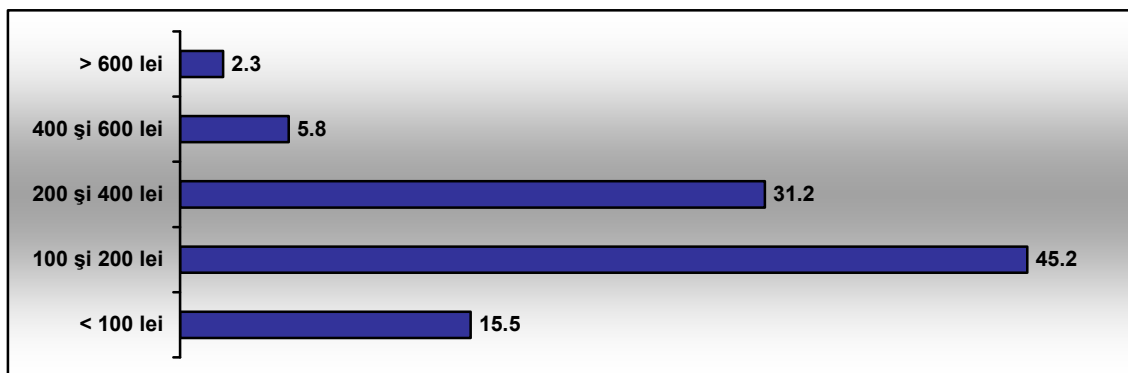
Grafic nr. 6-14: Distribuția CDI în funcție de sursa de procurare a banilor, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Într-o zi obișnuită de consum, un CDI a declarat că alocă, în medie, pentru procurarea drogurilor o sumă de 163 lei¹¹⁸, cel mai frecvent fiind alocați zilnic câte 100 lei¹¹⁹ (28,3% dintre CDI se află în această situație).

Grafic nr. 6-15: Distribuția CDI intervievați, în funcție suma alocată zilnic pentru procurarea drogurilor, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Prevalența HVB, HVC și HIV în rândul CDI testați, 2009

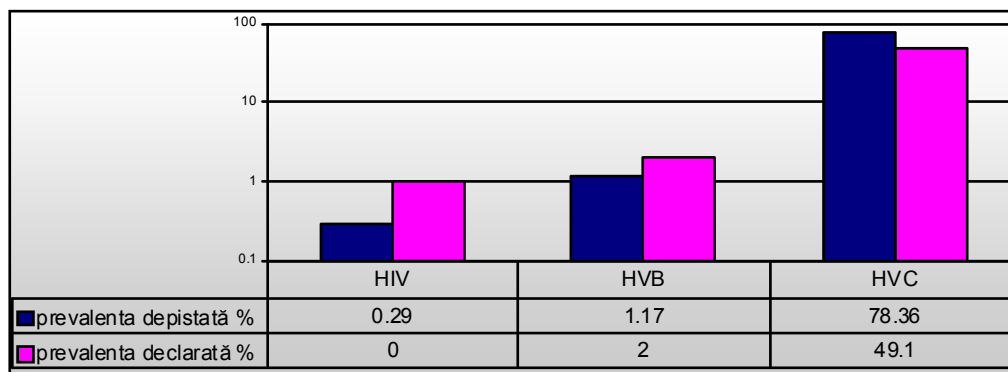
Dintre cei 343 de consumatori de droguri injectabile intervievați, 167 au declarat că au fost testați în ultimele 12 luni pentru virusul hepatic C (HVC), 100 au declarat că au fost testați în ultimele 6 luni pentru virusul hepatic B (HVB), iar 116 au declarat că au fost testați în ultimele 12 luni pentru HIV. Au existat 4 cazuri de co-infecție HVB și HVC și un caz de co-infecție HVC și HIV. Nu a existat niciun CDI care să fie depistat pozitiv pentru toate cele trei tipuri de infecții.

¹¹⁸ Curs mediu anual în 2009: 1Euro = 4,24 RON

¹¹⁹ Idem

Analiza comparată a prevalențelor HVB, HVC și HIV calculate pe baza declarației CDI, respectiv a rezultatelor obținute în urma testărilor, arată o tendință de subestimare a prevalenței pentru infecția cu HVC și o supraestimare a proporției persoanelor infectate HVB. În cazul infecției HVC, prevalența depistată este de 1,5 ori mai mare decât cea autodeclarată.

Grafic nr. 6-16: Prevalența declarată comparativ cu prevalența depistată în urma testării pentru HVB, HVC și HIV în rândul CDI, 2009(%)



Sursa: ANA/IGPR

În cadrul eșantionului investigat, în anul 2009, pentru HVB, prevalența infecției a fost de 1,17% (4 cazuri pozitive din 342 testate, toate fiind de sex masculin și din categoria de vârstă 25-29 de ani). Dintre cei depistați pozitiv la infecția cu virusul hepatic HVB, jumătate mai fuseseră testați cu 6 luni înainte de efectuarea studiului, aceștia știind de prezența bolii la momentul efectuării studiului.

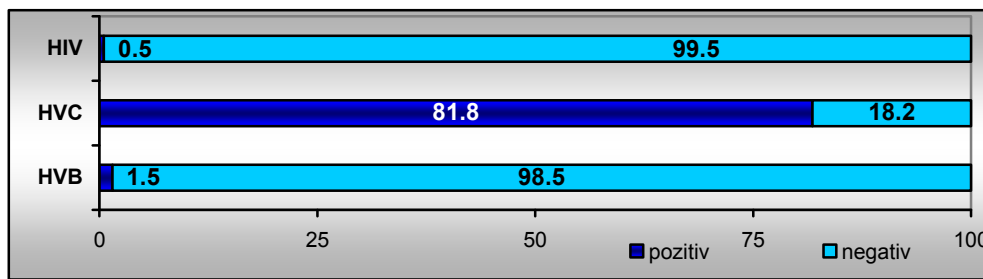
Spre deosebire de prevalența infecției cu HVB, prevalența infecției cu HVC în rândul celor 343 de CDI cuprinși în lotul analizat a înregistrat valori mult mai mari. Astfel, dintre cei 268 de subiecți depistați pozitiv la infecția cu virusul hepatic C, 167 mai fuseseră testați cu 12 luni anterior studiului pentru infecția cu HVC, din care 60,3% aveau cunoștință de prezența infecției, 35,7% nu știau de contactarea virusului.

În funcție de sexul respondentului, s-a observat o prevalență a infecției cu HVC mai mare în rândul pacienților de sex masculin (79,6% cu status HVC pozitiv din totalul bărbaților testați), comparativ cu cei de sex feminin (75% cu status HVC pozitiv din totalul femeilor testate). Pe categorii de vârstă, la prevalența HVC, situația se prezintă în felul următor: 73,5% pentru cei cu vârsta sub 24 de ani, 82,4% pentru cei cu vârsta între 25-29 de ani, 77,5% pentru cei cu vârsta cuprinsă între 30 și 34, 50% prevalență pentru CDI cu vârsta cuprinsă între 35-39 de ani, 100% prevalență HVC pentru CDI cu vârsta cuprinsă între 40-49 de ani.

În cadrul eșantionului studiat, în anul 2009, pentru HIV, prevalența infecției a fost de 0,29% (1 caz seropozitiv din 342 testate, persoană de sex feminin, cu vârsta cuprinsă între 25 și 29 de ani).

În privința practicilor de consum ale CDI investigați, s-a constatat o prevalență crescută a celor care au utilizat seringi/ ace în comun în ultimele 12 luni anterioare interviului, comparativ cu cei care nu obișnuiesc acest lucru. Dintre cele trei tipuri de infecții testate, infecția cu virusul HVC înregistrează prevalența cea mai ridicată (81,8%) în rândul celor care utilizează echipamente de injectare în comun, fiind urmată de infecția cu virusul hepatic HVB (1,5%) și de infecția cu HIV (0,5%).

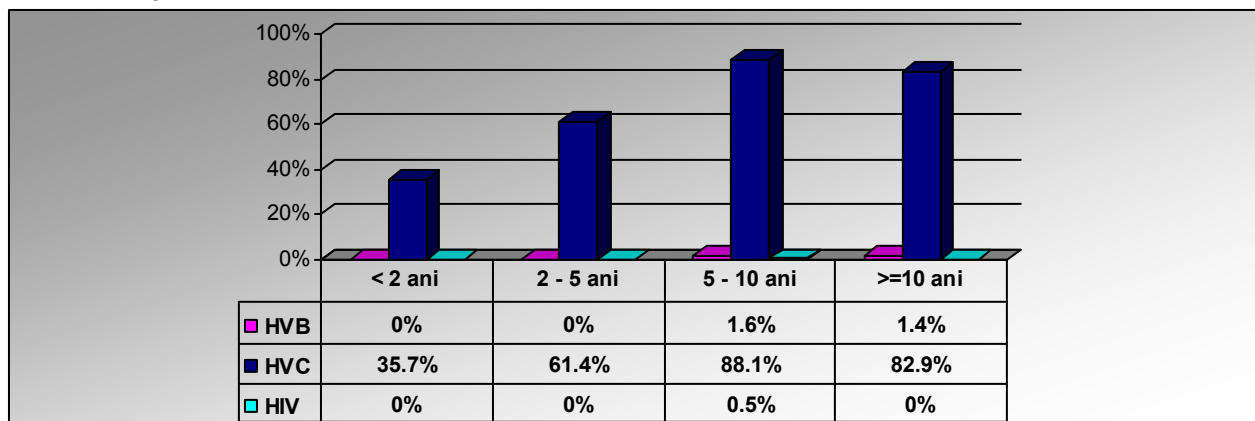
Grafic nr. 6-17: Prevalența bolilor infecțioase transmisibile în rândul CDI care au utilizat seringi/ ace în comun, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Cele mai mari rate ale prevalențelor HVB, HVC și HIV, s-au înregistrat în rândul consumatorilor cu un istoric de injectare cuprins între 5 și 10 ani (1,6% - HVB, 88,1% - HVC, respectiv 0,5% pentru HIV). Majoritatea CDI depistați pozitiv la pentru HVB, HVC sau HIV au un istoric de injectare de peste 5 ani (100% HIV, 100% HVB, 83,1% HVC).

Grafic nr. 6-18: Prevalența bolilor infecțioase transmisibile (%) în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009



Sursa: ANA/IGPR

Se constată o proporție mare a celor care nu s-au testat niciodată și care au declarat că au utilizat seringi sau ace folosite anterior de o altă persoană – 60,5%. Mai mult, proporția celor care nu s-au testat niciodată, au utilizat echipamente de injectare în comun și au fost depistați pozitiv la infecția cu HVC este de 84,7%.

Comparativ cu un studiu similar derulat de Agenția Națională Antidrog în perioada mai-octombrie 2007¹²⁰, se constată:

- creșterea prevalenței infecției cu VHC în rândul CDI testați, de la 61,5% în 2007, la 78,4%, în 2009, în timp ce prevalența infecției HIV scade de la 1,5% în 2007, la 0,29% în anul 2009;
- similar studiului din 2007, procentul respondenților care s-au testat vreodată pentru HVB, HIV sau HVC a fost redus - în jur de 51% conform declarațiilor subiecților (față de 50% în anul 2007), dintre aceștia doar 20% testându-se pentru toate cele trei tipuri de infecții;
- se înregistrează în continuare un procent mare al celor care au declarat că au utilizat seringi sau ace folosite anterior de o altă persoană – circa 60% dintre respondenți (mai mic însă decât procentul înregistrat în anul 2007, respectiv 88%);
- o reducere nesemnificativă a sumei medii de bani cheltuite într-o zi obișnuită de consum pentru procurarea drogurilor (exclusiv alcool și tutun): de la 172 lei¹²¹, așa cum a ieșit în cazul studiului din 2007, la 163 lei¹²² în anul 2009.

¹²⁰ Studiu privind la prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi

STUDIUL 2 - Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI

UNODC, Romanian Angel Appeal și ANA au realizat în anul 2009 (ianuarie-martie) un studiu de tip *Anchetă comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey)* în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București, folosind metodologia UNODC¹²³, disponibilă la nivel internațional.

Scopul studiului a fost instituirea unei modalități sistematice de colectare a datelor în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București pentru a monitoriza și evalua impactul programelor de prevenire a infecției cu HIV în rândul acestei populații, având ca finalitate dezvoltarea și optimizarea acestor servicii.

Obiectivele studiului au vizat:

- Evaluarea comportamentelor la risc ale consumatorilor de droguri injectabile în relație cu HIV și Hepatita B și C;
- Evaluarea prevalenței bolilor infecțioase HIV și Hepatita B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile;
- Obținerea unui format standardizat de colectare a datelor care să ofere posibilitatea comparării datelor cu cele obținute în urma repetării studiului în perioada 2010-2011.

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

Eșantionare - eșantionul a fost stabilit pe baza tehnicii RDS (Respondent driven sampling - eșantion de tip înlănțuit pe baza recomandărilor respondenților). Numărul de respondenți la care s-a ajuns a fost de 449 de persoane.

Instrumentul de colectare a datelor - chestionarul a fost constituit din 8 părți și 45 de întrebări. Acestea au vizat, istoricul și comportamentul de consum, comportamentul sexual, cunoștințele despre HIV/SIDA, respectiv Hepatite B și C, testare privind bolile infecțioase și expunerea la servicii medicale, criminalitate asociată consumului de droguri și încarcerare (incluzând și comportamente la risc în închisoare).

Caracteristici socio-demografice ale eșantionului selectat

Cei 449 subiecți selectați prin intermediul tehnicii RDS se încadrează în intervalul 18-55 de ani: 64% între 18 și 29 ani, 22% între 30 și 34 ani și 14% de 35 de ani și peste. Dintre aceștia, 22% erau femei, iar 78% bărbați și majoritatea aveau un nivel scăzut de școlarizare.

Tabel nr. 6-3: Repartiția subiecților, în funcție de statutul educațional, BSS 2009 (%)

Fără școală	9%
Școală primară (1-4)	33%
Școală elementară (5-8)	39%
Liceu	10%
Studii superioare	9%

Sursa: *Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC România*

La data studiului, 73% dintre CDI aveau un partener sexual constant, 40% dintre aceștia declarând că partenerul consumă și el droguri injectabile. Tot la momentul interviului, 2 din 10 respondeți nu aveau acte de identitate, neputând astfel beneficia de serviciile de asistență, 29% dintre bărbați și 8% dintre femei aveau un loc de muncă la data interviului.

¹²¹ 41 euro; Curs mediu anual în 2009: 1Euro = 4,24 RON

¹²² 38 euro; Idem 115

¹²³ *Family Health International, 2000*

Rezultate relevante

Grupul consumatorilor de droguri injectabile din zona metropolitană București este format în mare măsură din tineri, 64% dintre ei având vârsta cuprinsă între 18 și 29 ani.

Proporția consumatorilor de droguri injectabile de sex masculin reprezintă peste trei sferturi (78%) din totalul acestora. În ceea ce privește statutul educațional, 9% din CDI sunt analfabeți, iar 72% au finalizat cel mult 8 clase.

Principalul drog raportat de consumatorii de droguri injectabile din zona metropolitană București este heroina (97%), cu o frecvență de minim 2-3 ori pe zi (75%).

La ultima injectare, mai mult de unul din zece respondenți (13%) a declarat că a împrumutat echipamentele de injectare utilizate (ace/ seringi) și altor persoane, iar 14,9% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi folosite anterior de o altă persoană. De asemenea, 47% dintre respondenți au declarat că au refolosit seringă. La ultima administrare a drogului, 85% dintre CDI au declarat cumpărarea/ primirea echipamentelor sterile de injectare de la furnizori autorizați (farmacii sau prin programele de schimb de seringi).

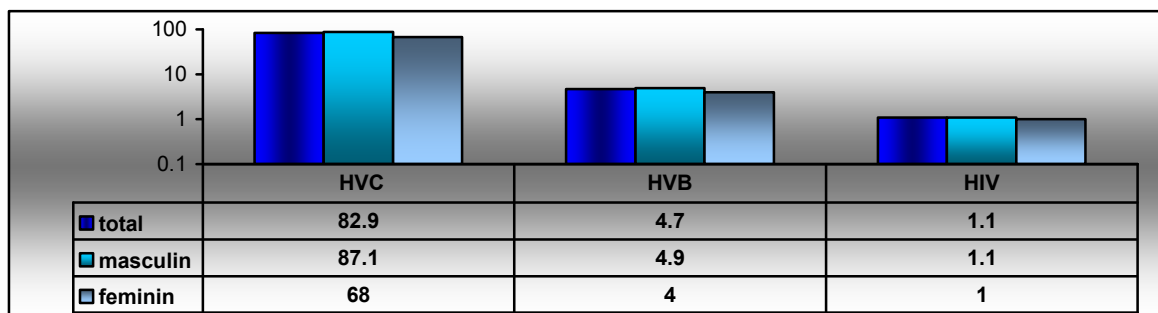
În ceea ce privește comportamentul sexual, 17% dintre respondenți au declarat utilizarea prezervativului la ultimul contact sexual, avut fie cu partenerul sexual principal, fie cu parteneri sexuali ocazionali. În ansamblu, 13% dintre consumatorii de droguri injectabile (12% bărbați și 14% femei) au întreținut relații sexuale în schimbul obținerii de bani, droguri sau alte bunuri.

Cu privire la percepția asupra riscurilor de infectare cu HIV, doar 6% dintre consumatorii de droguri injectabile au cunoștințe corecte cu privire la modalitățile de prevenire a transmiterii HIV, respingând afirmațiile eronate din chestionar.

Mai mult de jumătate dintre respondenți (53%) au fost înscriși în programe de schimb de seringi, peste o treime (35%) au fost în contact cu un medic de familie și 38% au primit asistență medicală de urgență. Mai puțin de 20% dintre CDI au accesat unul dintre serviciile de tratament.

În privința prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în urma testării serologice efectuate, a rezultat: o rată alarmantă a prevalenței HVC, 82,9% dintre respondenți fiind infectați cu Hepatită virală C și o rată relativ scăzută a prevalenței infecției cu HVB (4,7% erau infectați cu Hepatită virală B), respectiv a celei cu HIV (1,1% au fost depistați pozitiv la infecția cu HIV). Pe ansamblu, 85% dintre consumatorii de droguri injectabile testați aveau cel puțin una dintre bolile asociate consumului, examinate în cadrul studiului. În funcție de sexul respondentului, se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a bolilor infecțioase, mai pronunțată în cazul HVC 87,1% față de 68%.

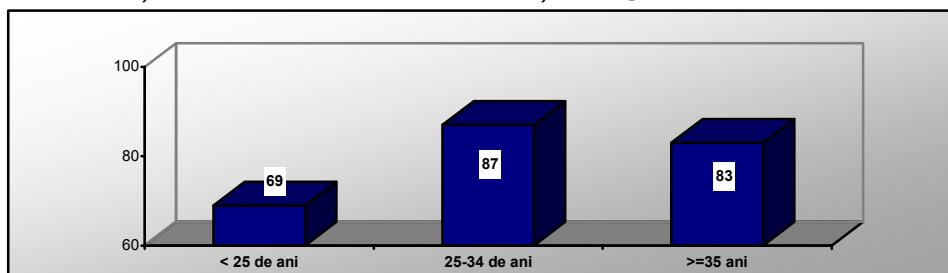
Grafic nr. 6-19: Prevalența bolilor infecțioase transmisibile în rândul CDI din București, în funcție de sexul consumatorului, BSS 2009



Sursa: Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC România

În cazul persoanelor HVC pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârstă mai mare de 24 de ani

Grafic nr. 6-20: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, BSS 2009 (%)



Sursa: Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC România

Tabel nr. 6-4: Rezultate comparate ale celor două studii efectuate în anul 2009 asupra consumatorilor de droguri injectabile din București

Variabila	Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi STUDIUL 1	Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI STUDIUL 2
Eșantionul	Eșantionul (N=343) a fost constituit exhaustiv, non-probabilistic, din toți pacienții care s-au prezentat pentru asistență în cele 9 centre de tratament selecționate și care au întrunit toate criteriile de includere.	Eșantionul (N=449) a fost construit pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS.
Sexul respondentului	Din totalul cazurilor analizate, 72,9% au fost reprezentate de populația de sex masculin și 27,1% de populația de sex feminin.	Din totalul cazurilor analizate, 78% au fost reprezentate de populația de sex masculin și 22% de populația de sex feminin.
Vârsta	Conform criteriilor de includere în studiu, CDI investigați sunt cu vârsta cuprinsă în intervalul 18-49 de ani. În segmentul de vârstă 18-29 de ani se înscriu 73,5% dintre CDI investigați. Grupa de vârstă predominantă este 25-29 ani (44,6%). Vârsta medie a fost de 27,03 de ani.	Subiecții selectați se încadrează în intervalul 18-55 de ani. În segmentul de vârstă 18-29 de ani se înscriu 64% dintre CDI investigați, în timp ce 22% dintre CDI au vârsta cuprinsă între 30 și 34 ani, iar 14% sunt cu vârsta peste 35 de ani.
Nivel de instruire	Mai mult de jumătate dintre CDI au finalizat cel mult 8 clase (56,1%), iar în proporție de 3,5% sunt neșcolarizați.	72% dintre CDI au finalizat cel mult 8 clase, iar 9% dintre ei sunt analfabeți.
Tip de drog consumat și frecvența injectării	Majoritatea CDI consumă heroină pe cale injectabilă (91,8%), cu o frecvență de minim 2-3 ori pe zi (86,9%); în timp ce alți 5% utilizau heroină în amestec cu alte droguri.	Majoritatea CDI consumă heroină pe cale injectabilă (97%), cu o frecvență de minim 2-3 ori pe zi (75%).
Practici de consum	La injectările efectuate în ultimele 12 luni anterioare interviului, 59,2% dintre CDI au declarat utilizarea de ace/ seringi folosite anterior de o altă persoană. 82,9% dintre CDI au raportat cumpărarea/primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacii sau prin programele de schimb de seringi (centre fixe sau din teren).	La ultima injectare, 15% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi folosite anterior de o altă persoană. 85% dintre CDI au declarat cumpărarea/primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacii sau prin programele de schimb de seringi.
Prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri	78,1% dintre CDI aveau cel puțin una dintre infecțiile testate în cadrul studiului: 78,36% dintre CDI au fost depistați pozitivi față de infecția HVC, 1,17% aveau status pozitiv față de infecția cu HVB, în timp ce 0,29% erau infectați cu virusul HIV.	85% dintre consumatorii de droguri injectabile testați aveau cel puțin una dintre infecțiile testate în cadrul studiului: 82,9% dintre respondenți au fost depistați ca fiind infectați cu Hepatită virală C, 4,7% erau infectați cu Hepatită virală B, în timp ce 1,1% au fost depistați pozitiv la infecția cu HIV.

Prevalența HVC în funcție de categoria de vârstă	Pe categorii de vârstă, la prevalența HVC situația se prezintă în felul următor: 73,5% pentru cei cu vârsta sub 24 de ani, 80,7% pentru cei cu vârsta între 25-34 de ani, 72,7% pentru cei cu vârsta peste 35.	În cazul persoanelor HVC pozitive, în funcție de grupa de vârstă, se observă o prevalență crescută în rândul CDI cu vârstă mai mare de 24 de ani: 69% pentru cei cu vârsta sub 25 de ani, 87% pentru categoria de vârstă 25-34 ani, 83% pentru grupa de vârstă peste 35 de ani.
Prevalența HVC în funcție de sexul respondentului	Între sexe, s-a observat o prevalență a infecției cu HVC mai mare în rândul pacienților de sex masculin (79,6% cu status HVC pozitiv din totalul bărbaților testați), comparativ cu cei de sex feminin (75,0% cu status HVC pozitiv din totalul femeilor testate).	În funcție de sexul respondentului se observă că persoanele de sex masculin au o prevalență ușor crescută a bolilor infecțioase, mai pronunțată în cazul HVC. Astfel, se înregistrează o prevalență HVC de 87,1% în cazul bărbaților față de 68%, cât se înregistrează în cazul femeilor.

Sursa: ANA/IGPR și Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC România

Concluzii:

- În ceea ce privește sexul și vârsta consumatorilor de droguri injectabile cuprinși în cele două studii, se constată că nu există diferențe semnificative: în ambele eșantioane au predominat persoane de sex masculin, cu vârsta cuprinsă între 18 și 29 ani;
- În privința statusului educațional al CDI, se remarcă un nivel de instruire crescut al CDI recrutați din centrele de tratament, comparativ cu cel al celor din eșantionul studiului 2, recrutați aleator dintre CDI, pe baza tehnicii Respondent driven sampling RDS;
- Între cele două eșantioane studiate, apar diferențe semnificative la prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri. Astfel, la toate cele trei tipuri de infecții testate – infecția cu HVC, infecția cu HVC și infecția cu HIV, se constată prevalențe mai mici pentru CDI recrutați exclusiv din centrele de tratament, față de grupul de consumatori selectat pe baza tehnicii RDS.
- Cele mai mari diferențe se înregistrează la infecția cu HVB, respectiv cu HIV, unde prevalența CDI selectați aleator este de aproape 4 ori mai mare decât a celor din centrele de tratament (4,01:1 în cazul HVB, respectiv 3,79:1 în cazul HIV), ceea ce ar putea conduce la concluzia unor prevalențe mult mai mari în realitate pentru cele două tipuri de infecții.
- Comparativ cu prevalențele celor trei tipuri de boli infecțioase înregistrate în cazul admiterii la tratament (monitorizare de rutină), se remarcă diferențe semnificative: dacă în cazul celor 2 studii se constată o prevalență crescută a infecției cu HVC (78,36% - studiul 1, 82,9% - studiul 2), în cazul admiterii la tratament, prevalența la infecția cu HVC este de aproape 3 ori mai mică (28,77%); în privința prevalenței la infecția cu HVB, în cazul studiilor aceasta înregistrează valori scăzute (1,17% - studiul 1, 4,7% – studiul 2), în timp ce, în cazul admiterii la tratament, prevalența la HVB atinge valoarea de 10,3%, fiind de aproape 9 ori, respectiv 2 ori, mai mare decât în cazul celor 2 studii; și în cazul infecției cu HIV, se remarcă valori mai mici în cazul studiilor, comparativ cu prevalența înregistrată la admiterea la tratament (0,29% - studiul 1, 1,1% - studiul 2, față de 3,3% în cazul admiterii la tratament).

STUDIUL 3 - Studiul privind adolescenții cu risc crescut HIV/SIDA

Scopul și obiectivele cercetării

În România, implementarea a fost realizată de Reprezentanța UNICEF în România și Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității București, în colaborare cu Ministerul Sănătății Publice (MSP), Agenția Națională Antidrog (ANA) și Autoritatea Națională pentru Familie și Protecția Drepturilor Copilului (ANFPDC). Aplicarea chestionarelor, focus grupurile și interviurile specifice au fost realizate cu sprijinul profesioniștilor din cadrul Asociației Române Anti Sida (ARAS).

Scopul cercetării a fost evaluarea comportamentelor adolescenților (băieți și fete) și tinerilor (bărbați și femei) cu risc crescut de infectare HIV: cei care își injectează droguri (*Injected Drug Users* - IDU) și tinerele femei care practică sexul comercial (*Female Sex Workers*: FSW) – și serviciile existente care se adresează acestor adolescenți și tineri. Categoria de vârstă vizată de studiu a fost de până la 24 ani cu

focalizare pe sub-populația de copii (sub 18 ani), cel mai tânăr respondent având 15 ani la data realizării interviurilor.

Următoarele obiective au ghidat cercetarea prezentată:

- Identificarea comportamentelor pe care le adoptă adolescenții și tinerii (fete și băieți) cu risc crescut de infectare HIV (inclusiv comportamente de risc suprapuse) prin colectarea, analiza și interpretarea datelor și construirea unei baze de indicatori privind populațiile cu risc crescut de infectare HIV, în special adolescenții care fac parte din aceste grupuri;
- Identificarea și evaluarea serviciilor existente care se adresează acestor adolescenți și tinerii (băieți și fete) cu risc crescut de infectare;
- Producerea și diseminarea unor informații și cunoștințe noi cu privire la adolescenții și tinerii (băieți și fete) cu risc crescut de infectare cu HIV la nivel național și regional care să servească ulterior la dezvoltarea unor politici specifice și a unor instrumente de lucru pentru prevenirea HIV în rândul acestor adolescenți/ tineri.

3.1. Adolescente – persoane care practică sexul comercial

Cercetarea s-a derulat în 4 locații: București, Iași, Constanța și Timișoara prin intermediul organizațiilor neguvernamentale și utilizând tehnica bulgărelui de zăpadă. Aproape 20% dintre respondente aveau sub 18 ani și o treime erau de etnie rromă.

Principalele rezultate

Persoanele care practică sexul comercial sub 18 ani sunt mai vulnerabile decât cele în vârstă de peste 18 ani, iar acest lucru confirmă și alte rezultate ale literaturii de specialitate referitoare la sexul comercial și riscul de infectare cu HIV. Respondentele sub 18 ani nu folosesc constant prezervativul cu partenerii comerciali și ocazionali și informațiile pe care le au despre HIV/ SIDA sunt eronate sau lipsesc.

Utilizarea drogurilor injectabile

22,2% dintre respondente au utilizat droguri injectabile, procentul variind în funcție de vârstă. Un sfert din cele cu vârste cuprinse între 18-24 ani au consumat droguri injectabile în comparație cu 8,9% dintre cele în vârstă de peste 18 ani ($p=0,008$).

Șase din cele 64 de respondente care au declarat utilizarea drogurilor injectabile au inițiat consumul înainte de 15 ani, iar 79,7% au inițiat consumul de droguri înainte de 18 ani.

Heroina este drogul cel mai des folosit și 94,3% dintre respondente și-au injectat heroină în ultima lună. Nu există nici o diferență semnificativă pe grupe de vârstă.

95% au raportat utilizarea echipamentului steril de injectare la ultima injectare, 29,0% au folosit în comun echipamentul de injectare în ultima lună. Nu există diferențe semnificative în funcție de vârstă.

În procent de 59,4% farmaciile, 60,9% programele de schimb de seringi, centrele fixe, lucrătorii stradali au fost sursele de procurare a echipamentului steril de injectare, iar 45,3% au obținut seringile de la prieteni, parteneri sexuali și cunoștințe.

Aproape 50% dintre respondente au un partener stabil: cele de peste 18 ani într-o proporție mai crescută decât cele sub 18 ani (51,9% vs. 32,8%; $p=0,009$). În ceea ce privește partenerul, în 23,4% dintre situații, partenerul stabil este consumator de droguri.

Acces la servicii

Peste 50% dintre respondente s-au testat HIV, procentul fiind semnificativ mai mic în rândul respondentelor de sub 18 ani (57,6% vs. 33,9%; $p=0,001$).

Determinanți comportamentali și vulnerabilități

Practicantele sexului comercial în vârstă de peste 18 ani sunt mai informate despre transmiterea pe cale sexuală a virusului HIV decât cele sub 18 ani. (86,4% vs. 72,7%; $p=0,047$). De asemenea, cunoștințele lor despre transmiterea HIV prin utilizarea în comun a echipamentului de injectare erau mult mai bune decât în grupul celor mai tinere (87% vs. 66%; $p\leq 0,000$) și aproape toate respondentele au identificat o sursă de obținere a prezervativelor.

3.2. Adolescenții consumatori de droguri injectabile

Eșantion și colectarea datelor

Pentru selecția eșantionului de consumatori de droguri injectabile s-a utilizat metoda RDS (*Respondent-Driven-Sampling*). Au fost selectați 300 de consumatori de droguri injectabile, cu vârsta între 15-24 ani din București. Colectarea datelor s-a făcut prin intermediul lucrătorilor sociali din serviciile de reducere a riscurilor, familiarizați cu consumatorii de droguri și locațiile frecventate de aceștia. Au fost selectați ca puncte de pornire 7 indivizi eligibili pentru studiu din zone/ rețele diferite (șase băieți și o fată, cu vârste cuprinse între 16 și 23 de ani). Dintre respondenți, doar 6% aveau la momentul realizării cercetării vârsta de sub 18 ani.

Rezultate

Majoritatea respondenților își injectează zilnic droguri, inițierea consumului având loc înaintea vârstei de 18 ani, iar drogul cel mai des utilizat este heroina. Aproape o treime dintre respondenți (29%) sunt de etnie romă. Consumatorii de droguri injectabile accesează serviciile de reducere a riscurilor (serviciul stradal și centrele fixe), deși acest lucru poate reflecta și nivelul de dezvoltare a serviciilor de acest gen în București (comparativ cu alte orașe din țară), precum și relaționarea bună cu personalul din aceste servicii.

Consumatorii de droguri sub 18 ani utilizează aceste servicii într-o măsură mai mică decât cei mai în vârstă. Majoritatea consumatorilor de droguri injectabile au declarat că au viață sexuală activă, iar riscul pe care și-l asumă variază în funcție de partenerul sexual. Tinerii CDI și femeile au mai degrabă parteneri stabili care își injectează droguri.

Comportamentul CDI

Heroina este cel mai des utilizat drog în ultima lună, iar 76% dintre respondenți au declarat că au utilizat heroină zilnic. Acest pattern de injectare nu variază semnificativ în funcție de vârstă.

93% dintre respondenți au utilizat la ultima injectare echipament steril; 26,3% dintre cei sub 18 ani și 18,5% dintre cei cu vârste cuprinse între 18-24 ani au utilizat în comun echipamentul de injectare.

În ultima lună, 71% dintre persoanele chestionate au obținut seringi de la programele de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri (serviciul stradal, centrele fixe).

Un sfert dintre respondenții cu vârste între 18-24 ani, au fost înscrși în programe de tratament în ultimul an, semnificativ mai mult decât cei cu vârste între 15-17 ani, unde doar 2 din cei 19 respondenți au accesat aceste servicii (33,8% vs. 10,5%; $p=0,036$).

Acces la servicii

38,0% au accesat serviciile medicale, spital sau clinică privată, în ultimul an, cu o diferență mică între grupele de vârstă.

51,3% dintre respondenți s-au testat pentru HIV: cei mai tineri s-au testat într-o proporție mai mică decât cei mai în vârstă (26,3% vs. 53,0%; $p=0,024$).

Determinanți comportamentali și vulnerabilități

82,6% din respondenți au informații corecte despre transmiterea sexuală a virusului HIV. Ambele grupele de vârstă aveau informații eronate sau nu aveau cunoștințe despre HIV (diferența nu este semnificativă; 15-17 ani - 31,6% vs. 18-24 ani - 16,4%; $p=0,092$). Transmiterea HIV pe cale injectabilă este cunoscută de către respondenți, cei mai tineri fiind însă mai puțin informați decât cei mai în vârstă (15-17 ani - 89,5% vs. 18-24 ani - 93,9%).

Respondenții din ambele grupe de vârstă au cunoștințe despre locurile de unde pot obține prezervative (98,0%) și echipament steril de injectare (99,7%).

STUDIUL 4 - Anchetă asupra comportamentelor cu risc de transmitere HIV în rândul tinerilor care trăiesc cu HIV/ SIDA în România

Studiul „Ancheta privind comportamentele cu risc de transmitere HIV în rândul tinerilor care trăiesc cu HIV/ SIDA în România” a fost realizat în 2009 de Romanian Angel Appeal, în colaborare cu UNODC România.

Studiul a fost realizat în 2009 în cele nouă Centre Regionale de Monitorizare HIV/ SIDA din România, pe un eşantion de 595 de tineri seropozitivi, cu vârste cuprinse între 18 și 24 de ani, eşantion reprezentativ la nivel național.

Scopul anchetei a fost acela de a stabili valorile de bază (baseline), la nivel național, pentru o serie de indicatori comportamentali și privind cunoștințele despre HIV/ SIDA – indicatori care sunt utilizați în monitorizarea și evaluarea intervențiilor de prevenire pozitivă desfășurate în rândul tinerilor seropozitivi.

Eşantionul ales a fost unul de tip probabilist cu alocare proporțională cu mărimea fiecărui cluster (unde un cluster este reprezentat de totalitatea pacienților aflați în evidența activă a unui Centru Regional).

Chestionarul

Chestionarul aplicat în această anchetă a inclus un număr total de 60 de itemi grupați pe 10 secțiuni (profilul respondentului, cunoștințe HIV/SIDA, ITS, relația de cuplu, folosirea prezervativului, cunoașterea diagnosticului, alte comportamente cu risc de transmitere a infecției HIV, tratament ARV, acces la servicii, percepția operatorului asupra respondentului). În ultima secțiune s-a urmărit colectarea informațiilor privind observațiile operatorului de interviu cu privire la capacitatea respondentului de a înțelege întrebările, la sinceritatea și atitudinea acestuia și alte informații relevante în contextul studiului (de exemplu: dacă respondentul practică sexul comercial, dacă este cunoscut ca și consumator de droguri injectabile sau neinjectabile etc.)

Eşantionul rezultat a inclus din 341 de fete și 254 de băieți; 383 din mediul urban și 212 din mediul rural. Vârsta medie la nivelul întregului eşantion a fost 20,6 ani, iar vârsta mediană de 20 de ani.

Consumul de droguri

Jumătate dintre tinerii participanți la studiu au declarat că nu beau niciodată alcool. Ponderea celor care tind să consume alcool cel puțin o dată pe săptămână este mai mare în rândul respondenților care au avut în ultimul an parteneri ocazionali (14% dintre cei care au avut și parteneri stabili și parteneri ocazionali față de 5% din cei care au avut doar parteneri stabili). 3% (17 respondenți) dintre cei intervievați au declarat că au consumat droguri cel puțin o dată, doar unul din aceștia utilizând droguri injectabile.

Printre limitele acestui studiu, menționate de autori, se numără și faptul că, deși participarea respondenților la studiu în proporție atât de mare (595 persoane dintre cele 600 planificate) s-a datorat în mare parte existenței unei relații bune între ei și operatorii de interviu, o limită metodologică importantă a decurs din tendința tinerilor de a oferi răspunsuri dezirabile la întrebări delicate (de exemplu: despre viața sexuală, consum de droguri etc.) care s-a accentuat probabil tocmai datorită faptului că întrebările au fost adresate de asistenții sociali sau psihologii care le oferă în mod curent servicii.

6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

6.2.1 Urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri

Au fost solicitate date de la 56 de spitale de urgență de la nivelul unităților teritorial administrative ale României, dintre care 41 cu sediul în județe, iar 15 în Municipiul București. Dintre acestea, 45 de unități medicale au răspuns solicitării: 34 de la nivelul județelor și 11 din Municipiul București¹²⁴.

¹²⁴ *Lista unităților de urgență care au raportat date privind urgențele non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri, în anul 2009 și primele 6 luni ale anului 2010: Alba - Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia, Arad - Spitalul Județean de Urgență Arad, Argeș - Spitalul Județean de Urgență Pitești, Bacău - Spitalul Județean de Urgență Bacău, Bihor - Spitalul Județean de Urgență Oradea, Botoșani - Spitalul Județean de Urgență Botoșani, Brăila - Spitalul Județean de Urgență Brăila, Buzău - Spitalul Județean de Urgență Buzău, Brașov - Spitalul Județean de Urgență Brașov, Caraș Severin - Spitalul Județean de Urgență Reșița, Cluj - Spitalul Județean de Urgență Cluj, Constanța - Spitalul Județean de Urgență Constanța, Covasna - Spitalul Județean de Urgență Sf. Gheorghe, Dâmbovița - Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, Dolj - Spitalul Județean de Urgență Craiova,*

În urma analizării datelor obținute¹²⁵, au fost raportate la nivel național un număr de 999 de cazuri de urgențe nonfatale ca urmare a consumului de droguri pentru anul 2009, respectiv 934 pentru primele 6 luni ale anului 2010. Distribuția pacienților în funcție de sex și grupa de vârstă este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr. 6-5: Distribuția urgențelor nonfatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de sex și categoria de vârstă, 2009 și primele 6 luni 2010 (număr de cazuri)

Grupa de vârstă (ani)	2009			Ianuarie-Iunie 2010 (6 luni)			
	M	F	Total	M	F	neprecizat	Total
<15	6	3	9	10	2		12
15-19	81	37	118	121	48		169
20-24	188	63	251	222	54		276
25-29	172	41	213	140	48	1	189
30-34	99	27	126	66	23		89
35-39	37	28	65	33	16		49
40-44	28	24	52	21	16		37
>45	64	83	147	38	51		89
neprecizat	6	12	18	14	10		24
Total	683	318	999	665	268	1	934

Sursa: ANA/ IGPR

Se observă un raport de 2 la 1 în favoarea bărbaților care s-au prezentat la unitățile de primiri urgențe ca urmare a consumului de droguri, cele mai multe (59%) dintre persoanele înregistrate în 2009 având vârsta mai mică de 30 ani. În primele 6 luni ale anului 2010 crește atât raportul bărbați/ femei (aproximativ 2,5/1), cât și procentul persoanelor în vârstă de până în 30 de ani care s-au prezentat la unitățile de primiri urgențe (69%), din cadrul spitalelor menționate anterior.

În anul 2009, cele mai multe urgențe nonfatale (258) s-au înregistrat în urma consumului de opiacee: 94 de cazuri de intoxicație acută cu opiacee, 38 de cazuri de sevraj și 126 de cazuri de supradoză. Pe următoarele locuri se situează:

- consumul de medicamente (hipnotice și sedative), cu 95 de cazuri (dintre care 83 intoxicații acute și 12 sevraj) la care se adaugă și 39 de cazuri de intoxicație polimedimentoasă;
- intoxicațiile acute cu substanțe etnobotanice (86 de cazuri)
- intoxicațiile acute cu cannabis (46 de cazuri) și supradoză cannabis (2 cazuri).

În cazul intoxicațiilor acute ca urmare a policonsumului înregistrate în anul 2009, în cele mai multe situații au fost prezente opiaceele și/sau heroina (22 de cazuri din 62), folosite în general în combinații cu diferite hipnotice și/sau sedative (19 cazuri). După opiacee și/ sau heroină, pe locul doi la combinații

Galați - Spitalul Județean de Urgență Galați, Giurgiu - Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, Gorj - Spitalul Județean de Urgență Târgu-Jiu, Harghita - Spitalul Județean de Urgență Miercurea-Ciuc, Hunedoara - Spitalul Județean de Urgență Deva, Ialomița - Spitalul Județean de Urgență Slobozia, Iași - Spitalul Județean de Urgență Iași, Maramureș - Spitalul Județean de Urgență Baia Mare, Mehedinți - Spitalul Județean de Urgență Drobeta Turnu Severin, Neamț - Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț, Olt - Spitalul Județean de Urgență Slatina, Prahova - Spitalul Județean de Urgență Ploiești, Sălaj - Spitalul Județean de Urgență Zalău, Sibiu - Spitalul Județean de Urgență Sibiu, Suceava - Spitalul Județean de Urgență Suceava, Teleorman - Spitalul Județean de Urgență Alexandria, Vaslui - Spitalul Județean de Urgență Vaslui, Vâlcea - Spitalul Județean de Urgență Râmnicu-Vâlcea, Vrancea - Spitalul Județean de Urgență Focșani și București: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Grigore Alexandrescu, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului dr. A. Rusescu, Spitalul de Urgență prof. dr. Agrippa Ionescu, Spitalul de Urgență prof. dr. D. Gerota, Spitalul Universitar de Urgență ELIAS, Spitalul Clinic de Urgență Sf. Ioan, Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar Arseni, Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon, Spitalul Clinic de Urgență Militar Central, Spitalul Universitar de Urgență București - Sursa: ANA/ IGPR

¹²⁵ Datele colectate au o serie de limitări metodologice, datorate, în special, dotării tehnice precare a unităților sanitare cu echipamente necesare efectuării de determinări toxicologice cantitative. Astfel, o parte din diagnostice se bazează doar pe evaluarea clinică a medicului specialist, în timp ce altele nu menționează substanța activă care a cauzat urgența medicală.

„preferate” în consumul de droguri, se situează combinațiile cu alcool, acesta fiind prezent în 20 de cazuri dintre cele înregistrate ca și intoxicații acute datorate policonsumului.

Tabel nr. 6-6: Distribuția urgențelor non-fatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de diagnosticul de urgență, 2009 și primele 6 luni 2010 (nr. de cazuri)

Diagnostic de urgență	2009	2010 (6 luni)
Intoxicație acută cu substanțe necunoscute	331	205
Supradoză opiacee	126	46
Intoxicație acută cu heroină/opiacee	94	75
Intoxicație acută cu substanțe etnobotanice (substanță activă neprecizată)	86	235
Intoxicație acută medicamentoasă	83	109
Intoxicație acută policonsum (alcool +medicamente, medicamente + droguri ilicite, alcool+droguri ilicite)	62	102
Intoxicație acută cu cannabis/ marijuana	46	47
Intoxicație acută polimedicamentoasă	39	33
Sindrom întrerupere la opiacee	38	5
Coma Reed (I-IV)	31	10
Intoxicație acută droguri ilegale (substanță activă neprecizată)	14	22
Sindrom întrerupere la medicamente	12	3
Intoxicație acută cu solvenți chimici volatili (aurolac preandez)	6	3
Etilism acut	6	5
Supradoză cocaină	4	0
Intoxicație acută cu ketamină	3	0
Intoxicație acută cu metamfetamine	3	13
Supradoza policonsum	3	0
Intoxicație acută cu amfetamină	2	2
Intoxicație acută cu cocaină	2	8
Sindrom întrerupere policonsum	2	1
Supradoză cannabis/ marijuana	2	0
Altele	2	2
Intoxicație acută cu LSD	1	0
Sindrom întrerupere la amfetamine	1	0
Intoxicație acută cu ecstasy	0	6
Sindrom întrerupere la substanțe etnobotanice	0	1
Supradoză medicamente	0	1
Total	999	934

Sursa: ANA/ IGPR

În funcție de diagnosticul de urgență, în anul 2009, din cele 31 de cazuri „Coma Reed I-IV”, 17 cazuri s-au datorat consumului de heroină și/ sau opiacee, consum singular sau policonsum în combinații cu diverse substanțe, după cum urmează: 9 cazuri heroină/ opiacee și hipnotice și sedative, 3 cazuri heroină/ opiacee, 3 cazuri heroină/ opiacee și alcool, 1 caz heroină/ opiacee și cocaină, 1 caz heroină/ opiacee, 1 caz de ketamină și hipnotice și sedative. Alte 12 situații de „Coma Reed I-IV”, s-au datorat consumului de hipnotice și/ sau sedative, iar în celelalte cazuri a fost raportat consumul de metamfetamină (1caz), respectiv consumul de medicamente neprecizate.

În primele 6 luni ale anului 2010, pe primul loc se află intoxicațiile acute cu „substanțe etnobotanice”, 235 cazuri. În categoria „substanțe etnobotanice” sunt incluse toate produsele care se găsesc sau se găseau la vânzare prin intermediul rețelelor on-line și stradale de magazine de tip *weed shop* sau *smart shop*. Substanțele regăsite în aceste produse aparțin mai multor clase: canabinoizi sintetici, mefedronă, MDPV, etc. Identificarea și clasificarea exactă a acestora la nivelul unităților sanitare din România este foarte dificilă deoarece, așa cum a fost menționat anterior, în cele mai multe cazuri, nu există o dotare tehnică corespunzătoare. Pe de altă parte, chiar și în cazul în care spitalul dispune de un laborator de toxicologie

dotat corespunzător, atât librăriile de mostre de substanțe, metodele de analiză, cât și cunoștințele specialiștilor toxicologi necesită actualizări permanente care sunt în general foarte costisitoare. În ceea ce privește policonsumul, în cazul intoxicațiilor acute, în cele mai multe situații a fost prezent alcoolul (52 de cazuri din 102), folosit în combinații cu substanțe etnobotanice (24 cazuri), cu hipnotice și sedative (9 cazuri), cu metamfetamine (6 cazuri), cu amfetamine, cu opiacee, cu cocaină, cu cannabis sau cu alte droguri ilicite nespecificate.

În anul 2010, din cele 10 de cazuri cu diagnostic de urgență „Coma Reed I-IV”, 3 cazuri s-au datorat consumului de hipnotice și sedative, în 3 cazuri nu s-au precizat medicamentele consumate, iar în celelalte situații, s-a raportat consumul de: substanțe etnobotanice și alcool (1 caz), heroină/ opiacee (1 caz), medicamente și otravă de șoareci (1 caz), substanțe stimulente și alcool (1 caz).

În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența nonfatală ca urmare a consumului de droguri, în anul 2009, luând în considerare numărul de unități medicale care au transmis date, situația se prezintă astfel:

- **Nord-Vest** (județele: Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) - 4 unități;
- **Vest** (județele: Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) - 3 unități;
- **Nord-Est** (județele: Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) - 6 unități;
- **Sud-Est** (județele: Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) - 5 unități;
- **Centru** (județele: Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) - 5 unități;
- **Sud-Vest** (județele: Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) - 5 unități;
- **Sud** (județele: Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) - 6 unități;
- **București-Ilfov** (Municipiul București și județul Ilfov) – 11 unități.

În anul 2009, în ceea ce privește numărul de urgențe non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri, pe primul loc se situează regiunea București-Ilfov (41% din totalul cazurilor), urmată de regiunea Nord-Vest (33,8%). Cele două regiuni cumulează aproape trei sferturi (74,8%) din numărul total de cazuri înregistrate la nivel național, ceea ce denotă o concentrare a consumului în aceste regiuni.

Tabelul nr. 6-7: Distribuția urgențelor non-fatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de regiunile de dezvoltare economică ale României, 2009 și primele 6 luni 2010

Regiunea de dezvoltare	2009		2010 (primele 6 luni)	
	Nr. cazuri	Procente	Nr. cazuri	Procente
Regiunea Nord-Vest	338	33,8%	234	25,1%
Regiunea Bucuresti-Ilfov	410	41,0%	247	26,4%
Regiunea Vest	15	1,5%	24	2,6%
Regiunea Centru	49	4,9%	52	5,6%
Regiunea Sud-Vest	4	0,4%	28	3,0%
Regiunea Sud-Est	75	7,5%	173	18,5%
Regiunea Sud	73	7,3%	111	11,9%
Regiunea Nord-Est	35	3,5%	65	7,0%

Sursa: ANA/IGPR

În ceea ce privește repartitia urgențelor non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri în funcție de diagnostic, pe regiuni de dezvoltare, în anul 2009, se remarcă predominanța diagnosticelor datorate consumului de heroină/opiacee, în special în regiunea București-Ilfov (unde se înregistrează 124 de supradoze cu heroină/ opiacee, 85 de intoxicații acute cu heroină/ opiacee, 35 de cazuri de sevraj și 17 cazuri de Coma Reed, ceea ce reprezintă 64% din totalul cazurilor de urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri ale acestei regiuni). Anumite tipuri de diagnostice înregistrează frecvențe mai înalte pe anumite regiuni de dezvoltare, altele sunt destul de uniform distribuite (cazul intoxicațiilor acute cu substanțe etnobotanice). Intoxicațiile acute medicamentoase sunt cel mai frecvent întâlnite în regiunile Sud (43 de cazuri) și Sud-Est (32 de cazuri) iar intoxicațiile acute cu cannabis sunt cel mai frecvent întâlnite în Sud (19 cazuri) și Nord Vest (18 cazuri). Diagnosticele de urgență privind consumul de cocaină, ketamină sau LSD sunt întâlnite doar în regiunea București –Ilfov.

O altă remarcă care se poate face, se referă la concentrarea, într-un număr foarte mare, a cazurilor de intoxicații acute cu substanțe necunoscute în regiunea Nord-Vest (58,9% din totalul cazurilor de intoxicații acute cu substanțe necunoscute înregistrate la nivel național), față de 17,2% în regiunea Sud-Est, 12,4% în regiunea București-Ilfov și 8,2% regiunea centrală.

Tabel nr. 6-8: Distribuția urgențelor nefatale înregistrate, pe regiuni de dezvoltare economică, în funcție de diagnosticul de urgență, 2009

Diagnostic de urgența	Nord-Vest	Bucuresti Ilfov	Vest	Centru	Sud-Vest	Sud-Est	Sud	Nord-Est	Total
Intoxicație acută cu substanțe necunoscute	195	41	4	27	0	57	0	7	331
Supradoză opiacee	0	124	0	0	0	0	2	0	126
Intoxicație acută cu heroină/opiacee	7	85	0	0	1	0	1	0	94
Intoxicație acută cu substanțe etnobotanice	11	30	0	8	1	18	3	15	86
Intoxicație acută medicamentoasă	32	9	11	5	0	0	26	0	83
Intoxicație acută policonsum	27	27	0	0	1	0	6	1	62
Intoxicație acută cu cannabis/ marijuana	18	6	0	1	0	0	19	2	46
Intoxicație acută polimedicamentoasă	24	6	0	1	0	0	8	0	39
Sindrom întrerupere la opiacee	2	35	0	0	0	0	0	1	38
Coma Reed (I-IV)	1	24	0	0	0	0	6	0	31
Intoxicație acută droguri ilegale (substanța activă neprecizată)	2	3	0	3	1	0	0	5	14
Sindrom întrerupere la medicamente	11	0	0	1	0	0	0	0	12
Etilism acut	4	0	0	1	0	0	1	0	6
Intoxicație acută cu solvenți chimici volatili	2	2	0	0	0	0	0	2	6
Supradoză cocaină	0	4	0	0	0	0	0	0	4
Intoxicație acută cu ketamină	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Intoxicație acută cu metamfetamină	1	0	0	0	0	0	2	0	3
Supradoză policonsum	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Intoxicație acută cu amfetamină	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Intoxicație acută cu cocaină	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Sindrom întrerupere policonsum	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Supradoză cannabis/ marijuana	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Altele	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Intoxicație acută cu LSD	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sindrom întrerupere la amfetamine	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	338	410	15	49	4	75	75	33	999

Sursa: ANA/ IGPR

Pentru o vizualizare mai intuitivă, prezentăm mai jos distribuția drogurilor ilegale care au generat în anul 2009 cele mai multe cazuri de urgențe nefatale, în funcție de regiunile de dezvoltare.

Harta nr. 6-1: Distribuția drogurilor ilicite care au generat cele mai multe cazuri de urgențe nonfatale, în funcție de regiunile de dezvoltare, 2009



Sursa: ANA/ IGPR

Spre deosebire de anul 2009, în primele 6 luni ale anului 2010, se constată o uniformizare a repartiției cazurilor de urgențe ca urmare a consumului de droguri înregistrate la nivelul unităților medicale, după cum urmează: 26,4% regiunea București-Ilfov, 25,1% regiunea Nord-Vest, 18,5% regiunea Sud-Est, 11,9% regiunea Sud. În regiunea Nord Vest se mai înregistrează și un procent de 18,3% intoxicații acute ca urmare a policonsumului

Analizând în funcție de diagnosticul de urgență, în primele 6 luni ale anului 2010, se constată faptul că, o caracteristică a regiunii București-Ilfov rămâne consumul de heroină/ opiacee, ca și cauză a urgențelor nonfatale înregistrate (43 de supradoze cu opiacee, 71 de intoxicații acute cu heroină/ opiacee, 5 de cazuri de sevraj și 17 cazuri de Coma Reed, ceea ce reprezintă 48% din totalul cazurilor de urgențe nonfatale ca urmare a consumului de droguri ale acestei regiuni).

De asemenea, în regiunea Nord-Vest, se menține predominanța diagnosticului „intoxicații acute cu substanțe necunoscute” (118 cazuri reprezentând 50,4% dintre urgențele non-fatale înregistrate), dar apar într-o proporție importantă și alte tipuri de diagnostice, precum: 43 intoxicații acute policonsum (din care 11 au fost datorate consumului de metamfetamine în combinații cu alcool sau cannabis), 27 intoxicații acute medicamentoase și polimedicamentoase, 18 intoxicații acute cu plante etnobotanice și 11 intoxicații acute cu cannabis/ marijuana (reprezentând 23% din totalul intoxicațiilor cu cannabis înregistrate la nivel național).

În regiunea Sud-Est, distribuția urgențelor nonfatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de diagnosticul de urgență, relevă prezența într-o proporție destul mare a intoxicațiilor acute cu substanțe necunoscute (48 de cazuri) (28% din totalul cazurilor înregistrate în această regiune), dar și o preferință de consum orientată spre cannabis/ marijuana, numărul intoxicațiilor cu cannabis înregistrate (14) în această regiune reprezentând 30% din totalul intoxicațiilor cu cannabis înregistrate la nivel național.

Tabel nr. 6-9: Distribuția urgențelor nonfatale înregistrate în primele 6 luni 2010, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de diagnosticul de urgență

Diagnostic de urgență	Nord-Vest	Bucuresti Ilfov	Vest	Centru	Sud-Vest	Sud-Est	Sud	Nord-Est	Total
Intoxicație acută cu substanțe etnobotanice	18	85	7	14	14	23	28	46	235
Intoxicație acută cu substanțe necunoscute	118	12	7	12	2	48	3	3	205
Intoxicație acută medicamentoasă	15	6	5	7	0	43	32	1	109
Intoxicație acută policonsum	43	12	2	3	2	20	16	4	102
Intoxicație acută cu heroină/opiacee	0	71	0	0	0	1	2	1	75
Intoxicație acută cu cannabis/ marijuana	11	4	2	6	4	14	5	1	47
Supradoză opiacee	0	43	0	0	0	0	2	1	46
Intoxicație acută polimedicațională	12	3	0	2	0	8	8	0	33
Intoxicație acută droguri ilegale (substanța activă neprecizată)	2	3	0	3	5	1	2	6	22
Intoxicație acută cu metamfetamine	6	0	0	0	0	5	2	0	13
Coma Reed (I-IV)	1	0	0	1	0	0	7	1	10
Intoxicație acută cu cocaină	0	3	1	0	0	3	1	0	8
Intoxicație acută cu ecstasy	0	0	0	0	0	6	0	0	6
Etilism acut	2	0	0	2	0	1	0	0	5
Sindrom întrerupere la opiacee	0	5	0	0	0	0	0	0	5
Intoxicație acută cu solvenți chimici volatili	1	0	0	1	0	0	1	0	3
Sindrom întrerupere la medicamente	2	0	0	0	1	0	0	0	3
Intoxicație acută cu amfetamine	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Altele	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Sindrom întrerupere la substanțe etnobotanice	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sindrom întrerupere policonsum	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Supradoză medicamente	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	234	247	24	52	28	173	111	65	934

Sursa: ANA/ IGPR

Prezentăm mai jos, sintetic, evoluția urgențelor non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri în anul 2009 și primele 6 luni ale anului 2010, pe regiuni de dezvoltare economică:

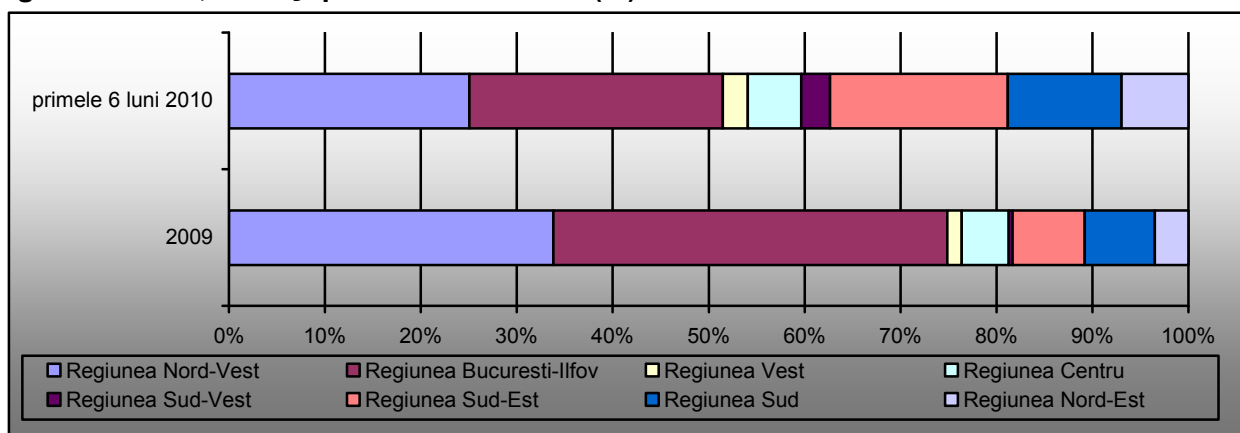
Harta nr. 6-2: Distribuția drogurilor ilicite care au generat cele mai multe cazuri de urgențe nonfatale, în funcție de regiunile de dezvoltare, primele 6 luni 2010



Sursa: ANA/ IGPR

În regiunea Sud, ca și caracteristică pentru diagnosticile de urgență înregistrate în primele 6 luni ale anului 2010, se remarcă prezența consumului de medicamente (hipnotice și sedative) la peste o treime (36%) din cazurile înregistrate în această regiune (40 de cazuri). Pe locul doi în clasamentul diagnosticilor de urgență în această regiune, se situează intoxicațiile ca urmare a consumului de substanțe etnobotanice (28 de cazuri - 25,2% din cazuri înregistrate în această regiune), iar pe locul al treilea se află intoxicațiile ca urmare a policonsumului (16 cazuri -14,4%). În majoritatea cazurilor de policonsum, combinațiile au fost constituite din medicamente (diverse hipnotice și sedative) sau din medicamente și diferite droguri (opiacee, cannabis).

Grafic nr. 6-21: Evoluția urgențelor non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri în pe regiuni istorice, 2009 și primele 6 luni 2010 (%)



Sursa: ANA/ IGPR

În funcție de calea de administrare a drogului, cea orală, respectiv cea injectabilă, domină spectrul urgențelor non-fatale raportate în anul 2009. În primele 6 luni ale anului 2010, pentru cele mai multe cazuri raportate, se declară calea de administrare orală, respectiv inhalarea substanțelor psihotrope.

Tabel nr. 6-10: Distribuția pacienților înregistrați cu urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri în funcție de calea de administrare a drogului, 2009 și primele 6 luni 2010 (număr de cazuri)

Calea de administrare	2009	2010 (primele 6 luni)
oral	335	288
nespecificat	266	380
injectabil	255	55
inhalare	136	197
injectabil, oral	3	1
inhalare, oral	2	1
prizat	1	7
inhalare, injectabil	1	1
inhalare, prizat		3
oral, prizat		1
Total	999	934

Sursa: ANA/ IGPR

În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor licite sau ilicite consumate au fost realizate analize toxicologice doar pentru 275 de pacienți, în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. Tabelul următor prezintă substanțele identificate în cadrul determinărilor toxicologice efectuate, cu mențiunea că, pentru majoritatea pacienților a fost determinată în organism cel puțin o substanță din cele menționate mai jos:

Tabel nr. 6-11: Situația determinărilor toxicologice efectuate pentru urgențele nonfatale asociate consumului de droguri, 2009 și pe primele 6 luni ale anului 2010 (număr de cazuri, %)

	2009		Ianuarie-Iulie 2010 (6 luni)	
	Nr.	%	Nr.	%
Nr. de cazuri	999	100%	934	100%
Nr. cazuri în care s-au efectuat determinări toxicologice	275	27,5%	341	36,5%
Nr. de cazuri cu analize pozitive	191	19,1%	217	23,2%

Sursa: ANA/IGPR

Atât pe parcursul anului 2009, cât și în primele 6 luni ale anului 2010, predomină probele pozitive conținând hipnotice și/ sau sedative, urmate de cannabis. În anul 2009, pe locul al treilea, în ordinea numărului de analize pozitive, în funcție de substanța identificată, se situează opiaceele și heroina, iar în anul 2010, se află metamfetaminele.

Tabel nr. 6-12: Distribuția determinărilor toxicologice în funcție de rezultatul analizelor efectuate, 2009 și pe primele 6 luni ale anului 2010 (număr de cazuri, %)

Substanțe identificate	2009	Ianuarie-Iulie 2010 (6 luni)
	Nr. de analize pozitive	Nr. de analize pozitive
Total	191	217
hipnotice și/sau sedative	92	106
THC, canabinoizi	33	33
alte opiacee (metadonă, codeină, morfină, tramadol)	21	10
opiacee, hipnotice și sedative	20	5
heroină	5	7
metamfetamine	4	25
heroină, hipnotice și sedative	3	0
THC, hipnotice și sedative	2	5
amfetamine	1	1
amfepramone, metamfepramone, fentormin	1	0
heroină și cocaină	1	0
heroină și alte opiacee	1	0
metamfetamine, opiacee, hipnotice și sedative	1	0
opiacee, heroină, hipnotice și sedative	1	5
opiacee, hipnotice și sedative, ketamină	1	0
opiacee, hipnotice și sedative, mescalină	1	0
THC, opiacee, hipnotice și sedative	1	0
fentormin, hipnotice și sedative	1	0
LSD	1	0
amfetamine și metamfetamine	0	2
amfetamine, opiacee, ecstasy	0	1
MDMA	0	6
cocaină	0	4
cocaină, hipnotice și sedative	0	2
cocaină, THC	0	1
amfetamine, opiacee, hipnotice și sedative	0	1
metamfetamine, THC	0	1
MDMA, opiacee	0	1
MDMA, THC	0	1
THC, opiacee	0	1
prolintan	0	1
prolintan, piperonal	0	1
prolintan, pirovalerona	0	1
prenandez	0	1

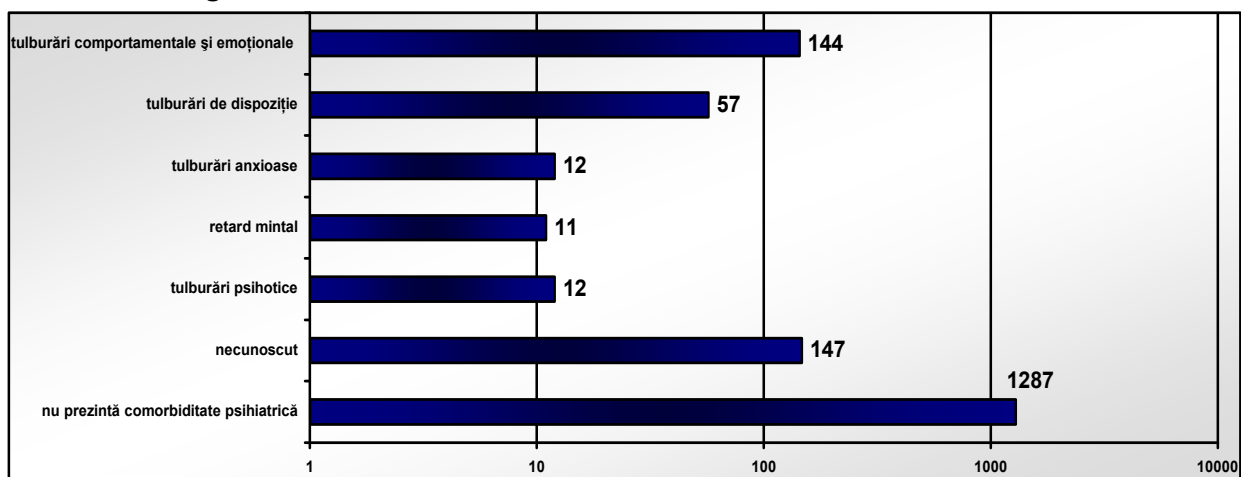
Sursa: ANA/IGPR

6.2.2 Tulburări de personalitate, depresie, anxietate, tulburări de afect etc

Pentru acest subcapitol au fost analizate 1.662 de cazuri unice înregistrate în baza de date privind indicatorul Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, raportate de cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog/ 5 Centre de Asistență Integrată în Adicții, 14 unități specializate din rețeaua Ministerului Sănătății și 3 centre private de asistență în regim ambulator a consumatorilor de droguri.

Din analiza acestor date, a reieșit faptul că, au fost diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice 229 persoane. Dintre acestea, cele mai frecvente diagnostice au fost *tulburările comportamentale și emoționale* pentru 144 de cazuri (8,66%), urmate de *tulburări de dispoziție* - 57 de cazuri (3,42%).

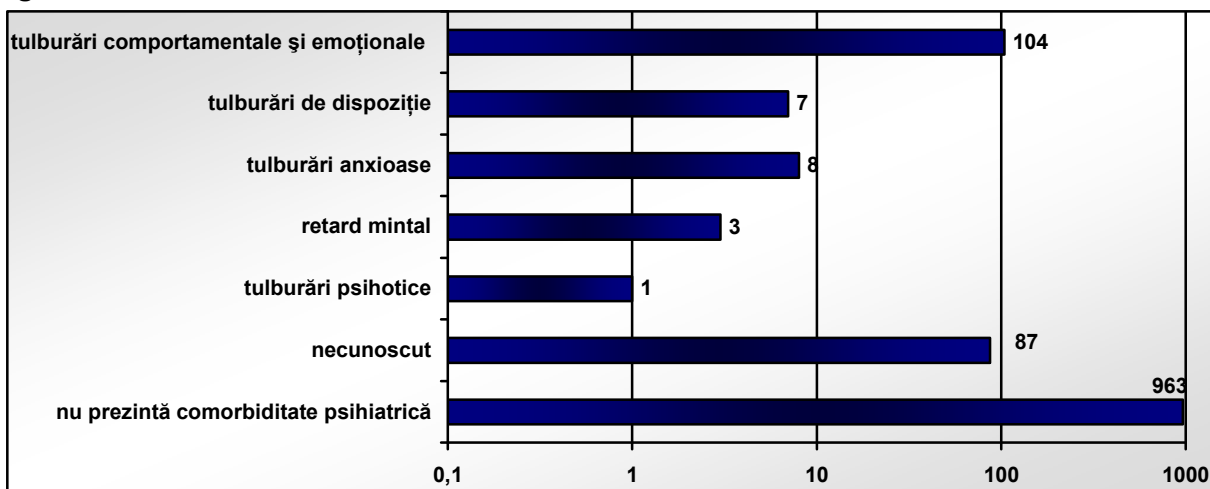
Grafic nr. 6-22: Distribuția consumatorilor de droguri, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2009



Sursa: ANA/IGPR

Din cele 1.662 persoane înregistrate, 1.173 erau consumatori de droguri injectabile (CDI), iar analiza acestor din urmă cazuri, în funcție de patologia psihiatrică asociată, indică un număr de 123 persoane care au consumat droguri pe cale injectabilă și diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice. Cele mai frecvente diagnostice au fost *tulburările comportamentale și emoționale* pentru 104 de cazuri (8,8%), urmate de *tulburări anxioase* - 8 cazuri (0,68%) și *tulburări de dispoziție* - 7 cazuri (0,59%).

Grafic nr. 6-23: Distribuția cazurilor CDI, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2009



Sursa: ANA/IGPR

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

6.3.1. Decese directe prin supradoză și (diferențiat) decese indirecte asociate consumului de droguri

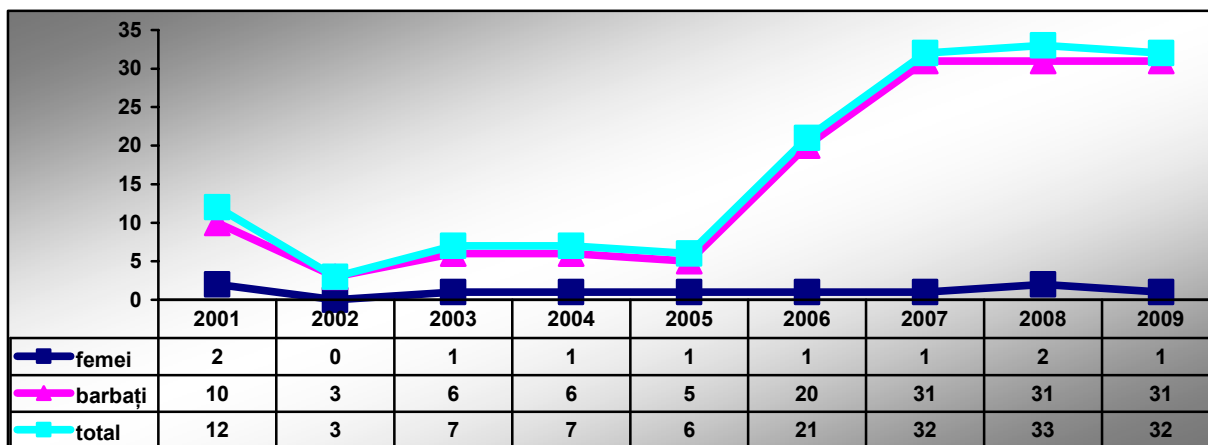
Rețeaua națională de medicină legală este alcătuită din 53 unități medico-legale:

- Institutul Național de Medicină Legală Mina Minovici București;
- 5 Institute de Medicină Legală în: Iași, Cluj-Napoca, Craiova, Târgu-Mureș, Timișoara;
- 36 Servicii Județene de Medicină Legală (SJML) în municipiile reședință de județ (cu excepția celor din centrele universitare în care funcționează Institute de Medicină Legală și a municipiului București).
- 11 Cabinete medico-legale subordonate Serviciilor Județene respective, situate în orașe sau municipii nereședință de județ: Lugoj, Cîmpulung-Argeș, Comănești, Făgăraș, Petroșani, Sighetul Marmației, Mediaș, Cîmpulung Moldovenesc, Rădăuți, Bârlad, Onești.

Datele următoare provin din cazuistica rețelei de medicină legală din România, predominant din cazuistica INML Mina Minovici București. Pentru prima dată, în mod coerent și uniform, la nivel național, și celelalte instituții medico-legale au furnizat informații pentru 2009, fiind raportate cazuri de decese asociate consumului de droguri și în afara Bucureștiului (de asemenea o premieră) în aria de lucru acoperită de IML Timișoara, SML Ilfov și SML Giurgiu. În anul 2009, raportarea a inclus tot teritoriul național, cu cazuistică în 4 județe. Au fost efectuate 1.435 expertize toxicologice pe cadavre cu suspiciuni de mortalitate asociată consumului de droguri. Ca urmare a acestor expertize au fost identificate 32 de cazuri la nivel național, care au fost declarate ca fiind decese corelate consumului de droguri, conform definiției indicatorului – toate cele 32¹²⁶ au confirmarea examenului toxicologic a prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București și IML Timișoara (practic în acest moment declararea deceselor asociate consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi) – pentru 2 cazuri examenul toxicologic relevant s-a efectuat la nivelul laboratoarelor spitalelor unde acești pacienți au fost internați pentru o durată mai mare de timp, fapt ce nu a permis examene toxicologice relevante ulterioare cu ocazia autopsiei, cazuri în care era așteptat un rezultat negativ al examenelor toxicologice, în condițiile în care nu s-au efectuat, din rațiuni tehnice, determinări din firul de păr, singura probă biologică viabilă pentru examen toxicologic în aceste cazuri.

În concluzie, au fost înregistrate 32 cazuri, declarate decese asociate consumului de droguri la nivel național (28 din București) – toate cu examen toxicologic pozitiv; 31 bărbați și 1 femeie.

Grafic nr. 6-24: Distribuția cazurilor de deces asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2008



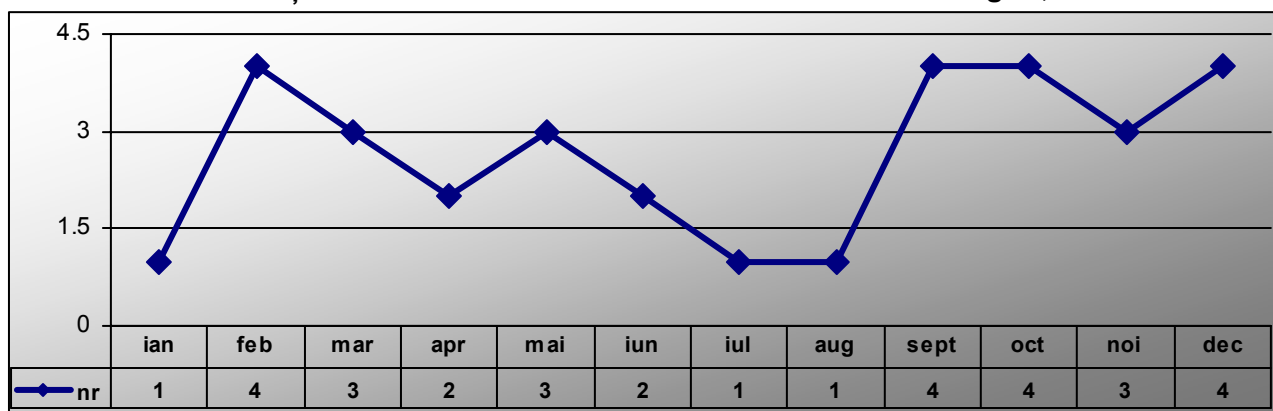
Sursa: INML București

¹²⁶ Vezi tabelul standard ST5

După tendința oscilantă din perioada 2001-2005, se remarcă o relativă stabilizare în ultimii 3 ani, cu cifre incomparabil mai mari față de 2001-2005, ca expresie a posibilităților în creștere continuă de identificare - triaj - management medico-legal - detecție toxicologică (superpozabile peste perioada de implementare a algoritmilor decese asociate consumului de droguri, dar mai ales cu perioada de dotare a laboratoarelor de toxicologie și de instruire a personalului)¹²⁷.

Pe parcursul anului, cele mai multe decese s-au înregistrat în februarie, septembrie, octombrie și decembrie (în fiecare lună câte 4 cazuri) și cele mai puține în ianuarie, iulie și august (în fiecare lună câte 1 caz).

Grafic nr. 6-25: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, 2009



Sursa: INML București

Vârsta persoanelor decedate asociate consumului de droguri a fost cuprinsă între 16 și 47 de ani: 15-19 ani – 1, 20-24 ani - 8, 25-29 ani – 12, 30-34 ani – 10, 35-39 ani - 0, 40-44 ani – 0, 45-49 ani – 1 caz (vârsta medie 27,40 ani).

Dacă în anul 2008 s-a remarcat un număr important de decese în rândul persoanelor foarte tinere (15-19 ani, cu istoric scurt de consum), dar și creșterea mediei ce arată "îmbătrânirea" consumatorilor, în sensul că au un istoric de lungă durată de consum, în anul 2009, se înregistrează o creștere semnificativă a deceselor adulților cu vârsta cuprinsă în intervalul 30-34 ani, cu un istoric îndelungat de consum.

Tabel nr. 6-13: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate și vârstă, date comparate 2007-2009

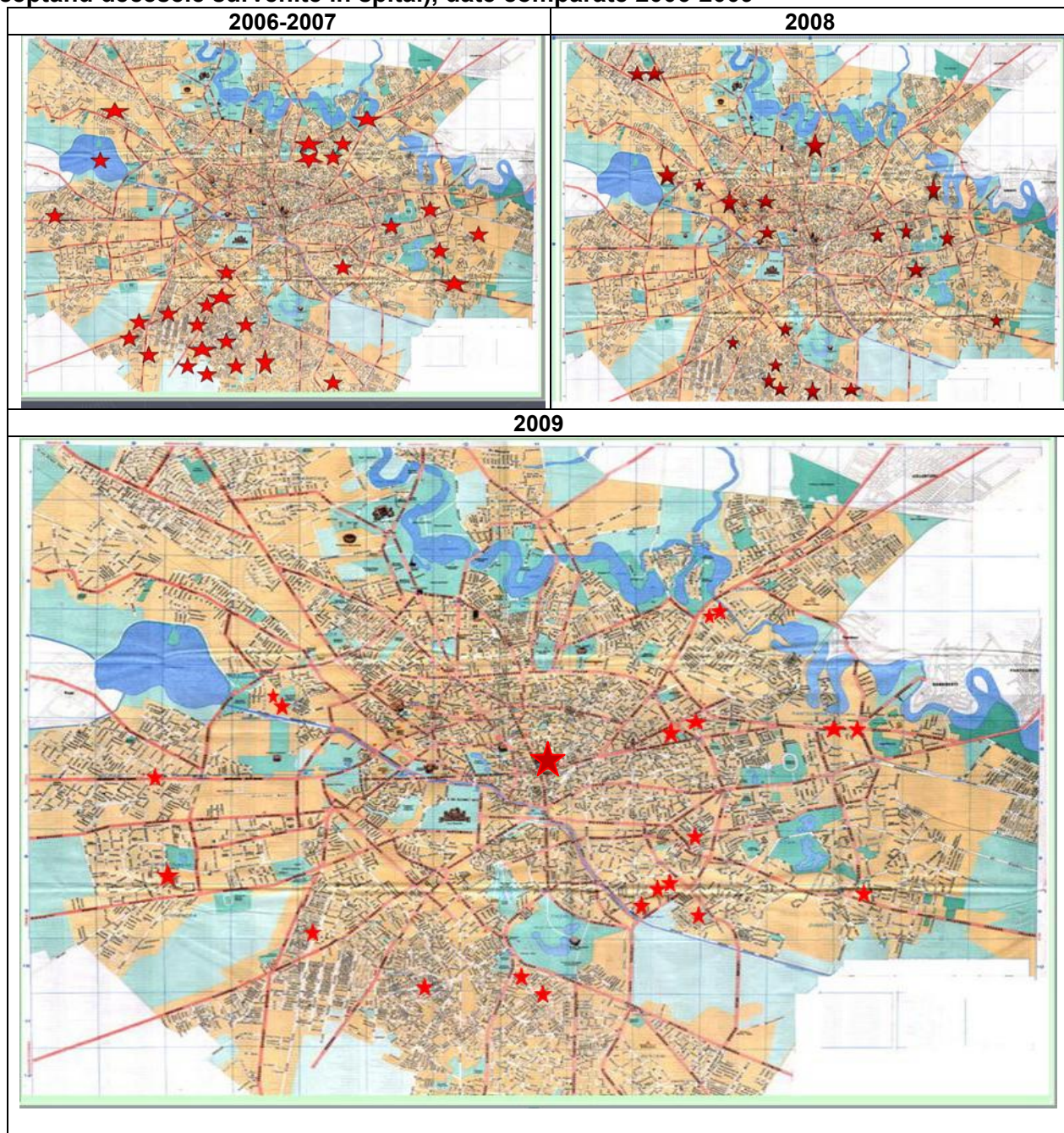
Grupa de vârstă	Anul	2007			2008			2009		
		masculin	feminin	total	masculin	feminin	total	masculin	feminin	total
15-19 ani		0	1	1	6	1	7	1	0	1
20-24 ani		11	0	11	7	1	8	8	0	8
25-29 ani		13	0	13	13	0	13	11	1	12
30-34 ani		7	0	7	2	0	2	10	0	10
35-39 ani		0	0	0	1	0	1	0	0	0
40-44 ani		0	0	0	2	0	2	0	0	0
45-49 ani		0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		31	1	32	31	2	33	31	1	32

Sursa: INML

În funcție de locul decesului, 16 persoane au decedat la domiciliu, 6 în locuri publice (stradă, lift, parc), 6 în alte locuințe, 4 în spitale - similar cu datele anilor trecuți.

¹²⁷ Vezi tabelul standard ST6

Harta nr. 6-3 - Distribuția geografică a locului de deces pentru cazurile înregistrate în București, (exceptând decesele survenite în spital), date comparate 2006-2009



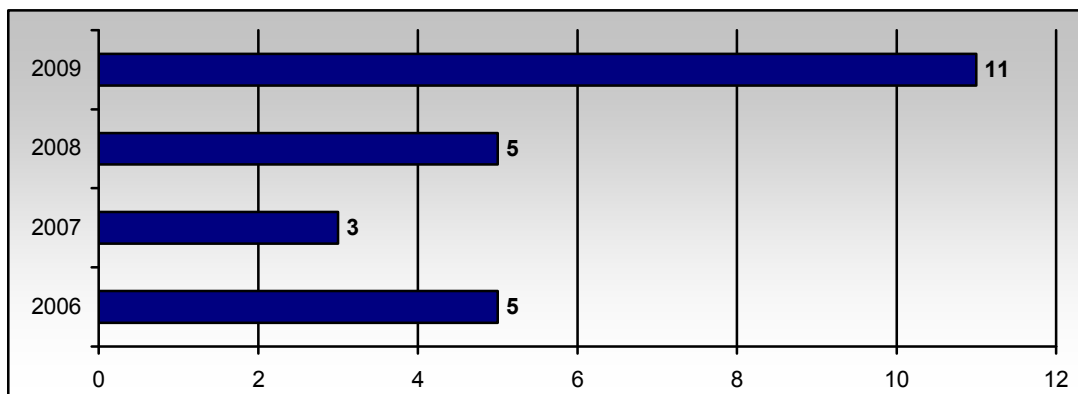
Sursa: INML București

Se remarcă o răspândire mult mai uniformă, comparativ cu anii trecuți, când zona Rahova-Ferentari aglutina mai mult de jumătate dintre cazuri.

În 15 cazuri a existat un istoric îndelungat de consum de droguri, antecedente cunoscute anterior obținute în cadrul datelor de anchetă, 4 fără antecedente de consum cunoscute, iar în 12 cazuri nu s-au putut obține informații viabile (dar în 8 cazuri au existat elemente care demonstau un consum îndelungat – stigmat de uz), 1 caz cu date certificate de tratament de substituție.

Cazurile de deces ce au implicat medicație de substituție – metadonă (decelată în 11 cazuri) – arată necesitatea controlului mai ferm al administrării acestui tratament – sub control direct sau sub formă lichidă (greu de vândut pe piața neagră).

Grafic nr. 6-26: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile decese asociate consumului de droguri, 2009



Sursa: INML București

În 23 de cazuri au fost decelate la examenul necropsic elemente susceptibile de a sugera consumul de droguri, unele cu valoare de marker-stigmat: în 11 cazuri s-a relevat prezența de tatuaje, 8 scleroză vasculară, 5 cicatrici corelabile stilului de consum al drogului, granuloame postinjecție cronică 2, cicatrici 14, casexie 4, piercing 1. Acest lucru confirmă că decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă – 7-9% în România pentru heroină) și, mai ales, la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, ce asociază stigmate generate de uzul cronic de droguri.

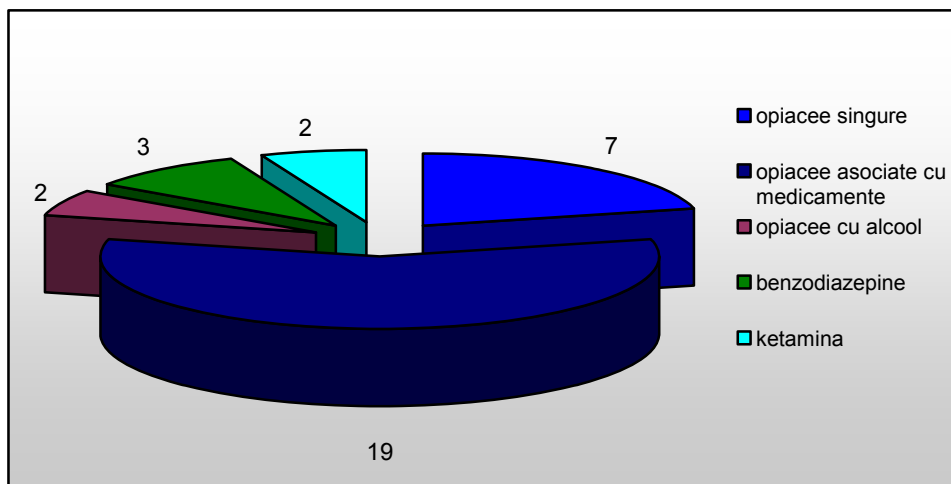
Calea de administrare a fost injectabilă intravenos în 26 de cazuri, în unul prizare - inhalare, în 2 intramuscular, iar în 3 cazuri nu s-a putut preciza calea de administrare (cazuri cu spitalizare prelungită ce a condus la estomparea elementelor sugestive pentru decelarea căii de pătrundere a toxicelor). Se întăresc datele studiilor largi ce arată că în România calea de consum a drogurilor este preponderent injectabilă (28 din cele 29 de cazuri decese asociate consumului de droguri a căror cale de pătrundere a stupefiantelor a fost cunoscută - 96% pentru anul 2009).

În 15 cazuri s-au identificat elemente ale paraphernalia descoperite la fața locului - 12 seringi, 2 plic cu sare de lămâie, 3 folii, 2 doze de stradă de heroină, capac sticla 21, blistere și recipiente medicamente 3, fiolă 3. Nu întotdeauna aceste corpuri delictive au fost puse la dispoziția toxicologilor. Examenul toxicologic al acestora a fost pozitiv în toate cazurile. În toate cazurile la care am avut la dispoziție și paraphernalia, rezultatele toxicologice din probele biologice recoltate de la cadavru au fost concordante cu cele de pe instrumentar. Acest lucru întărește necesitatea ca medicul legist să beneficieze de datele oferite de cercetarea criminalistică și toxicologică a elementelor paraphernaliei.

Cauza decesului a fost atribuită: în 7 cazuri intoxicației doar cu opiacee, în 2 cazuri – intoxicației cu opiacee combinate alcool, 7 cazuri - intoxicației cu opiacee cu benzodiazepine, 6 cazuri- intoxicației cu opiacee cu hipnotice (zolpidem și zopiclone), 1 caz - intoxicației cu opiacee cu benzodiazepine, antihistaminic și miorelaxant, 2 cazuri - intoxicației cu opiacee cu benzodiazepină și carbamazepină, 1 caz - intoxicației cu opiacee cu ketamina și diazepine, 1 caz - intoxicației cu opiacee cu carbamazepină, 2 cazuri - intoxicației cu benzodiazepine, 1 caz - intoxicației cu diazepine cu lidocaină, 2 cazuri-intoxicație cu ketamină.

Apare o restrângere a spectrului substanțelor întâlnite în combinațiile de droguri (au dispărut sedative, anxiolitice sau antipsihotice – posibil datorită creșterii farmaco-vigilenței și controlului la vânzarea din farmacia, dar și al celui al drogurilor ilegale) nu am întâlnit amfetamine, cocaină. Domină categoric intoxicațiile cu opiacee (81,25%), în creștere, comparativ cu anii trecuți, când procentul era în jurul valorii de 79% în anul 2008, 73% în anul 2007, respectiv 53% în anul 2006. Scade, în paralel, proporția medicamentelor deturnate de la uzul farmaceutic și folosite în scop psihoactiv.

Grafic nr. 6-27: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de tipul drogului asociat cauzei decesului, 2009

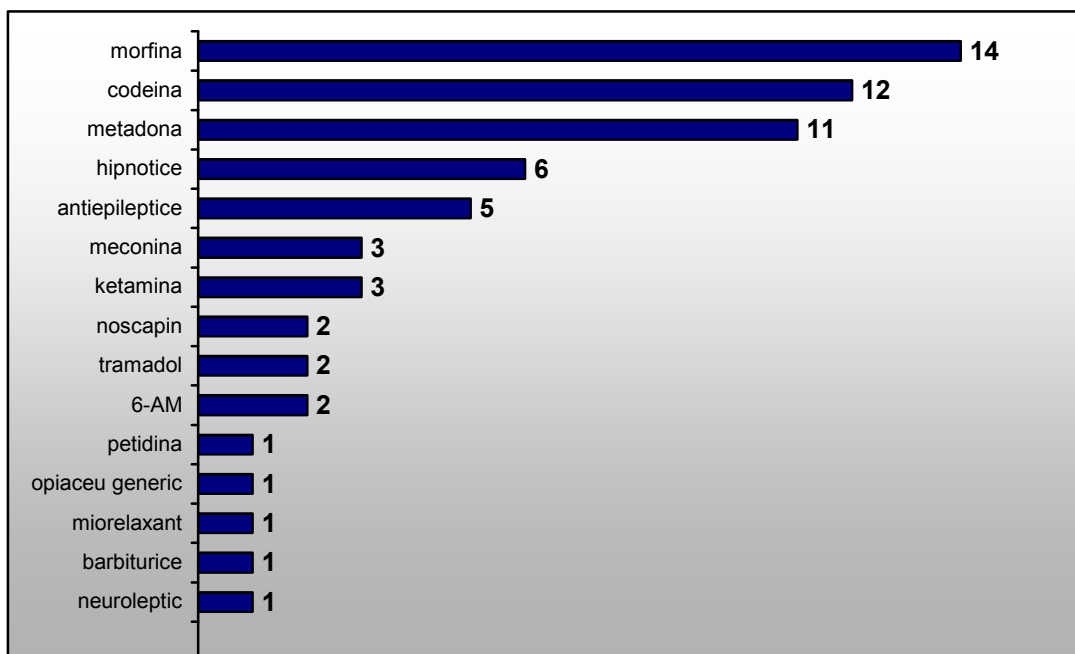


Sursa: INML București

În 17 cazuri concentrațiile toxicelor s-au situat în intervalul toxic-letal, iar în 15 cazuri asocierile pluritoxice au condus la deces, deși valorile decelate nu aparțin intervalelor de letalitate recunoscute – determinările cantitative toxicologice, un alt progres important al toxicologiei medico-legale românești, permit detecții și interpretări de finețe și nuanțate

Examenele toxicologice efectuate la INML București au relevat prezența de: opiacee la 28 cazuri (14 morfină, 12 codeină, 11 metadonă, 3 heroină, 3 meconină, 2 tramadol, 2 noscapină, 1 petidină), benzodiazepine – 15 detecții, antiepileptice – 5 detecții, barbiturice – 1 detecție, neuroleptice – 1 detecție, ketamină - 3 detecții, hipnotice non-barbiturice non-benzodiazepinice – 6 detecții¹²⁸.

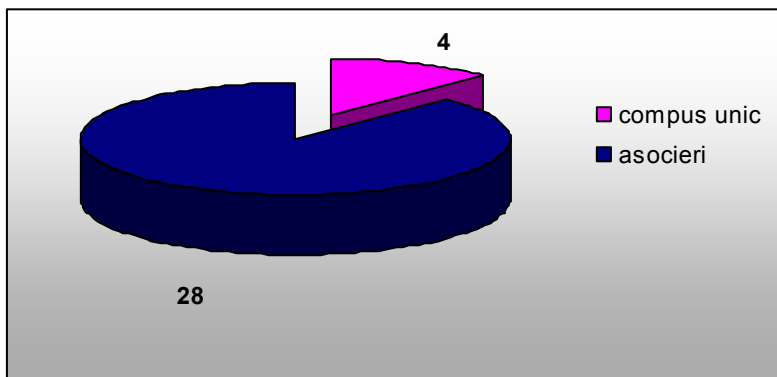
Grafic nr. 6-28: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2009



Sursa: INML București

¹²⁸ aceste substanțe au apărut în combinații variabile, în 4 cazuri fiind relevată doar o singură substanță (unul morfină, 2 ketamină și unul benzodiazepină)

Grafic nr. 6-29: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, compus unic sau în asociere, 2009



Sursa: INML București

Alcoolul a fost prezent în 2 cazuri, cu valori de 0,15 g ‰, respectiv 1,7 g ‰

Nu au fost declarate decese asociate consumului de droguri consecutive consumului de “droguri legale” – cazurile semnalate de media, organe de cercetare, aparținători etc. au avut de fiecare dată confirmarea toxicologică a consumului de droguri ilegale – medicamente, iar decesul a fost corelat consumului acestora din urmă.

În 19 cazuri nu s-au efectuat testări virusologice; în cazurile la care s-au făcut determinări virusologice: 5 au fost negative, 7 cazuri pozitive pentru HVC, unul pentru HVB (determinările s-au făcut ținând în calcul istoricul medical sau examenul anatomo-patologic erau sugestive).

Se confirmă prevalența ridicată a infecției cu HVC la persoanele consumatoare de droguri din România, concordant cu datele oferite de indicatorul boli infecțioase asociate consumului de droguri.

În cazul „substanțelor etnobotanice”, ca urmare a relatărilor apărute în presă cu privire la mai multe decese asociate consumului de astfel de substanțe, Agenția Națională Antidrog a organizat un grup de lucru privind posibilitățile de detecție a acestor substanțe în probele biologice cu participarea experților INML, ai secțiilor de toxicologie din cadrul unor spitale de urgență din București. Conform discuțiilor purtate, INML a identificat probleme de natură tehnică privind detectarea din probe biologice a substanțelor de tip cathinone și alte substanțe psihoactive prezente în așa numitele „plante etnobotanice”, din cauza concentrației infime a acestora în probele biologice analizate, a lipsei unui standard de lucru (eșantion martor), care nu există la ora actuală în România și a informației științifice insuficiente privind metodele de detecție a acestor substanțe. O altă problemă semnalată este lipsa colaborării, în unele cazuri, dintre polițistul de caz și medicul legist, astfel încât acesta din urmă nu intră în posesia *paraphernalia* identificate la locul decesului în cazul consumatorilor.

Dintre substanțele nou interzise au fost identificate anul trecut 5 cazuri de consum de ketamină, dintre care 2 soldate cu deces. Nu s-au evidențiat la analiză cazuri de intoxicație cu Mephedrone, deși au existat suspiciuni, semnalate de apropiați ai persoanelor supuse testelor.

6.3.2. MORTALITATEA ȘI CAUZELE DE DECES ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI (STUDII DE COHORTĂ)

Nu există date disponibile.

6.3.3. CAUZE SPECIFICE DE MORTALITATE INDIRECTĂ ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Au mai fost înregistrate 3 cazuri de deces la persoane consumatoare de droguri cunoscute, dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate (hepatite cronice acutizate, respectiv accident

vascular cerebral), nu cu intoxicația (cazuri cu așa zisa *cauzalitate indirectă* vis a vis de definiția decese asociate consumului de droguri).

Concluzii:

- Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri este în stagnare în ultimii 3 ani – posibil mai degrabă stabilizării tendinței de consum, precum și a capacităților de detecție de laborator și implementării algoritmilor de identificare-triaj-management medico-legal a acestor cazuri care reușesc să detecteze eficient cazuistica;
- Calea injectabilă rămâne cea predominantă, opiaceele reprezintă principalul drog detectat în analizele efectuate în cazul cadavrelor. Comparativ cu anii anteriori, calitatea datelor raportate de principalele instituții sursă pentru indicatorul decese asociate consumului de droguri a fost mult îmbunătățită, fapt ce a condus la creșterea numărului de decese raportate, asociată mai degrabă cu creșterea *vizibilității* acestor decese. Aplicarea algoritmului unitar de definire și recunoaștere a cazurilor de decese asociate consumului de droguri, managementul medico-legal algoritmat, colectarea și raportarea de date, conform protocolului inițiat în parteneriat cu ANA, precum și îmbunătățirea semnificativă a capacităților de detecție toxicologică, constituie principalele motive ce au condus la îmbunătățirea evaluării mortalității directe asociate consumului de droguri;
- Sesiunile de instruire, prezentările științifice repetate, schimburile de experiență încep să se dovedească utile prin identificarea unui număr crescut de cazuri, chiar în absența unor date de anchetă sugestive;
- Raportarea nu se mai rezumă doar la București, existând pentru prima oară o raportare unitară la nivel național, cu semnalarea de cazuri în alte 3 județe. Numărul scăzut al cazurilor din afara Bucureștiului lasă încă un semn de întrebare cu referire la posibilitatea recunoașterii – managementului corect al cazurilor de decese asociate consumului de droguri la nivel național.

Raportul anual al activității INML face o serie de recomandări cu privire la măsurile și activitățile necesare îmbunătățirii activității de colectare a datelor privind decesele asociate consumului de droguri. Dintre acestea, menționăm următoarele:

- 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
- Accelerarea demersurilor pentru implementarea propunerilor legislative deja făcute în vederea unificării metodologiei de raportare a deceselor asociate consumului de droguri
- Unificarea criteriologiei medico-legale de definire a decese asociate consumului de droguri
- Implementarea unui sistem informatic de colectare a datelor privind decesele asociate consumului de droguri
- Diseminarea internă și internațională a capacităților de management a cazurilor de decese asociate consumului de droguri din rețeaua medico-legală; în scopul uniformizării pe întreg teritoriul țării a calității detecțiilor toxicologice, deja s-au emis note metodologice către Serviciile Județene Medico-Legale arondate prin care s-au stabilit reguli și obligații de siguranță toxicologică ce trebuie respectate, conform achizițiilor academice câștigate în urma instruirilor intensive din proiect, precum și recomandări de transfer a probelor către aceste laboratoare performante în cazurile selecționate
- Facilitarea accesului medicilor legiști la reuniuni științifice, workshop-uri, schimburi de experiență în vederea uniformizării metodologiei din cazurile de decese asociate consumului de droguri
- Modificări procedurale pentru implementarea măsurilor care și-au dovedit eficiența – circuit de colectare – raportare date
- Stabilirea custodiei corpurilor delictive și/ sau a circuitului informațional privind rezultatele examenelor criminalistice, toxicologice etc.
- Actualizarea listei cu substanțe psihoactive cu regim special de eliberare farmaceutică sau al căror regim este incompatibil cu anumite activități
- Testarea toxicologică pe scară largă a deceselor de cauză traumatică.

Capitolul 7 - Răspunsuri privind consecințe asupra sănătății

7.1 PREVENIREA CAZURILOR DE URGENȚĂ ȘI REDUCEREA CAZURILOR DE DECES ASOCIAT CONSUMULUI DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

7.2 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI¹²⁹

Până în prezent, majoritatea intervențiilor de prevenire a bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, precum și o parte dintre cele de tratament substitutiv au fost susținute din fonduri internaționale (Fondul Global de Combatere a HIV/ SIDA, Tuberculozei și Malariei, UNODC), în special pentru programele derulate de organizații ne-guvernamentale. Încheierea în anul 2010 a programelor menționate anterior, corelată cu absența unor măsuri guvernamentale viabile, poate duce pe viitor la reducerea drastică a serviciilor de acest tip.

Deși prin Hotărârea de Guvern nr. 1.101/ 2008¹³⁰, a fost aprobat Programul de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri pentru perioada 2009-2012, în anul 2009, implementarea acestuia nu a fost posibilă. Programul prevede măsuri concrete de intervenție pentru completarea sistemului național de servicii de prevenire și asistență a consumatorilor de droguri (servicii de outreach, precum și finanțarea din fonduri publice a operaționalizării unor servicii specializate dezvoltate în sectorul neguvernamental). Chiar dacă, prin Legea bugetului de stat pe anul 2009, în bugetul Inspectoratului General al Poliției Române au fost repartizate fonduri în vederea finanțării programelor cuprinse în H.G. nr. 1101/2008, cadrul juridic existent nu a permis acordarea de finanțări organizațiilor ne-guvernamentale care intenționau implementarea de proiecte menite să asigure accesul consumatorilor de droguri la serviciile de reducere a riscurilor prin dezvoltarea de intervenții adecvate.

În anul 2009, a continuat implementarea Programului *Către Accesul Universal la Prevenirea, Tratamentul HIV/ SIDA și la Îngrijirea și Asistența socială pentru Persoanele Vulnerabile și Populațiile Defavorizate*, finanțat de Fondul Global de Luptă HIV/ SIDA, Tuberculozei și Malariei. Unul dintre cele trei obiective ale Programului a fost reprezentat de extinderea intervențiilor de prevenire în rândul grupurilor vulnerabile și asigurarea de servicii care pot reduce riscul infectării cu HIV. Conform Raportului Anual pentru anul 2009¹³¹, elaborat de *Fundația Romanian Angel Appeal* (în calitate de Primitor Principal al fondurilor), proiectele de prevenire adresate grupurilor vulnerabile (CDI, SWs, MSM, populația rromă, copii străzii), au vizat îmbunătățirea stării de sănătate a acestora, în vederea adoptării unor comportamente sexuale sănătoase și creșterii accesului la serviciile medicale și sociale adecvate în vederea scăderii riscului de răspândire a HIV. În cazul consumatorilor de droguri injectabile, beneficiarii au fost selectați din patru județe ale României (București, Ilfov, Dolj, Timiș), cu vârsta cuprinsă între 16 și 28 ani. În general, aceștia aveau o stare de sănătate precară, abandonaseră școala, motiv pentru care nivelul lor educațional este scăzut, erau șomeri și fuseseră încarcerați frecvent.

Servicii și activități:

- schimb de seringi – prin intermediul activităților de teren (*outreach*), dar și în centre fixe (clinici de tip *low threshold*);
- consiliere psihosocială – disponibilă în cadrul centrelor fixe;
- instruire educatori selectați din rândul CDI (*peer*);
- referire către servicii medicale și psihosociale;
- distribuire de prezervative în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe;

¹²⁹ Vezi tabelul standard ST10

¹³⁰ Hotărârea de Guvern nr. 1.101 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri – 2009 - 2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 30 septembrie 2008);

¹³¹ *Romanian Angel Appeal*, Annual report HIV/AIDS round 6, grant

- distribuire de materiale informative în timpul sesiunilor de teren;
- consiliere și testare HIV în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe; clienții cu rezultat pozitiv la test sunt referiți pentru confirmare în centre specializate;
- vaccinare HVB/HVC în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe;
- *lobby* și *advocacy* (prin intermediul conferințelor, workshop-urilor, comunicatelor de presă) în vederea creșterii accesului CDI la serviciile de prevenire: prevenirea transmiterii HIV/HVB/HVC, acces la echipament de injectare steril.

Astfel de activități au fost implementate și în cadrul proiectelor finanțate prin intermediul programului *Prevenirea și asistența HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în comunitate și în penitenciarele din România*, derulat cu sprijinul asistenței tehnice și financiare oferite de către Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, România.

Principalele rezultate ale proiectelor de schimb de seringi implementate cu finanțare UNODC/ Fondul Global de Luptă HIV/ SIDA, Tuberculozei și Malariei:

- 9.417 CDI incluși în programele de prevenire a HIV/SIDA;
- 1.730.776 seringi distribuite¹³².

Implementatori: Asociația Română Anti SIDA (ARAS), Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniei (ALIAT), INTEGRATION, SAMUSOCIAL, PARADA, SASTIPEN.

Dificultățile întâmpinate la implementarea programului în județele Dolj și Timiș, au fost legate pe de o parte de lipsa accesului CDI la serviciile de sănătate: mulți consumatori de droguri injectabile nu au acte de identitate, nu au asigurare medicală și nici posibilitatea de a avea acces la facilitățile medicale precum: confirmarea ELISA pentru un rezultat pozitiv la o testare rapidă pentru infecția HVC, tratamentul pentru HVC, testarea și tratamentul pentru alte boli cu transmitere sexuală. Pe de altă parte, în ciuda numeroaselor rapoarte (prezentate de: poliție, ONG-uri locale, declarații ale martorilor sau ale altor utilizatori de droguri, etc), potrivit cărora există un fenomen local în județele Dolj și Timiș în ceea ce privește consumul de droguri injectabile, echipele de *outreach* au avut serioase dificultăți în a-i depista pe CDI din orașele Craiova (județul Dolj) și Timișoara (județul Timiș).

Pentru a decela asupra măsurilor de prevenire a consecințelor consumului de droguri asupra sănătății, s-a procedat la identificarea tendințelor înregistrate în comportamentele de consum manifestate de CDI, prin compararea rezultatelor a două studii¹³³ efectuate în anul 2009 în București:

Tabel nr. 7-1: Rezultate comparate ale celor două studii efectuate în anul 2009 asupra consumatorilor de droguri injectabile din București privind comportamentul de consum

	Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi STUDIUL 1	Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI STUDIUL 2
Vârsta de debut în consumul injectabil	Vârsta medie la debutul injectării a fost 19 ani. 59,5% dintre CDI investigați au avut debutul injectării la vârste de peste 18 ani, 6,4% din respondenți și-au injectat pentru prima dată droguri la vârste cuprinse între 9 și 13 ani, în timp ce 33,5% dintre ei au făcut-o la vârste cuprinse între 14 și 17 ani ¹³⁴ . În ceea ce privește relația dintre nivelul de educație și vârsta la debutul injectării, 43,1% dintre CDI erau minori și nu finalizaseră școala gimnazială, iar 59,3% dintre CDI erau majori la debutul injectării;	Vârsta medie la debutul injectării a fost 20 ani. 58% dintre CDI din București au început injectarea de droguri la vârste de peste 18 ani; 7% din respondenți și-au injectat pentru prima dată droguri la vârste cuprinse între 8 și 13 ani, iar 35% dintre ei au făcut-o la vârste cuprinse între 14 și 17 ani. Există diferențe statistice semnificative în ceea ce privește nivelul de educație și statusul serologic la infecția cu HVC, în funcție de vârsta la debutul injectării: 58% dintre CDI erau minori și nu finalizaseră școala gimnazială, în timp ce 46% dintre ei aveau vârste peste 18 ani; 88% dintre cei care au

¹³² Vezi Tabelul Standard nr. 10 – Disponibilitatea seringilor

¹³³ Descrierea metodologică se regăsește în sub-capitolul 6.1.2 Studii privind prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri

¹³⁴ Diferențele până la 100% reprezintă procentul celor care nu au răspuns

	<p>În ceea ce privește prevalența la infecția cu HVC, se constată următoarele diferențe: 86,9% dintre cei care au început injectarea la vârste minore au fost depistați pozitiv, în timp ce dintre cei care au început injectarea la vârste majore, 72,1% au avut status pozitiv la testarea HVC.</p> <p>Există diferențe semnificative între cele două sexe, în ceea ce privește vârsta la debutul injectării: ($\chi^2(1) = 12,691, d=1; p=0,00<0,05, \phi = 0,193$ pentru $p = 0,000$), fetele având, în proporție mai mare, vârsta de debut după împlinirea vârstei de 18 ani.</p> <p>(75,3% dintre CDI de sex feminin au început injectarea după 18 ani, față de 54% dintre CDI de sex masculin)</p>	<p>Început injectarea la vârste minore au fost depistați pozitiv față de HVC, în timp ce 79% au avut status pozitiv la testarea HVC dintre cei care au început injectarea la vârste majore.</p> <p>Nu există diferențe semnificative între cele două sexe, în ceea ce privește vârsta la debutul injectării</p>
Istoricul de consum	<p>74,4% dintre CDI au un istoric de injectare de peste 5 ani, în timp ce doar 8,1% dintre CDI au un istoric de injectare mai mic de 2 ani.</p> <p>Cele mai mari rate ale prevalențelor HVB, HVC și HIV, s-au înregistrat în rândul consumatorilor cu un istoric de injectare cuprins între 5 și 10 ani (1,6% - HVB, 88,1% - HVC, respectiv 0,5% pentru HIV). În proporție covârșitoare, CDI depistați pozitiv la infecțiilor cu HVB, HVC sau HIV au un istoric de injectare de peste 5 ani (100% HIV, 100% HVB, 83,1% HVC).</p>	<p>Șapte din zece (69%) au un istoric de injectare de peste 5 ani, în timp ce doar 4% dintre CDI au un istoric de injectare mai mic de 2 ani.</p>
Frecvența consumului	<p>44,6% dintre CDI nu s-au injectat în ultima săptămână anterioară interviului. Mai mult de o treime dintre ei (35,2%) s-au injectat de 2 sau 3 ori în ultima zi și o proporție mică (8,4%) s-au injectat de 4 sau 5 ori. Peste jumătate dintre CDI (51,7%) s-au injectat o singură dată pe zi, iar o proporție redusă dintre CDI (4,1%) și-au administrat cel puțin 6 doze pe zi.</p>	<p>Doar o mică parte dintre CDI (5%) nu s-au injectat în ultima săptămână anterioară interviului. Mai mult de jumătate dintre ei (53%) s-au injectat de 2 sau 3 ori în ultima zi și o proporție relativ redusă (19%) s-au injectat de 4 sau 5 ori. Unul din patru CDI (26%) s-au injectat o singură dată pe zi, iar o proporție mică dintre CDI (2%) și-au administrat cel puțin 6 doze pe zi.</p>
Practici de consum	<p>La injectările efectuate în ultimele 12 luni anterioare interviului, 59,2% dintre CDI au declarat utilizarea de ace/ seringi folosite anterior de o altă persoană.</p> <p>79,1% dintre respondenți au declarat utilizarea în comun a diferitelor ustensile necesare pentru prepararea sau administrarea drogurilor, precum: recipientul pentru a clăti seringi înainte de injectare, filtre/ vată, seringi gata umplute cu substanța pentru injectare, fiole, dopuri de platic. Dintre acestea, cel mai des sunt împrumutate recipientele și filtrele (19,5%) și recipientele, filtrele și seringile (18,5%), iar seringile au fost folosite în comun de 37,2% dintre CDI</p>	<p>La ultima injectare, 15% dintre CDI au declarat utilizarea de seringi folosite anterior de o altă persoană. Marea majoritate a CDI (92%) au utilizat seringi de 1 ml cu ac fix (tip insulină), în timp ce doar 6% dintre respondenți au declarat utilizarea de seringi cu capacitate de 2-10 ml și cu ac detașabil. O proporție foarte mică dintre CDI (2%) au declarat utilizarea seringilor atât a celor cu ac fix, cât și a celor cu ac detașabil.</p> <p>CDI care utilizează seringi sterile sau doar propriul echipament de injectare au fost încadrați în categoria celor cu comportament cu risc scăzut, în timp ce cei care obișnuiesc împrumutarea echipamentului de injectare au fost încadrați la risc înalt. Dintre cei considerați cu comportament cu risc înalt, 87% folosesc seringă utilizată de prieteni sau apropiați, iar 13% folosesc seringă de la persoane necunoscute.</p>
Metode de procurare a echipamentului de injectare	<p>82,9 % dintre CDI au raportat cumpărarea/ primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacia sau prin programele de schimb de seringi (centre fixe sau din teren)</p>	<p>La ultima administrare a drogului, 85% dintre CDI au declarat cumpărarea/ primirea echipamentelor sterile de injectare de la farmacia sau prin programele de schimb de seringi.</p>
Prevalența infectării cu HIV, HVB, HVC în funcție de utilizarea de echipamente de injectare în comun	<p>Prevalență crescută a celor care au utilizat seringi/ ace în comun în ultimele 12 luni anterioare interviului, comparativ cu cei care nu obișnuiesc acest lucru. Dintre cele trei tipuri de infecții testate, infecția cu virusul HVC înregistrează prevalența cea mai ridicată (81,2%) în rândul celor care utilizează echipamente de injectare în comun, fiind urmată de infecția cu virusul hepatic HVB (1,5%) și de infecția cu HIV (0,5%).</p>	<p>Dintre CDI care obișnuiesc să utilizeze echipamente de injectare în comun cu alți utilizatori, 96% sunt pozitivi față de infecția cu HVC și nici unul pozitiv pentru infecția cu HVB și/ sau HIV. Având în vedere obiceiurile de împrumutare a echipamentelor de injectare, acest grup pare a fi cel mai expus la infecțiile cu HIV și HVB, în momentul apariției primelor cazuri de infecție.</p>

Comportament sexual		Majoritatea respondenților (91%) au avut o viață sexuală activă în ultimele 12 luni. Dintre aceștia, 61% au avut un singur partener, în timp ce 39% au avut mai mulți parteneri sexuali. Mai mult de 3 sferturi dintre CDI activi sexual (76%) au avut cel puțin un contact sexual în ultima lună. 73% dintre respondenți au avut un partener sexual stabil. La ultimul contact sexual, 18% dintre CDI cu partener sexual stabil au declarat utilizarea prezervativului. Totodată, dintre CDI cu partener sexual stabil, 40% au declarat că partenerul său obișnuiește să-și injecteze droguri. La ultimul contact sexual avut, 82% dintre cei care au declarat că partenerul lor obișnuiește să-și administreze droguri injectabile nu au utilizat prezervativ cu partenerul sexual stabil, iar 52% nu s-au protejat la contactele sexuale avute cu partenerii ocazionali. Din acest punct de vedere există diferențe semnificative între sexe: 79% dintre femei sunt în relație sexuală stabilă cu un consumator de droguri injectabile, față de numai 27% dintre CDI bărbați, care au parteneră sexuală stabilă consumatoare de droguri injectabile. Doar 13% dintre CDI (12% bărbați, 14% femei) au întreținut relații sexuale în schimbul banilor, drogurilor sau altor bunuri. Dintre aceștia, 19% au utilizat prezervativul la contactele sexuale avute cu partenerii stabili sau cu cei ocazionali, față de 17% CDI din toată populația investigată, care au utilizat prezervativul.
Gradul de informare asupra riscurilor de infectare cu HIV	99,1% dintre CDI au auzit vreodată de HIV sau de SIDA, în schimb doar 7,6% au cunoștințe corecte cu privire la modalitățile de prevenire a transmiterii HIV, acceptând afirmațiile adevărate din chestionar și respingându-le pe cele eronate	Doar 6% dintre consumatorii de droguri injectabile au cunoștințe corecte cu privire la modalitățile de prevenire a transmiterii HIV, respingând afirmațiile eronate din chestionar.
Accesul la servicii de tratament	68,6% dintre respondenți au fost înscriși în ultima perioadă într-un program de tratament pentru consumul de droguri, 32,6% au fost beneficiari ai unui program de schimb de seringi, iar 13,4% au apelat la asistența medicală de urgență.	Mai mult de jumătate dintre respondenți (53%) au fost înscriși în programe de schimb de seringi, peste o treime (35%) au fost în contact cu un medic de familie și 38% au primit asistență medicală de urgență. Mai puțin de 20% dintre CDI au accesat unul dintre serviciile de tratament.

Sursa: ANA/IGPR și Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC România

Concluzii:

Între cele două eșantioane studiate (unul constituit din CDI recrutați non-probabilistic din centre de tratament, iar celălalt constituit din CDI recrutați aleator, pe baza tehnicii *Respondent driven sampling*, RDS) se constată următoarele:

- În ceea ce privește sexul și vârsta la debutul consumului, se constată că există diferențe semnificative între cele două eșantioane: în studiul 1, există diferențe între sexe în ceea ce privește vârsta la debutul injectării, de regulă fetele debutând în consum după vârsta majoratului (75,3% dintre CDI de sex feminin au început injectarea după 18 ani, față de 54% dintre CDI de sex masculin), în timp ce în studiul 2, nu există diferențe semnificative între cele două sexe, în privința acestui aspect.
- Există diferențe în ceea ce privește proporția CDI care au un istoric de injectare mai mic de 2 ani (8,1% în studiul 1 și 4% în studiul 2).
- În ceea ce privește frecvența consumului, diferențele între rezultatele celor două studii sunt mult mai evidente, înregistrându-se pe ansamblu o frecvență mult mai mare la CDI incluși în eșantionul studiului 2 (în studiul 2, 53% s-au injectat de 2 sau 3 ori în ultima zi, față de 35,2% în studiul 1, 19% s-au injectat de 4 sau 5 ori, față de 8,4%, 26% s-au injectat o singură dată pe zi, față de 51,7%, în timp ce 5% nu s-au injectat în ultima săptămână anterioară interviului, față de 44,6% câți au declarat acest lucru în studiul 1).

- Deși în proporție covârșitoare (99,1%, conform studiului 1) CDI care au auzit vreodată de HIV sau de SIDA, în ambele studii se constată un grad redus de informare a CDI asupra riscurilor de infectare cu HIV (în studiul 1 - 7,6% au cunoștințe corecte cu privire la modalitățile de prevenire a transmiterii HIV, iar în studiul 2 - 6%).
- Față de accesul la serviciile de tratament, se constată diferențe semnificative între cele două eșantioane, care ar putea fi relaționate și cu tehnica de eșantionare: într-o proporție mai mare, CDI din eșantionul studiului 1, au fost înscriși în ultima perioadă într-un program de tratament pentru consumul de droguri (68,6%, față de 20%, în studiul 2), în timp ce eșantionul studiului 2 a fost constituit în proporție de peste jumătate din beneficiari ai programelor de schimb de seringi (53%, față de 32,6%, în studiul 1). De asemenea, lotul studiului 2 este format din CDI care au apelat într-o proporție mai mare la asistență medicală de urgență, spre deosebire de lotul studiului 1 (38%, față de 13,4%)
- Deși între cele două eșantioane studiate, apar diferențe semnificative la prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri (la toate cele trei tipuri de infecții testate – infecția cu virusul hepatitei C, infecția cu HVC și infecția cu HIV, prevalențele sunt mai mici pentru CDI recrutați din exclusiv din centrele de tratament, față de grupul de consumatori selectat pe baza RDS), se constată o prevalență mai mare a celor care au utilizat seringi/ ace în comun în ultimele 12 luni anterioare interviului pentru infecția cu virusul hepatitei B (1,5% în studiul 1, față de 0% în studiul 2) și pentru infecția cu HIV (0,5% în studiul 1, față de 0% în studiul 2).
- În ceea ce privește riscurile induse de comportamentul sexual, deși studiul 1 nu prezintă rezultate în acest sens (chestionarul nu a inclus întrebări referitoare la acest aspect), se constată, potrivit studiului 2, că există o proporție relativ mică de CDI care obișnuiesc utilizarea prezervativului (17% dintre respondenți au declarat utilizarea prezervativului la ultimul contact sexual, avut fie cu partenerul sexual principal, fie cu parteneri sexuali ocazionali). Mai îngrijorător este însă faptul că, dintre cei care au declarat că partenerul lor sexual este consumator de droguri injectabile, 82% nu au utilizat prezervativ cu partenerul sexual stabil, iar 52% nu s-au protejat la contactele sexuale avute cu partenerii ocazionali.

Recomandări:

- Având în vedere gradul redus de informare a CDI asupra riscurilor de infectare cu HIV, precum și comportamentul sexual identificat în rândul acestora, se recomandă organizarea de campanii de informare cu privire la modalitățile de prevenire a transmiterii HIV, a infecției HVB și a celei HVC, atât în rândul populației generale, dar mai ales în rândul consumatorilor de droguri injectabile
- Dată fiind proporția foarte ridicată în rândul CDI selectați pe baza RDS, care au apelat la asistență medicală de urgență, ar fi necesar ca programele de prevenire adresate CDI, în special celor care nu se adresează serviciilor de tratament, să includă și acordarea de servicii medicale de urgență prin intermediul lucrătorilor stradali implicați.

7.3 INTERVENȚII ÎN CAZUL ALTOR CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

Capitolul 8 - Corelații sociale ale consumului de droguri și măsuri de reintegrare socială

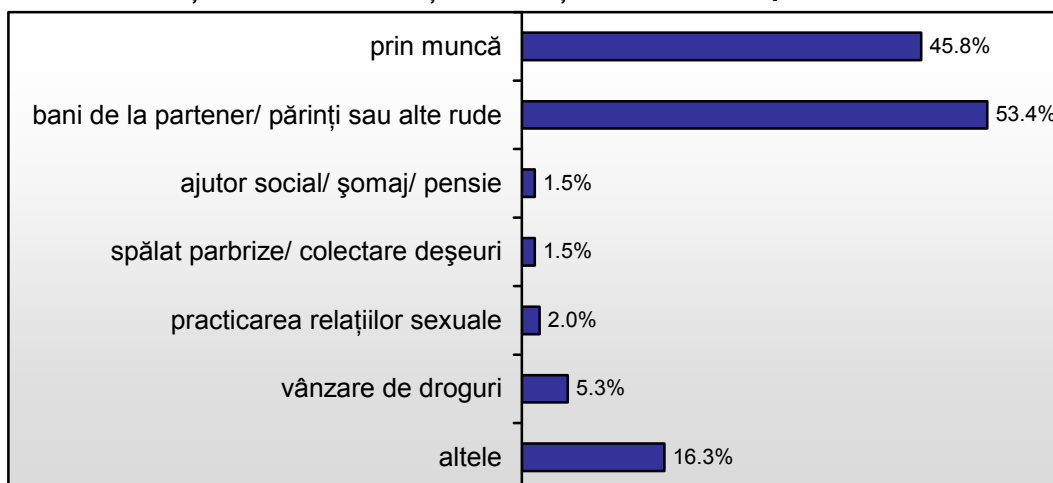
8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ

8.1.1 EXCLUDEREA SOCIALĂ ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

Conform *Studiului privind prevalența infecțiilor HIV și/ sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi*¹³⁵ în ceea ce privește statusul socio-profesional al CDI intervievați, aproximativ 50% dintre ei sunt fără ocupație, în jur de 30% sunt angajați cu contract de muncă pe perioadă determinată sau nedeterminată, iar 11,37% lucrează fără forme legale.

Principala modalitate de obținere a veniturilor în ultimele 12 luni, în rândul consumatorilor de droguri injectabile intervievați, a fost sprijinul material acordat de partener/ părinți sau rude (53,55%), urmată de venituri salariale 45,77%, apoi de practicarea relațiilor sexuale – 2,04%, vânzarea de droguri- 5,25%, alte modalități - 16,33% etc.

Graficul nr. 8-1: Distribuția CDI intervievați, în funcție de sursa de procurare a banilor, 2009 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Într-o zi obișnuită de consum, un CDI alocă în medie pentru procurarea drogurilor o sumă de 163 lei, cel mai frecvent fiind alocați zilnic câte 100 lei (28,3% dintre CDI se află în această situație).

Datele studiului *Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI*¹³⁶ confirmă tendința potrivit căreia în rândul CDI din București se înregistrează o rată scăzută de participare la sistemul educațional, respectiv o rată ridicată a șomajului. Aceeași concluzie reiese și din rezultatele înregistrate în cadrul Studiului privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi, realizat în 2009.

¹³⁵ Descrierea metodologică se regăsește în sub-capitolul 6.1.2 Studii privind prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri

¹³⁶ Idem

Tabel nr. 8-1: Repartiția subiecților, în funcție de statutul educațional (%)

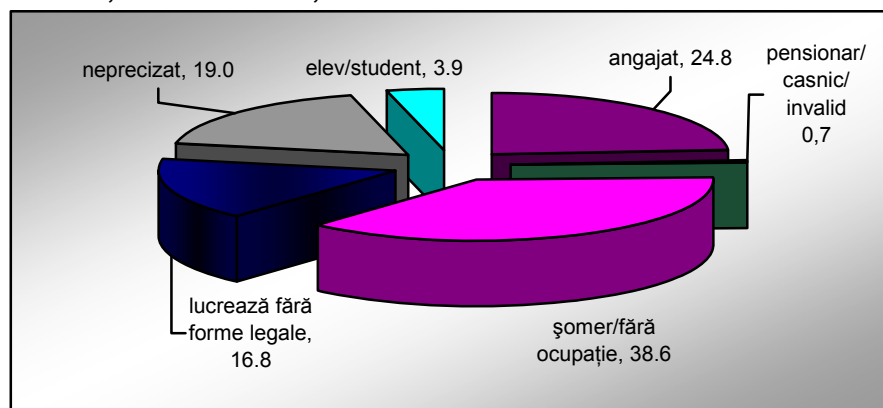
	<i>Studiu privind prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi</i>	<i>Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI</i>
Fără educație	3,5	9
Școală primară (1-4)	11,3	33
Școală elementară (5-8)	44,8	39
Liceu	37,8	10
Studii superioare	2,6	9

Sursa: ANA/IGPR și Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI, UNODC Romania

La momentul interviului, 2 din 10 respondenți nu aveau acte de identitate, neputând astfel beneficia de serviciile de asistență (29% dintre bărbați și 8% dintre femei aveau un loc de muncă la data interviului).

Datele CDI înregistrați la nivelul serviciilor, în centrele ambulatorii relevă următoarele:

Graficul nr. 8-2: Distribuția CDI, în funcție de statutul profesional (%)

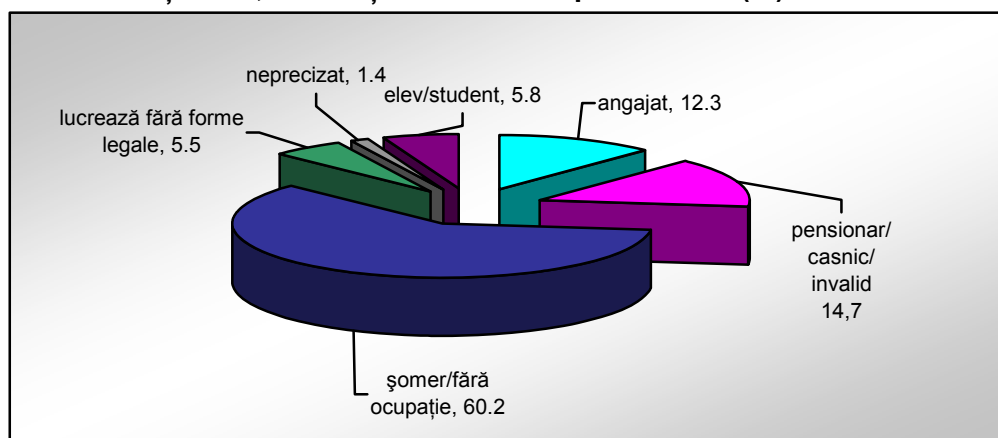


Sursa: ANA/IGPR

Se observă rata mare a șomajului 38%, precum și cea a muncii la negru 17% în rândul CDI înregistrați la nivelul serviciilor în ambulator.

În cazul celor aflați în tratament ca urmare a consumului de droguri, pe baza datelor obținute la momentul înregistrării, se confirmă faptul că aceștia fac parte dintr-o populație exclusă social: 60,20% dintre consumatorii de droguri înregistrați nu aveau un loc de muncă sau o ocupație.

Graficul nr. 8-3: Distribuția CDI, în funcție de statutul profesional (%)



Sursa: ANA/IGPR

La nivel național, au fost organizate campanii de prevenire a marginalizării și excluziunii sociale pentru categoriile de tineri considerate vulnerabile. Printre organizatori, se pot menționa, atât instituții guvernamentale, cum ar fi Ministerul Administrației și Internelor (MAI), împreună cu rețeaua de instituții din subordine, inclusiv Agenția Națională Antidrog (ANA), Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului (MECTS), împreună cu rețeaua instituțiilor de învățământ, cât și reprezentanți ai organizațiilor nonguvernamentale, precum: Fundația INTEGRATION, Asociația Română Anti SIDA (ARAS), Fundația Alături de Voi.

În anul 2009, Agenția Națională Antidrog, prin cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog și 5 Centre de Asistență Integrată în Adicții, a oferit un număr de 433 ședințe de asistență socială în scopul reinsertiei sociale a consumatorilor de droguri aflați la tratament. Deși nu există o statistică defalcată pe tipuri de activități, reinsertia socială a consumatorilor de droguri, ca obiectiv final, este bazată pe trei criterii, definite în cadrul standardelor de asistență socială acordată consumatorilor de droguri, adoptate și puse în practică de centrele ANA:

- Face parte dintr-un plan global care înțelege abordarea aspectelor biologice, psihologice și sociale ale problemei și intervenția asupra individului, mediului acestuia și comunității.
- Trebuie să se sprijine pe resursele personale și sociale ale subiectului, achiziționate în prealabil, recuperate sau potențiale.
- Agenții, resursele, serviciile comunitare și participarea activă a cetățenilor sunt indispensabile pentru orice acțiune de socializare.

Ariile de intervenție în procesele de reinsertie sunt:

1. Personal și social. Achiziționarea de norme de coabitare, întărirea atitudinilor pozitive față de persoanele neconsumatoare și promovarea utilizării resurselor comunitare.
2. Formare profesională. Dezvoltarea și îmbunătățirea cunoștințelor și tehnicilor profesionale.
3. Angajare. Căutarea și obținerea unui serviciu remunerat
4. Educativ și cultural. Obținerea unui nivel educativ, cultural și ludic, suficient pentru a înțelege și participa la viața socială.
5. Stabilizarea situației juridice penale și civile.
6. Intervenție comunitară. Coordonarea, sprijinul tehnic și colaborarea cu entități publice și de inițiativă socială. Întărirea serviciilor sociale comunitare.

¹³⁷ Vezi chestionarul structurat SQ28

Capitolul 9 – Infraționalitatea la regimul drogurilor, prevenirea infraționalității la regimul drogurilor și sistemul penitenciar

Alături de specialiștii Ministerului Public, Inspectoratului General al Poliției Române, Administrației Naționale a Penitenciarelor, Direcției de Probațiune și cu sprijinul unor specialiști olandezi, Agenția Națională Antidrog (ANA) a participat la implementarea unui proiect finanțat de Ambasada Olandei, prin MATRA FLEX.

Scopul proiectului: configurarea unui *sistem național integrat pentru reabilitarea consumatorilor dependenți de droguri care au săvârșit fapte penale*, urmărindu-se stabilirea, la nivel național, a unui sistem coerent de proceduri, politici și măsuri pentru dezvoltarea unor alternative la pedeapsa cu închisoarea, în conformitate cu tendințele europene actuale.

Perioada de desfășurare: 2009-2011; în anul 2009, s-a elaborat proiectul unui ghid/ manual de proceduri specifice.

Metodologic, această secțiune a raportului analizează indicatorii privind infraționalitatea asociată la regimul juridic al drogurilor, structurați pe număr de cauze penale și persoane cercetate/ condamnate, în contextul celor trei faze ale procesului penal: **faza de urmărire penală** realizată de către procurori și organele de cercetare penală și prin care se urmărește strângerea probelor necesare cu privire la existența infracțiunilor, la identificarea făptuitorilor și la stabilirea răspunderii acestora, **faza de judecată** realizată de către instanțele de judecată și **faza de punere în executare a hotărârilor judecătorești** de condamnare rămase definitive.

Datele disponibile privind faza de urmărire penală utilizate în acest raport au fost furnizate de Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT), comparativ cu anul anterior când se colectau și procesau date furnizate de Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe operative a Inspectoratului General al Poliției Române.

9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR

9.1.1 INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR („ARESTĂRI”/ PROCESE VERBALE DE CONSTATARE A TRAFICULUI/ PRODUCȚIEI/ CULTIVĂRII ETC.)

A. SITUAȚIA DOSARELOR PENALE SOLUȚIONATE DE CĂTRE PARCHETE PENTRU COMITEREA DE INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR ȘI PRECURSORILOR

Conform datelor furnizate de Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, pe parcursul anului 2009, formațiunile de profil din cadrul Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție și a parchetelor de pe lângă cele 15 curți de apel, au soluționat 2.906 cauze penale privind comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, față de 2.575 astfel de cauze soluționate în anul precedent, înregistrându-se deci o creștere cu 12,85%.

Din totalul de 2.906 cauze soluționate, 2.904 cauze au avut ca obiect săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

Cauzele penale soluționate pentru comiterea de infracțiuni la Legea nr. 143/ 2000 au avut ca obiect operațiunile de cultivare, producere, vânzare, distribuire, cumpărare și deținere fără drept a drogurilor (art.2), în proporție de 28,3% (823 cauze penale). Dintre acestea, 241 cauze (29,3%) au fost cu soluție de trimitere în judecată, 316 cauze (38,4%) cu soluție de neîncepere a urmăririi penale, iar 266 cauze (32,3%) cu scoatere de sub urmărire penală (211 fiind cu soluție de scoatere de sub urmărire penală conform art. 18¹ Cod penal)¹³⁸.

Pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor, conform OUG. nr. 121/ 2006, aprobată prin Legea nr. 186/2007, au fost soluționate 2 cauze penale, ambele cu scoatere de sub urmărire penală.

¹³⁸ Vezi tabel standard nr.11

Analizând distribuția teritorială a cauzelor soluționate de către serviciile teritoriale, se constată o concentrare a acestora la nivelul serviciilor teritoriale București (2.141 cauze penale), Constanța (126 cauze penale), Craiova (79 cauze penale) și Cluj (75 cauze penale).

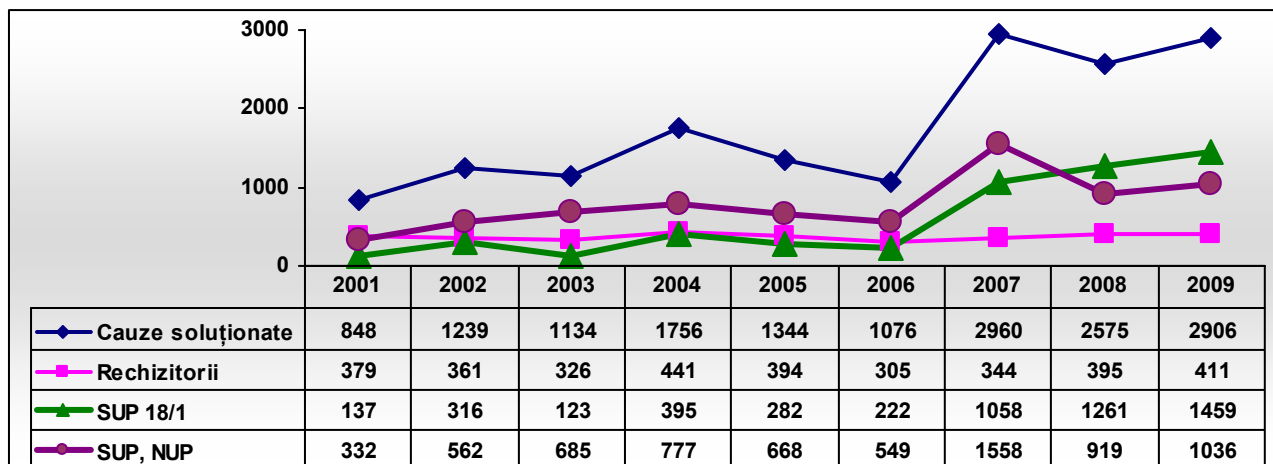
Tabel nr. 9-1: Distribuția teritorială a cauzelor soluționate de către serviciile teritoriale¹³⁹, date comparate 2008-2009 (nr. cauze penale)

Serviciul teritorial	Cauze soluționate							
	2008				2009			
	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/NUP	Total	Rechizitorii	SUP 18 ¹	SUP/NUP	Total
Alba Iulia	10	5	21	36	12	17	25	54
Bacău	11	5	17	33	10	10	10	30
Brașov	13	3	20	36	17	6	22	45
București	175	1.085	621	1.881	184	1.258	699	2.141
Cluj	13	24	9	46	25	21	29	75
Constanța	27	55	35	117	24	56	46	126
Craiova	25	12	43	80	18	18	43	79
Galați	14	4	12	30	14	0	20	34
Iași	8	28	15	51	12	18	17	47
Oradea	12	2	4	18	13	6	11	30
Pitești	8	3	13	24	10	3	12	25
Ploiești	11	13	38	62	9	9	32	50
Suceava	6	2	15	23	10	6	5	21
Tg. Mureș	13	5	8	26	8	6	10	24
Timișoara	23	14	15	52	25	23	15	63
Structura centrală	26	1	33	60	20	2	40	62

Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

Analizând longitudinal dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete în perioada 2001-2009, observăm o creștere constantă a valorilor principalilor indicatori, cu tendința de relativă stabilizare către perioada ultimilor 3 ani ai intervalului pentru numărul total de cauze soluționate și o ușoară creștere în ceea ce privește soluționarea cu scoaterea de sub urmărire penală în baza art.18¹ Cod penal¹⁴⁰.

Grafic nr. 9-1: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, date comparate 2001-2009 (nr. cauze penale)



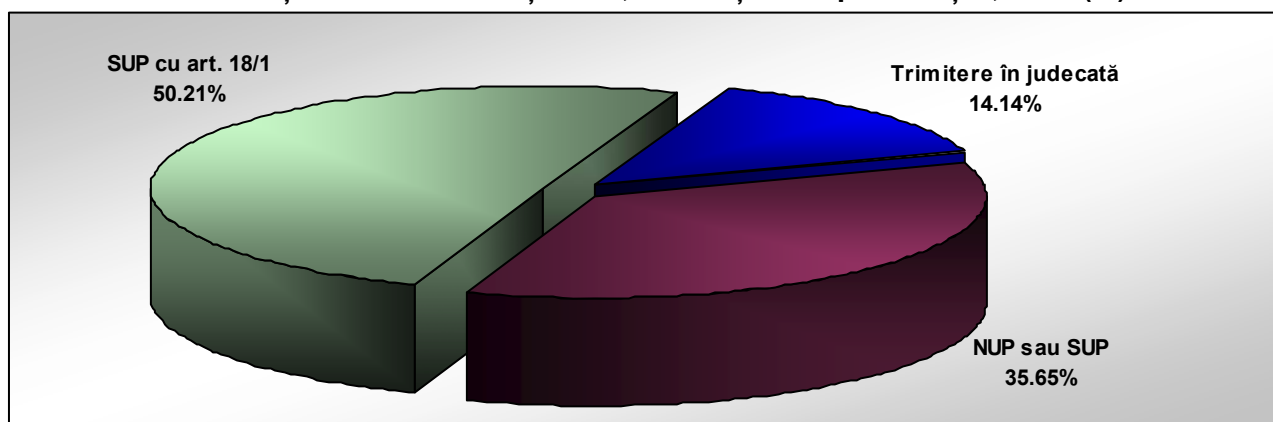
Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

¹³⁹ Serviciile teritoriale ale Direcției de investigare a infracțiunilor de criminalitate organizată și terorism (DIICOT)

¹⁴⁰ Potrivit căruia „nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală, dacă există vreuna dintre cauzele justificative prevăzute de lege”

O repartizare procentuală a cauzelor soluționate în raport cu tipul soluției aplicate evidențiază, similar anului 2008, o predominanță a soluțiilor de scoatere de sub urmărire penală, conform art. 18¹ Cod penal (SUP 18/1), care reprezintă peste jumătate din cauze.

Grafic nr. 9- 2: Distribuția dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, 2009 (%)

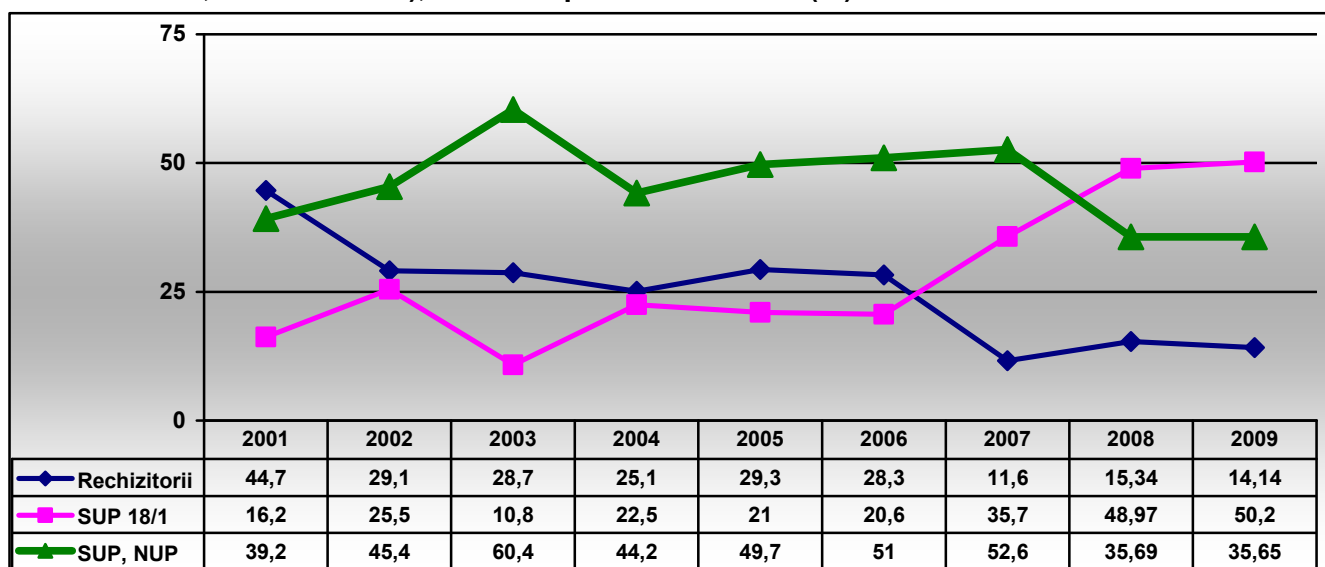


Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

În cazul dosarelor penale pentru care a fost dispusă soluția de neîncepere a urmăririi penale sau scoatere de sub urmărire penală (SUP/ NUP) nu se remarcă diferențe semnificative față de anul anterior, valoarea procentuală fiind în anul 2009 de 35,65%.

Situația este ușor diferită în cazul soluțiilor cu trimitere în judecată. În anul de referință, se constată o scădere cu 1 procent, de la 15,34% în anul 2008, la 14,14% în anul 2009, chiar dacă numeric se înregistrează o creștere a volumului de rechizitorii - de la 395, la 411.

Grafic nr. 9-3: Evoluția cauzelor soluționate, în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18¹, NUP sau SUP), date comparate 2001-2009 (%)



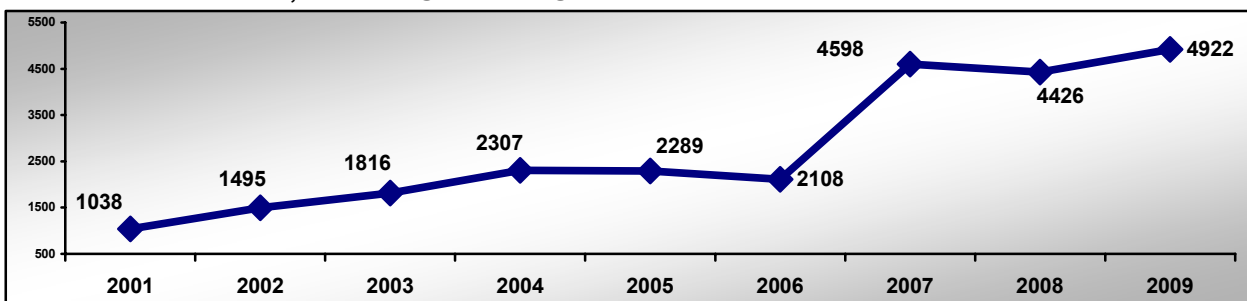
Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

B. SITUAȚIA PERSOANELOR CERCETATE ȘI TRIMISE ÎN JUDECATĂ DE CĂTRE PARCHETE

La nivelul anului 2009, au fost cercetate de către parchete, pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, 4.922 persoane, cu peste 11% mai mult decât în anul 2008, când au fost cercetate 4.426 persoane și cu cca. 7% mai mult față de anul 2007.

Analizând tendința generală de evoluție a acestui indicator în perioada 2001-2009, constatăm o creștere semnificativă a numărului de persoane învinuite/ inculpate de către parchete pentru infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, începând cu anul 2007, când se constată practic o dublare a numărului de subiecți înregistrați.

Grafic nr. 9-4: Evoluția numărului de persoane învinuite/ inculpate de către parchete pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, date comparate 2001-2009



Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

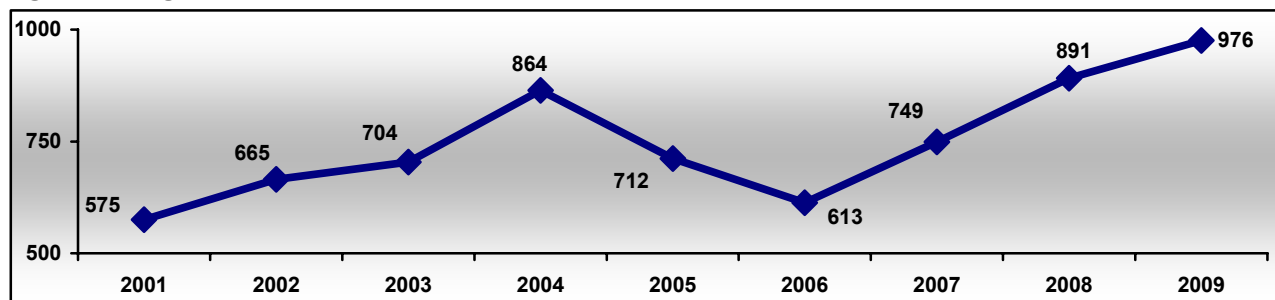
Similar anului precedent, la nivelul serviciilor teritoriale continuă să domine, prin numărul de persoane cercetate în cauze soluționate, serviciul teritorial București, aici concentrându-se 53,6% (2.641 persoane) din totalul de 4.922 persoane cercetate în cursul anului 2009.

Din totalul de 4.922 persoane cercetate în cauze soluționate, 976 persoane (19,8%) au fost trimise în judecată, dintre care 23 de cetățeni străini. Pentru un procent de 64,7% (632 persoane dintre care 6 minori) din totalul persoanelor trimise în judecată s-a aplicat măsura arestării preventive. Ponderea minorilor în totalul de 976 persoane trimise în judecată este de 1,6% (16 minori). Comparativ cu anul 2008, numărul minorilor trimiși în judecată a scăzut de la 21 la 16. Analizând datele demografice și socio-economice ale persoanelor trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor se constată:

- o majoritate masculină (89,7%);
- majoritatea cazurilor se integrează în intervalul de vârstă 21-54 ani (84%);
- o prevalență crescută a celor din mediul urban (88,8%);
- o prevalență crescută a celor fără ocupație (74,8%);
- o frecvență crescută a persoanelor cu studii medii (39,9%) și a celor cu studii gimnaziale (34,4%); 3,5% sunt persoane cu studii superioare, restul, de 22,2%, fiind fără studii.

Tendința ascendentă a ultimilor ani, în ceea ce privește numărul de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, se menține și pe parcursul anului 2009, acesta înregistrând cele mai mari valori de până în prezent. Concret, se poate vorbi de o creștere cu 9,5% față de anul 2008, cu 30,3% față de 2007 și cu 69,7% față de anul 2001.

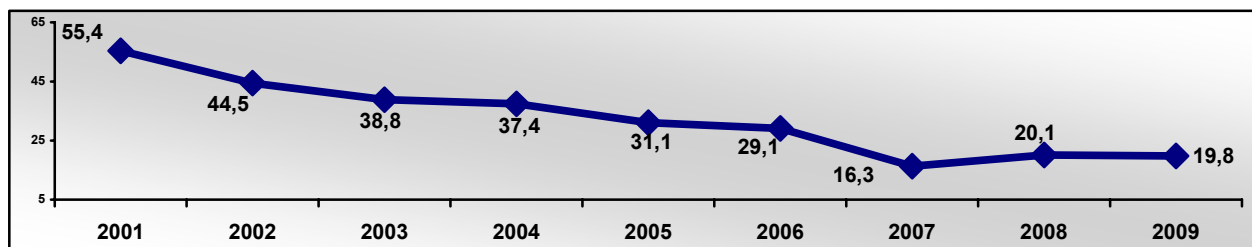
Grafic nr. 9-5: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, date comparate 2001-2009



Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

În anul 2009, procentul persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchete a fost similar cu cel din 2008, și anume de cca. 20%. Urmărind evoluția procentuală a acestui indicator, se poate conchide că, în perioada 2001-2007, acesta s-a înscris într-o tendință descendentă, pentru ca în anul 2008 să se constate o ușoară creștere (cu 3%), menținută și în anul 2009.

Grafic nr. 9-6: Evoluția proporției de persoane trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, date comparate 2001-2009 (%)



Sursa: DIICOT/ Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție

C. SITUAȚIA PERSOANELOR PREDATE/ EXTRĂDATE/ TRANSFERATE PENTRU COMITEREA DE INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR

Pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, în anul 2009, au fost predate în România, în baza mandatului de arestare european, 40 de persoane (39 cetățeni români, 1 cetățean turc), de aproximativ 4 ori mai multe persoane față de anul 2008, când au fost predate autorităților române 11 persoane. Spania a predat României 16 cetățeni români din totalul de 40 de persoane înregistrate, fiind urmată de Italia, care a predat autorităților române 8 cetățeni români, Germania (5 cetățeni români), Franța (4 cetățeni români), Ungaria (3 cetățeni români), Olanda (2 cetățeni români) și Slovenia (1 cetățean român). Bulgaria a predat României, în baza mandatului de arestare european, un cetățean turc. Totodată, din România au fost predate 5 persoane (3 cetățeni români, 2 cetățeni străini) în țări, precum Italia – 2 persoane (1 cetățean român, 1 cetățean albanez), Austria – 1 cetățean român, Belgia – 1 cetățean român și Germania – 1 cetățean turc. Comparativ cu anul 2008, se remarcă o scădere a numărului de persoane predate autorităților străine, de la 12 la 5 persoane.

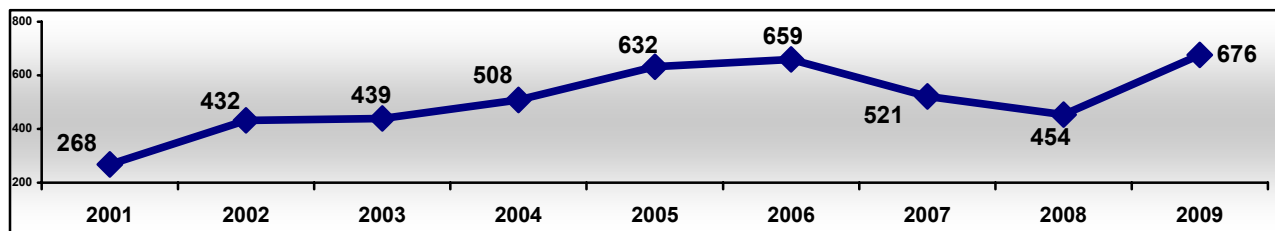
Referitor la măsura extrădării, în anul 2009 au fost extrădate, în România, 2 persoane, dintre care 1 cetățean român din Elveția și un cetățean muntenegrean din Serbia. Pe de altă parte, din România au fost extrădați 4 cetățeni străini, dintre care 2 cetățeni turci în Turcia și 2 persoane (1 cetățean american, 1 cetățean columbian) în Statele Unite ale Americii.

În anul de referință, 2 cetățeni români au fost transferați din Austria, în vederea executării pedepsei în România, cu o persoană mai puțin decât în anul precedent. De asemenea, din România au fost transferate 2 persoane în Chile, respectiv Italia, pentru executarea pedepsei în țările lor de origine, indicator în scădere față de anul 2008, când au fost transferate 7 persoane.

D. SITUAȚIA PERSOANELOR CONDAMNATE DE CĂTRE INSTANȚELE DE JUDECATĂ

Pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în anul 2009, instanțele de judecată au dispus condamnarea a 676 persoane (569 bărbați, 107 femei) dintre care 648 majori (548 bărbați, 100 femei) și 28 minori (21 de sex masculin, 7 de sex feminin). Dintre cele 676 persoane condamnate, 13,8% (93 persoane) sunt recidiviste, iar 7,8% (53 persoane) sunt cu antecedente penale. În anul de referință, se constată o creștere cu 48,9% a numărului de persoane condamnate, față de anul precedent, când instanțele de judecată au dispus condamnarea a 454 persoane. Urmărind evoluția indicatorului pe întreg intervalul 2001-2009, se observă înscrierea acestuia într-o tendință ascendentă până în anul 2006. Comparativ cu anii 2007 și 2008, când au survenit modificări ale traiectoriei acestuia în sens descendent, în anul 2009 s-a reluat tendința ascendentă (când s-a atins și maximul perioadei analizate).

Grafic nr. 9-7: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, date comparate 2001-2009 (nr. de persoane)



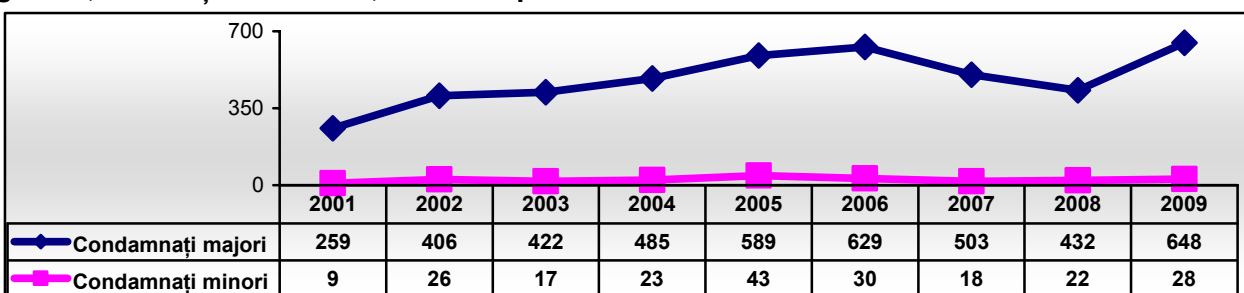
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Sub aspectul comiterii infracțiunii prevăzute la art. 2 din Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea consumului și traficului de droguri, cu modificările și completările ulterioare¹⁴¹, se constată că numărul persoanelor condamnate pentru astfel de fapte a crescut cu 11% față de anul precedent, de la 411, la 457 persoane traficante (361 bărbați, 96 femei). De menționat că, ponderea acestora în totalul de 676 persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor este de aproximativ 68%.

În ceea ce privește deținerea în vederea consumului, faptă prevăzută la art. 4 din Legea nr. 143/2000, în anul 2009, au fost condamnate de către instanțele de judecată 78 persoane (75 bărbați, 3 femei), cu 81% mai mult față de anul 2008, când numărul acestora a fost de 43 de cazuri. Procentual, aceștia reprezintă cca. 11% din totalul de 676 persoane condamnate în anul de referință.

Sub raportul vârstei, în anul de referință au fost condamnați pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor 28 minori, în creștere față de anul 2008, când instanțele de judecată au dispus condamnarea a 22 minori. Deși numeric se înregistrează o creștere a numărului de minori condamnați, în procente, raportat la numărul total de persoane condamnate în anul 2009, se observă, dimpotrivă, o scădere cu 0,7 unități procentuale față de anul 2008, de la 4,8%, la 4,1%. Distribuția minorilor în funcție de infracțiunea comisă evidențiază o predominantă a celor implicați în activități de trafic de droguri (21 minori). Minorii condamnați pentru deținere în vederea consumului se regăsesc în 14,3% cazuri, din totalul de 28 minori condamnați de către instanțele de judecată în cursul anului 2009.

Grafic nr. 9-8: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, date comparate 2001-2009



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2009, instanțele de judecată nu au soluționat cauze penale care să aibă ca obiect infracțiuni la regimul juridic al precursorilor.

Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii

Din totalul persoanelor condamnate definitiv, în cursul anului 2009, instanțele de judecată au dispus:

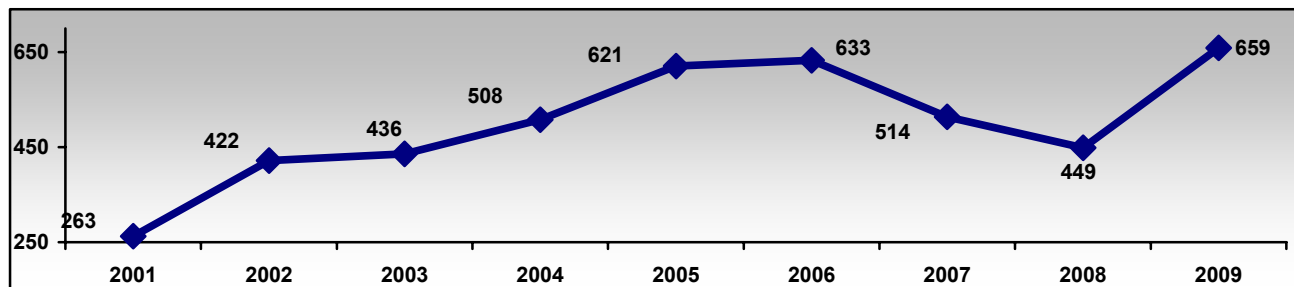
- aplicarea pedepsei cu închisoarea unui număr de 659 persoane, dintre care 632 majori și 27 minori;
- amenda penală unui număr de 16 persoane majore.

¹⁴¹ articolul se referă la „cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpărarea, deținerea ori alte operațiuni privind circulația drogurilor de risc, fără drept”

Spre deosebire de ultimii doi ani, când acest indicator a urmat un curs descendent, în anul de referință se constată o creștere cu 46,8% față de anul 2008. Pe întreg intervalul 2001 – 2009, se remarcă o tendință predominant ascendentă, excepție făcând intervalul 2007 – 2008, cu scăderi de până la 31,3%, față de anul 2006.

De precizat că, din cele 659 persoane condamnate la pedeapsa închisorii, 361 persoane (54,8%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, 197 persoane (29,9%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare sub supraveghere, iar 101 persoane (15,3%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare condiționată.

Grafic nr. 9-9: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, date comparate 2005-2009



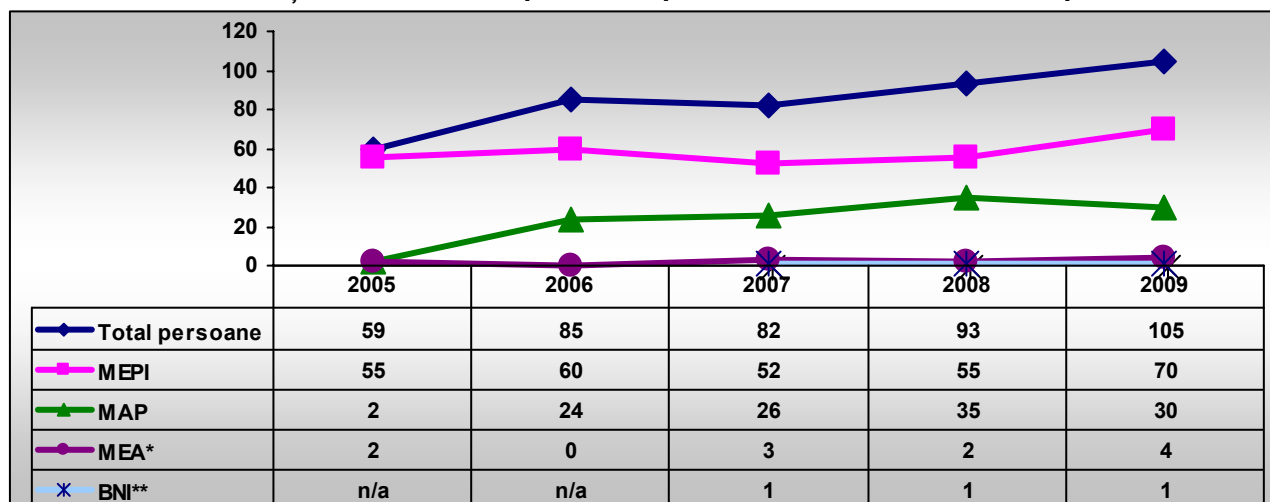
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Referitor la situația persoanelor care se sustrag executării pedepselor privative de libertate și măsurii arestării preventive, în cursul anului 2009, a fost solicitată urmărirea a 105 persoane (83 bărbați, 22 femei) marea majoritate de cetățenie română, iar restul cetățeni iranieni, francezi, maghiari, bulgari și columbieni.

Sub raportul vârstei, se constată că, în totalul persoanelor urmărite în cursul anului 2009:

- 77 persoane (73,3%) au vârsta cuprinsă în intervalul 20 – 34 ani;
- 26 persoane (24,8%) au vârsta cuprinsă în intervalul 35 – 54 ani;
- și 2 persoane (1,9%) au vârsta peste 55 ani;

Grafic nr. 9-10: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, date comparate 2005-2009



* MEA = mandat european de arestare; ** BNI = urmărit prin Biroul Național Interpol

Sursa: Direcția de Investigații Criminale/ IGPR

De menționat că, pentru 70 persoane (66,6%) dintre care 52 bărbați și 18 femei, au fost emise mandate de executare a pedepsei închisorii (MEPI), pentru 30 de persoane (28,5%), dintre care 27 bărbați și 3 femei, au fost emise mandate de arestare preventivă (MAP), pentru 4 persoane (3,81%), dintre care 3

bărbați și 1 femeie, au fost emise mandate europene de arestare (MEA), iar pentru un bărbat de cetățenie columbiană s-a recurs la urmărirea prin Biroul Național Interpol (BNI).

În ceea ce privește cuantumul pedepsei de la care se sustrag cele 70 de persoane date în urmărire, în cursul anului 2009, situația se prezintă după cum urmează:

- 27 persoane (38,6%) se sustrag de la executarea unei pedepse de până la 5 ani închisoare;
- 36 persoane (51,4%) se sustrag de la executarea unei pedepse cuprinse între 5 - 10 ani închisoare;
- 7 persoane (10%) se sustrag de la executarea unei pedepse de peste 10 ani închisoare.

Tabelul nr. 9-2: Situația statistică a persoanelor date în urmărire pentru sustragerea de la executarea pedepsei închisorii/ măsurii arestării preventive, date comparate 2005-2009

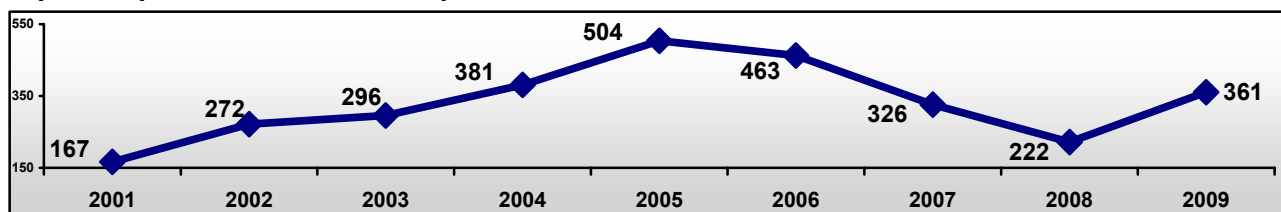
An calendaristic	2005	2006	2007	2008	2009
MEPI	55	60	52	55	70
MAP	2	24	26	35	30
MEA	2	n/a	3	2	4
BNI	n/a	n/a	1	1	1

Sursa: Direcția Investigații Criminale/ IGPR

Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar

În anul 2009, au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar 361 persoane, dintre care 355 majori și 6 minori, cu 62,6% mai mult față de anul 2008, când au fost condamnate 222 persoane (219 majori și 3 minori). Sub aspectul cuantumului pedepsei aplicate persoanelor majore (355 persoane), se constată că 42,8% (152 persoane) dintre acestea au fost sancționate cu închisoare de la 1 la 5 ani, iar 41,7% (148 persoane) au fost sancționate cu închisoare de la 5 la 10 ani.

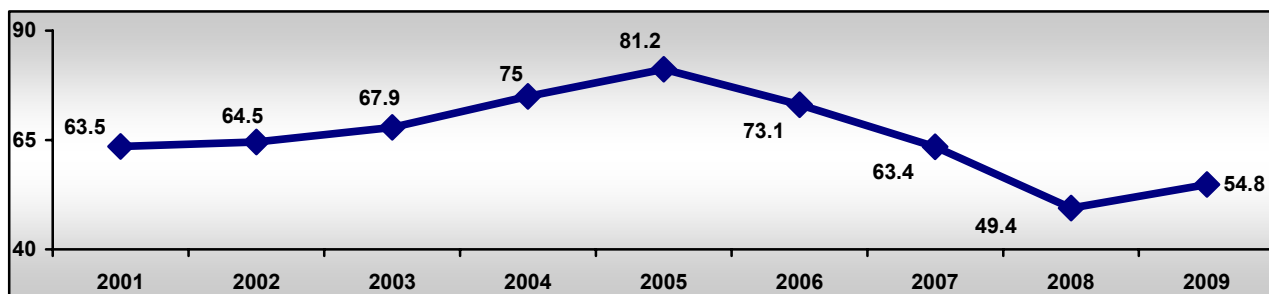
Grafic nr. 9-11: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, date comparate 2005-2009



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Analiza frecvențelor relative ale indicatorului pentru perioada 2001-2009, relevă o tendință ascendentă până în anul 2005, urmată de o curbă descendentă până în 2008, iar în anul 2009 se reia tendința ușor ascendentă, în contextul creșterii volumului de subiecți înregistrați.

Grafic nr. 9-12: Evoluția proporției de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar din totalul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, date comparate 2001-2009



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În cursul anului 2009, din unitățile de detenție subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor, au fost puse în libertate condiționată 316 persoane aflate în executarea pedepsei pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

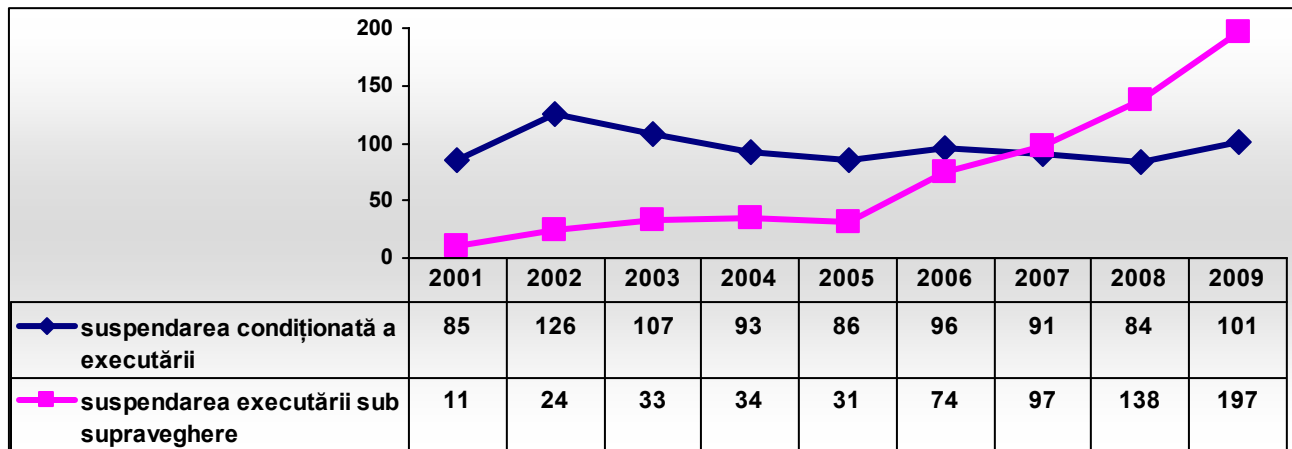
Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării pedepsei și cu suspendarea executării sub supraveghere

Din totalul de 659 persoane condamnate la pedeapsa închisorii în cursul anului 2009:

- 101 persoane (85 majori și 16 minori) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării pedepsei. Raportat la fapta penală, 50 de persoane (49,5%), dintre care 39 majori și 11 minori, au fost implicate în activități de trafic de droguri, iar 30 persoane (29,7%), dintre care 27 majori și 3 minori, în activități ilegale cu droguri pentru consum propriu;
- 197 persoane (192 majori și 5 minori) - cu suspendarea executării sub supraveghere. Sub aspectul faptei săvârșite, 133 persoane (67,5%), dintre care 128 majori și 5 minori, au fost implicate în trafic de droguri, iar 19 persoane majore (9,6%) în activități ilegale pentru consum propriu.

Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 se înregistrează o tendință de creștere, atât în ceea ce privește numărul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare condiționată a executării pedepsei, cât și în ceea ce privește numărul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere. Astfel, în cazul primului indicator se remarcă o creștere cu 20,2%, iar în cazul celui de-al doilea indicator, se înregistrează, de asemenea, o creștere cu 42,7% față de anul precedent.

Grafic nr. 9-13: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendare a executării sub supraveghere, date comparate 2001-2009



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

• **Situația persoanelor aflate în probațiune**

Conform datelor comunicate de Direcția Probațiune din cadrul Ministerului Justiției, la nivelul anului 2009, organele de urmărire penală au solicitat întocmirea referatelor de evaluare pentru 8 persoane cercetate în temeiul art. 2¹⁴², Legea nr. 143/2000, la jumătate față de anul 2008 și pentru 10 persoane cercetate pentru infracțiuni incriminate prin art. 4¹⁴³ din legea menționată anterior, cu 25% mai mult decât în 2008.

În cazul persoanelor cercetate pentru care instanțele de judecată au cerut elaborarea referatelor de evaluare, în anul 2009 s-a înregistrat următoarea situație: pentru infracțiuni prevăzute la art. 2 din Legea nr. 143/ 2000, au fost întocmite referate pentru 278 de persoane, de aproximativ 2 ori mai mult decât în

¹⁴² pentru trafic
¹⁴³ pentru consum propriu

anul 2008, iar pentru fapte penale circumscrise la art. 4 din legea menționată anterior, au fost realizate referate pentru 139 de persoane, aproape dublu față de anul precedent.

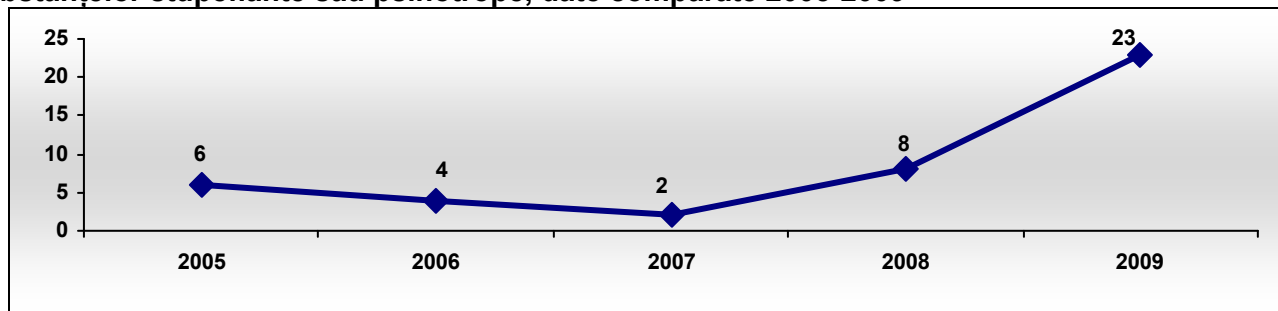
În ceea ce privește persoanele condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimului drogurilor, aflate în evidența serviciilor de probațiune, se înregistrează următoarea situație:

- s-au aplicat măsurile de supraveghere prevăzute la art. 86³, alin. 1, lit. a – d din Codul Penal¹⁴⁴, pentru 561 persoane condamnate, de aproximativ 3 ori mai mult față de anul 2008;
- a fost impusă respectarea obligațiilor prevăzute la art.86³, alin. 3, lit. a - f din Codul Penal¹⁴⁵ pentru 173 persoane condamnate (cu 71,3% mai mult față de anul 2008);
- pentru 3 condamnați minori s-au aplicat măsurile de supraveghere prevăzute la art.103, alin. 3 lit. a - c din Codul Penal¹⁴⁶ (comparativ cu 8 persoane minore - înregistrate în anul 2008)

9.1.2 ALTE INFRAȚIUNI COMISE ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI (EX. INFRAȚIUNI CONTRĂ PROPRIETĂȚII, PROSTITUȚIE, ÎNCĂLCAREA UNOR NORME LEGALE CA URMARE A INFLUENȚEI CONSUMULUI DE DROGURI, INFRAȚIUNI ÎN TRAFICUL RUTIER ETC.)

Conform datelor furnizate de Direcția Rutieră din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anului 2009, au fost depistați în trafic, conducând sub influența substanțelor stupefiante și psihotrope, 23 de conducători auto, de aproximativ 3 ori mai mult decât în anul 2008, când au fost identificați în trafic 8 conducători auto. Din totalul de 23 conducători auto, o treime au fost depistați conducând sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, pe raza municipiului București.

Grafic nr. 9-14: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, date comparate 2005-2009



Sursa: Direcția Rutieră/ IGPR

În anul de referință, 657 persoane consumatoare de droguri (583 bărbați, 74 femei), împotriva cărora s-a dispus măsura arestării preventive, au fost încarcerate în cele 12 centre de reținere ale Serviciului de Reținere și Arestare Preventivă din subordinea Direcției Generale de Poliție a Municipiului București. În ceea ce privește situația minorilor arestați, în anul 2009, au fost încarcerați 43 minori consumatori de droguri (41 băieți, 2 fete) ceea ce reprezintă 6,5% din totalul de 657 consumatori arestați. Dintre aceștia, 33 minori au comis infracțiunea de furt calificat, 8 minori au comis infracțiunea de tâlhărie, iar 2 minori au săvârșit infracțiunea de trafic de droguri. De menționat că, datele comunicate reflectă situația consumatorilor de droguri aflați în arest pentru comiterea de infracțiuni la nivelul municipiului București și al județului Ilfov.

¹⁴⁴ Măsurile de supraveghere și obligațiile condamnatului (să se prezinte la datele fixate la judecătorul desemnat cu supravegherea; să anunțe în prealabil schimbarea de domiciliu; să comunice schimbarea locului de muncă; să comunice informații ce pot fi controlate privind mijloacele sale de existență)

¹⁴⁵ Obligațiile condamnatului (să desfășoare o activitate sau să urmeze un curs de învățământ ori calificare profesională; să nu schimbe domiciliul sau reședința decât în limita teritorială impusă; să nu frecventeze anumite locuri stabilite; să nu intre în legătură cu anumite persoane; să nu conducă nici un vehicul sau anumite vehicule; să se supună măsurilor de control, tratament și îngrijire, în special în scopul dezintoxicării)

¹⁴⁶ Libertatea supravegheată (măsură educativă ce presupune lăsarea minorului în libertate pe timp de un an, supravegherea fiind încredințată părinților, tutorei sau celui care l-a adoptat, ori, după caz, instanța poate dispune încredințarea supravegherii minorului unei rude apropiate sau unei instituții legal însărcinate cu acest tip de atribuție)

Tabel nr. 9-3: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, date comparate 2006-2009 (nr. de persoane)

Tipul de infracțiune	Încadrare juridică	Număr de persoane			
		2006	2007	2008	2009
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	Art. 208,209 CP62	278	323	378	221
Infracțiunea de trafic de droguri	Legea 143/2000	224	217	183	264
Infracțiunea de tâlhărie	Art. 211 CP	47	112	125	100
Infracțiunea de omor	Art. 174–178 CP	6	2	1	0
Infracțiunea de vătămare corporală	Art. 181 CP	1	0	3	0
Infracțiunea de proxenetism	Art. 329 CP	2	2	2	30
Infracțiunea de distrugere	Art. 217 CP	1	0	4	0
Infracțiunea de înșelăciune	Art. 215 CP	1	3	13	42
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	Art. 189 CP	1	0	3	0

Sursa: Serviciul de Reținer și Arestare Preventivă/ Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

Persoanele încarcerate declarate a fi sub influența drogurilor beneficiază de asistență medicală de specialitate din partea Serviciului Medical al Direcției Generale de Poliție a Municipiului București.

9.3 INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC

9.3.1 ALTERNATIVA LA ÎNCHISOARE

Nu sunt date noi disponibile (vezi și cap. 1).

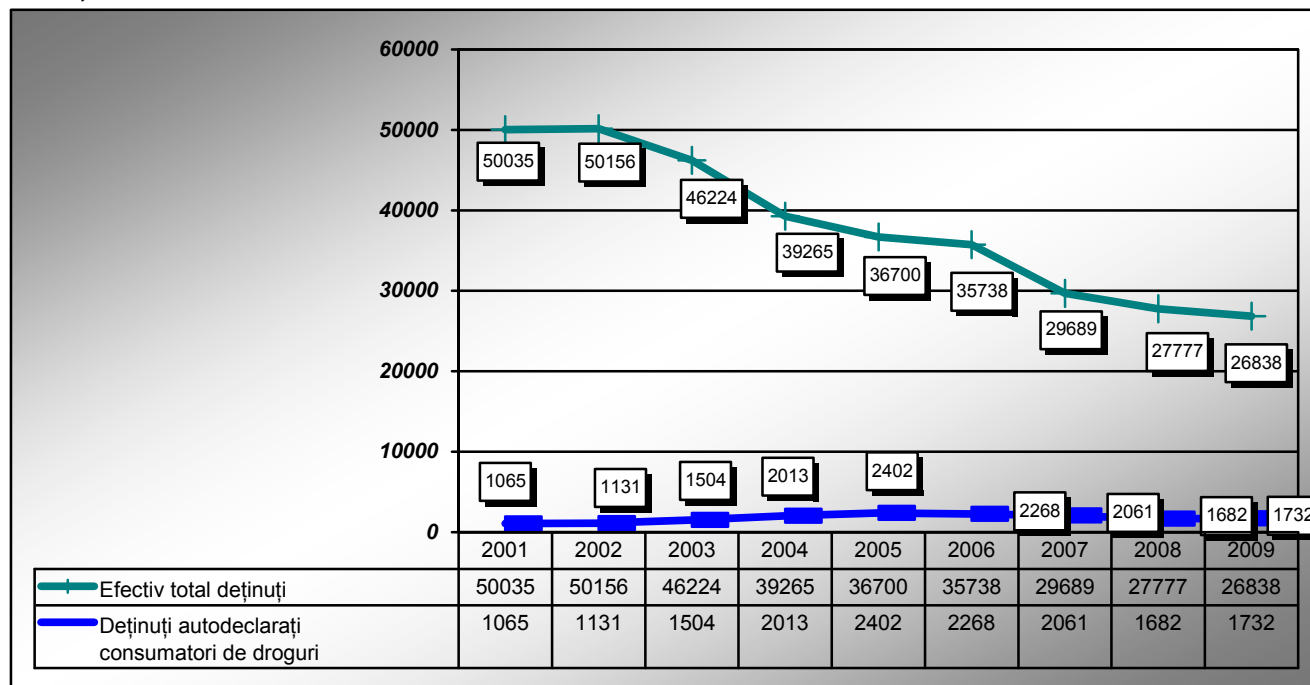
9.3.2. ALTE INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC

În perioada de referință analizată, nu s-au produs modificări legislative cu incidență în domeniul consumului de droguri în penitenciare.

9.4 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP), în anul 2009, dintr-un efectiv de 26.838 deținuți, s-au declarat, cu ocazia încarcerării, ca fiind consumatori de droguri, 1.732 persoane. Numărul acestora a crescut de la 1.065 în anul 2001, la 1.732 în anul 2009, însă a scăzut comparativ cu perioada 2004 - 2008.

Grafic nr. 9-15: Evoluția numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației din penitenciare, date comparate 2001-2009



Sursa: ANP

În anul 2009, dintre cei care s-au declarat consumatori, 1.470 (84,87%) erau bărbați, respectiv 262 femei (15,12%), comparativ cu anii 2007 și 2008, când au fost înregistrați 1.820 de bărbați (88,3%) și 241 femei (11,7)%, respectiv, 1.317 bărbați (78,29%) și 365 femei (21,7%).

Ca și în anii precedenți, și în 2009, majoritatea consumatorilor autodeclarați s-au încadrat în grupa de vârstă 25 – 29 de ani (39,26%), dar a crescut numărul deținuților consumatori cu vârsta cuprinsă în intervalul 20 - 24 de ani (32,9%). În anul 2008, pe locul al doilea se situau persoanele incluse în grupa de vârstă de 30 de ani și peste, iar în 2007, cele două categorii de vârstă (20 – 24 de ani și 30 de ani și peste) înregistrau valori procentuale apropiate.

Tabel nr. 9-4: Distribuția numărului de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de sex și grupa de vârstă, date comparate 2007-2009

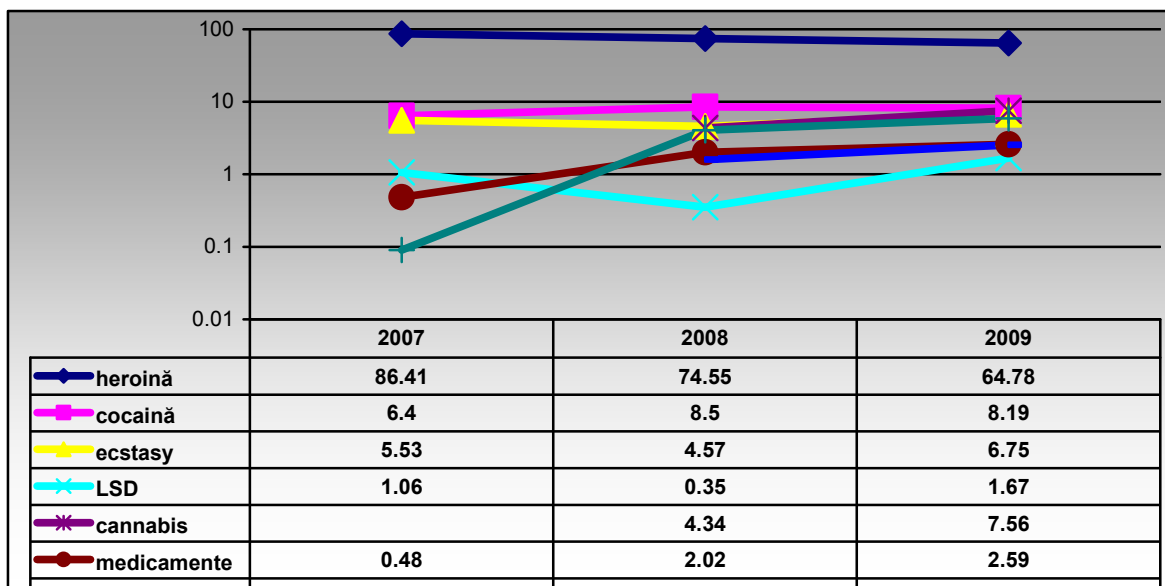
		2007	2008	2009
Sexul	Masculin	1.820	1.317	1.470
	Feminin	241	365	262
Grupa de vârstă	15-19	6,11	4,39	4,27
	20-24	27,46	24,67	32,9
	25-29	40,61	36,26	39,26
	>= 30	25,81	34,66	23,55

Sursa: ANP

În funcție de substanța utilizată, în perioada 2007 - 2009, se constată:

- scăderea consumului de heroină cu aproximativ 20%, comparativ cu anul 2007 (de la 86,41% la 64,78%), respectiv cu 10% față de 2008 (74,55%), deși heroina rămâne principalul drog declarat de către persoanele private de libertate ca fiind consumat înaintea încarcerării;
- creșterea consumului de cannabis (de la 4,34% în 2008, la 7,56% în 2009), ecstasy (de la 4,57% în 2008, la 6,75% în 2009) și LSD (de la 0,35% în 2008, la 1,67% în 2009);
- menținerea consumului de cocaină (8,5% în 2008, 8,19% în 2009) și medicamente (2,02% în 2008, 2,59% în 2009) la aproximativ aceleași valori procentuale înregistrate în anii 2008 – 2009 (însă în creștere comparativ cu anul 2007, când au fost înregistrate valorile: 6,40% - cocaină, 0,48% - medicamente);
- creșterea numărului persoanelor deținute care au utilizat alte tipuri de droguri (de la 0,09% în 2007, 4,04% în 2008, la 5,88 % în 2009),
- creșterea policonsumului (de la 1,6% în 2008, la 2,54% în 2009).

Graficul nr. 9-16: Distribuția consumatorilor autodeclarați în funcție de substanța consumată, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane)



Sursa: ANP

Ca și în anii anteriori, și în anul 2009, majoritatea deținuților (53%) au menționat injectarea ca fiind cea mai frecventă cale de administrare a drogului principal.

Tabel nr. 9-5: Distribuția consumatorilor de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare folosită, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane și %)

Cale de administrare	2007		2008		2009	
	Număr	Procent (%)	Număr	Procent (%)	Număr	Procent (%)
Injecție	1.424	69,09	1.201	71,4	919	53,06
Oral	637	30,91	481	28,59	813	46,93

Sursa: ANP

Potrivit concluziilor „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența bolilor infecțioase în rândul CDI”¹⁴⁷, derulată în anul 2009 de UNODC, Romanian Angel Appeal și ANA, în general, patru din zece consumatori de droguri injectabile (40%) au fost încarcerati, iar 15% dintre aceștia și-au injectat droguri în penitenciar. Dintre persoanele care au fost încarcerate și care au un istoric de consum, mai mult de jumătate dintre cele cu vârsta de 18-24 de ani (56%) au declarat injectarea drogurilor în penitenciar, comparativ cu 34%, cât se înregistrează în cazul celor cu vârsta peste 25 ani.

9.5 RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE (INCLUSIV ÎN ALTE MEDII CUSTODIALE)

9.5.1 ASISTENȚA ACORDATĂ CONSUMATORILOR DE DROGURI ÎN PENITENCIAR (inclusiv numărul deținuților care au beneficiat tratament de substituție cu opiacee)

De programul de asistență psiho – socială, destinat persoanelor deținute în penitenciare consumatoare de droguri sau cu antecedente de toxicomanie, (abordare multidisciplinară – educator, psiholog, asistent social și medic) au beneficiat 1.820 persoane, iar de consiliere psihologică individuală, 2.703.

În anul 2009, au fost asistați în regim de detenție, în cadrul programelor de substituție, 27 de consumatori (în 2008 - 12 consumatori), care au solicitat servicii de tratament ca urmare a consumului de heroină¹⁴⁸. În ceea ce privește distribuția teritorială a acestora, similar admiterilor la tratament din afara penitenciarelor, se poate constata menținerea concentrării acestora cu predilecție în Municipiul București.

Analizând incidența admiterilor la tratament, reiese că atât în anul de referință, cât și în anul 2008, 50% reprezintă persoane care au fost admise pentru prima dată la tratament pentru dependența de droguri. Referitor la distribuția pe sexe a persoanelor admise la tratament, în anul 2009, se observă că toate solicitările de tratament au venit din partea persoanelor de sex masculin (în anul 2008, dintre cele 12 persoane una era de sex feminin).

În funcție de grupa de vârstă, cele mai multe admiteri la tratament în anul 2009 au fost pentru persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani. Față de anul anterior, se constată o creștere a proporției persoanelor cu vârsta de peste 30 de ani și, implicit, o creștere a mediei de vârstă (de la 28,9 la 30,5

¹⁴⁷ Descrierea metodologiei studiului se regăsește în sub-capitolul 6.1.2 Studii privind prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri

¹⁴⁸ În sistemul penitenciar din România există 32 de penitenciare (dintre care 2 în București), 2 penitenciare pentru tineri și minori, un penitenciar pentru femei, 3 centre de reeducare și 6 penitenciare spital (dintre care 2 în București). Programul de substituție cu metadonă s-a implementat începând cu anul 2008, beneficiind de finanțare din partea Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate și se desfășoară în cinci unități penitenciare: Penitenciarul Spital București – Rahova, Penitenciarul Spital București – Jilava, Penitenciarul București – Rahova, Penitenciarul București – Jilava și Penitenciarul Giurgiu

ani). În ceea ce privește vârsta de debut, se observă o creștere a numărului de persoane care au început consumul de droguri la vârste între 15 și 19 ani: 15 cazuri (față de anul 2008 – 2 cazuri).

Tabel nr. 9-6: Distribuția admițerilor la tratament în regim de detenție, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2009 (nr. de persoane)

Vârsta	An	Grupa de vârstă (ani)								Total	Media de vârstă
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
admițerii la tratament	2008	0	0	2	5	4	1	0	0	12	28,9
	2009	0	0	4	9	9	2	0	3	27	30,5
de debut în consum	2008	2	2	6	1	1	0	0	0	12	20,3
	2009	1	15	6	4	0	1	0	0	27	19,6

Sursa: ANP

Marea majoritate a persoanelor admise la tratament în regim de detenție a consumat heroină pe cale injectabilă (2008 - 11 persoane, 2009 - 25 de persoane). În anul de referință, distribuția cazurilor, în funcție de frecvența consumului în ultimele 30 de zile anterioare admițerii la tratament, este următoarea: 7 persoane au declarat un consum zilnic, 17 persoane au consumat de câteva ori pe săptămână și una cel mult o dată pe săptămână¹⁴⁹ (în anul 2008: 6 persoane au declarat un consum zilnic, 4 persoane au consumat de câteva ori pe săptămână, una cel mult o dată pe săptămână și una ocazional).

Din totalul admițerilor la tratament, pentru 9 cazuri (în anul 2008 – 5 cazuri) a fost înregistrat policonsumul de substanțe psihoactive: hipnotice și sedative (6 cazuri), alte opiacee (1 caz), amfetamine (1 caz) și halucinogene (1 caz)¹⁵⁰.

Pentru cele 27 de cazuri de admitere la tratament în regim penitenciar, în anul analizat, în funcție de statusul ocupațional avut înainte de admiterea la tratament, distribuția era următoarea: 18 persoane erau fără ocupație/ șomeri, 5 – angajați, 3 - în arest/ deținut și o persoană - inactivă economic (în anul 2008: 9 - fără ocupație/ șomeri și 3 - în arest/ deținut).

În funcție de nivelul educațional, în anul de referință: din totalul celor 27 de admițeri la tratament, majoritatea aveau un nivel scăzut de școlarizare (2 persoane nu au mers la școală/ nu au absolvit studiile primare și 18 persoane au finalizat studiile primare/ gimnaziale), 4 persoane finalizaseră studii liceale și numai una avea studii superioare¹⁵¹ (în anul 2008: 6 persoane au finalizat studiile primare/ gimnaziale, 4 persoane finalizaseră studii liceale și numai una avea studii superioare¹⁵²).

Conform ANP, începând cu anul 2011, o dată cu retragerea asistenței financiare internaționale, achiziția de metadonă se va face cu fonduri din bugetul Ministerului de Justiție, întrucât nu s-a reușit, în ciuda eforturilor repetate și susținute din partea Administrației Naționale a Penitenciarelor, introducerea nici unuia dintre penitenciarele - spital pe lista unităților sanitare care derulează subprogramul de prevenire și tratament al toxico-dependențelor, din cadrul Programului național de sănătate mintală, program finanțat din bugetul de stat al Ministerului Sănătății.

9.5.2 PREVENIREA ȘI REDUCEREA RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Conform ANP, în cadrul proiectului *Creșterea accesului persoanelor private de libertate la programe de scădere a riscurilor asociate consumului de droguri*, derulat cu finanțare din partea Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, s-a implementat în sistemul penitenciar, alături de programul de substituție cu metadonă, și un program de schimb de seringi. Acesta s-a desfășurat în Penitenciarul București – Jilava și în Penitenciarul București – Rahova. De la implementarea programului (iunie 2008) și până la sfârșitul anului 2009, s-au distribuit aproximativ 20.000 de seringi.

¹⁴⁹ diferența de 2 persoane - neprecizat

¹⁵⁰ În anul 2008: amfetamine (2 cazuri), cocaină (1 caz), benzodiazepine (1 caz) și halucinogene (1 caz)

¹⁵¹ Pentru 2 persoane nu a fost precizat nivelul studiilor absolvite

¹⁵² Pentru 1 persoană nu a fost precizat nivelul studiilor absolvite

În programele educaționale derulate (sub formă de informări), care au avut ca scop promovarea unui stil de viață sănătos, referitor la prevenirea consumului de droguri în penitenciare, au fost incluse, în anul 2009, 1.639 persoane private de libertate.

În toate penitenciarele, în cadrul programelor derulate în parteneriat cu diferite organizații non-guvernamentale, au fost susținute numeroase activități destinate prevenirii consumului de droguri, adresate persoanelor private de libertate, cum ar fi: distribuire de pliante, de broșuri cu benzi desenate, cărți de joc și afișe cu conținut informativ privind consecințele consumului de droguri, realizare de expoziții tematice, ieșiri în comunitate, emisiuni TV, articole în revistele penitenciarelor.

9.5.3. PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Pe parcursul derulării programelor cu sprijinul financiar al Fondului Global, în sistemul românesc de penitenciare, un număr important de deținuți au fost instruiți și formați ca peer-educatori, asumându-și rolul de educare și informare pentru ceilalți deținuți, asupra riscurilor de infecție cu HIV, precum și asupra măsurilor de prevenire. Cei mai mulți dintre acești *peer-educators* au dobândit o experiență relevantă în inițierea și susținerea de sesiuni de informare referitoare la prevenirea HIV în rândul deținuților. La programele educaționale de prevenire a infectării cu HIV/SIDA au participat 1.747 persoane deținute.

În ceea ce privește tratamentul specific al bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, acesta se derulează conform normelor din programele naționale adresate acestor boli, tratamentul fiind disponibil pentru persoanele private de libertate, după aceleași reguli ca în cazul oricărei persoane asigurate.

9.5.4. PREVENIREA RISCULUI DE SUPRADOZĂ LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR

În prezent, nu există programe educaționale speciale de prevenire a riscului de supradoză la eliberarea din penitenciar.

9.6 REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR

La eliberarea din penitenciar, persoanele private de libertate, incluse în *Programul de substituție cu Metadonă*, au posibilitatea de a continua tratamentul în București, în unul dintre cele trei Centre de Asistență Integrată a Adicțiilor ale ANA.

În anul 2009, ANA în parteneriat cu Penitenciarul Rahova București și Fundația de Îngrijiri Comunitare a derulat un proiect, intitulat *ANCORA*, adresat consumatorilor de droguri din penitenciar, având ca obiectiv dezvoltarea de abilități pentru reintegrarea socială prin organizarea de sesiuni de informare lunare și grupuri de prevenire a recăderilor și pregătire pentru eliberare. Proiectul a avut 200 de beneficiari direcți, care au participat la 32 de întâlniri săptămânale în grup restrâns și la 10 sesiuni informative. Datorită succesului acestui proiect, conducerea Penitenciarului Rahova și-a exprimat dorința de a continua asistența psihologică a consumatorilor de droguri aflați în stare de detenție, după modelul intervențiilor din acest proiect.

Capitolul 10 - Piața drogurilor

Prezentare generală a pieței drogurilor

Aflată la intersecția culoarelor de trafic de droguri și poziționată în cadrul rutei balcanice, România a continuat să fie un spațiu de tranzit și de depozitare a unor droguri de mare risc destinate pieței vest europene (cu precădere Olanda, Germania, Marea Britanie), situație datorată poziției geografice a țării și conexiunilor stabilite de membrii grupărilor criminale autohtone cu cei ai crimei organizate transfrontaliere externe. De asemenea, ca elemente de noutate, s-au constatat expansiunea deosebită pe piața românească în ultimii doi ani a drogurilor sintetice și a așa numitelor *designer drugs* sau *spice*, precum și intensificarea activităților de recrutare a cetățenilor români de către rețelele vest africane pentru a fi utilizați pentru cărăușie de droguri între țările producătoare și diferite destinații.

10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ

10.1.1. ORIGINEA DROGURILOR

Heroina care ajunge în România este destinată atât Europei de Vest, cât și pieței interne, punctul de plecare al acesteia fiind, în marea majoritate a cazurilor, Turcia sau Iranul. România este folosită și ca spațiu de depozitare a heroinei, destinată pieței vest europene, aceasta fiind adusă prin intermediul firmelor de transport internațional de persoane și mărfuri sau prin folosirea unor autoturisme înmatriculate în țara noastră conduse de cetățeni români, după care este expediată mai departe prin intermediul unor mijloace similare, transporturile apărând astfel cu originea în România. Destinațiile frecvente sunt Olanda, Germania, Marea Britanie.

Opiumul, având ca punct de plecare Iranul, este introdus în cantități mici în România pentru consumul comunității iraniene din țara noastră.

Traficul de opiacee pe teritoriul României are ca factori de influență atât situarea țării noastre pe un segment al rutei balcanice și în apropierea rutei de nord a Mării Negre, cât și prezența grupurilor infracționale cu legături în țările de producție și destinație din care fac parte în majoritatea cazurilor cetățeni sau etnici turci și iranieni.

Cocaina este încă un drog scump pentru piața internă și de aceea este adusă în cantități mici din Vestul Europei (Spania, Olanda, Belgia) sau din țările Americii de Sud, pentru o anumită categorie de consumatori. Totodată, traficanții acestui tip de drog și-au îndreptat atenția către portul Constanța ca punct de intrare în Europa și ocolire a rutelor clasice unde controlul este sporit, dovadă fiind capturile semnificative din anul 2009 din acest port (de aproximativ 1300 Kg).

Cannabisul rămâne cel mai consumat drog din România, piața internă fiind alimentată atât din țările europene producătoare (Moldova, Olanda, Belgia etc), cât și din producție internă (fiind constatată o creștere a numărului de culturi indoor pe teritoriul întregii țări).

Hașișul este adus în general din Spania, prin intermediul curselor regulate de autocare (prin cărăuși sau colete) sau pe curse aeriene în special *low cost*.

Drogurile sintetice au cunoscut o expansiune deosebită pe piața românească în ultimii doi ani, având în vedere că, pe lângă cele clasice, și-au făcut apariția noi derivați ai acestora cu efecte similare, neintroduse sub control, așa numitele *designer drugs* sau *spice*.

Un fenomen observat de-a lungul timpului, este acela că, cetățenii români sunt folosiți cu precădere de rețelele vest africane (organizate în celule interconectate pe teritoriile statelor din întreaga lume) pentru cărăușie de droguri între țările producătoare spre diferite destinații. Având în vedere că destinațiile acestor cărăuși nu sunt pe teritoriul României, iar rolul celulei vest africane pe teritoriul nostru este de a recruta cărăuși, identificarea și dezmembrarea unor astfel de rețele sunt dificile și depind de disponibilitatea de cooperare a țărilor pe teritoriul cărora se săvârșește infracțiunea.

10.2.1 Cantități de droguri capturate și număr de capturi

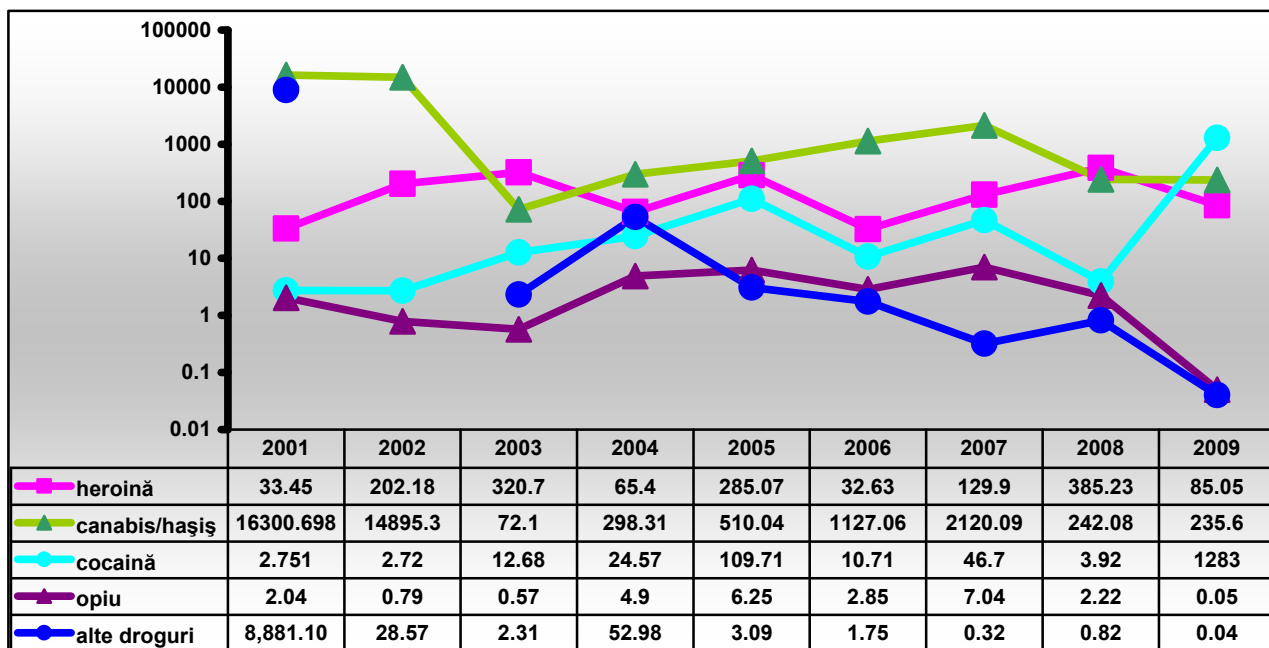
1. DROGURI

În cursul anului 2009, au fost descoperite și ridicate în vederea confiscării 1.615,09 kg, 22.079 comprimate, 308 doze, 826 ml și 124 fiole droguri din care:

- droguri de mare risc: 1.379,48 kg, 19.383 comprimate, 808 ml, 308 doze și 114 fiole;
- droguri de risc: 235,61 kg, 2.696 comprimate, 18 ml și 10 fiole.

În anul de referință, se remarcă o creștere de aproximativ 3 ori a cantității totale de droguri ridicate în vederea confiscării față de anul 2008, de la 634,41 la 1.615,09 kg (datorită confiscării unei cantități importante de cocaină, pentru celelalte droguri cantitățile capturate fiind mai mici, comparativ cu anul anterior)¹⁵³. În ceea ce privește drogurile sub formă de comprimate, se observă, dimpotrivă, o scădere a capturilor, de aproximativ 3 ori, comparativ cu anul precedent, de la 60.010 la 22.079 comprimate. Aceeași tendință de scădere, de data aceasta cu 41,8%, se remarcă și în cazul fiolelor cu conținut stupefiant și psihotrop și anume de la 213 la 124 fiole. În cazul dozelor de LSD, a fost înregistrată o creștere de aproximativ 4 ori a numărului de doze ridicate în vederea confiscării și anume, de la 71 la 308 doze.

Grafic nr. 10-1: Evoluția cantităților de droguri confiscate, date comparate 2001-2009 (kg)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate/ IGPR

Conform datelor existente la nivelul Direcției Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anului 2009, au fost distruse următoarele cantități de droguri: 456,92 kg cannabis, 63,03 kg rezină de cannabis, 1543,01 kg cocaină, 322,54 kg heroină, 0,60 kg morfină, 7,63 kg opiu, 48.189 comprimate și 15,69 kg MDMA, 2,13 kg amfetamină, 1.201 comprimate metadonă și 12.368 doze LSD.

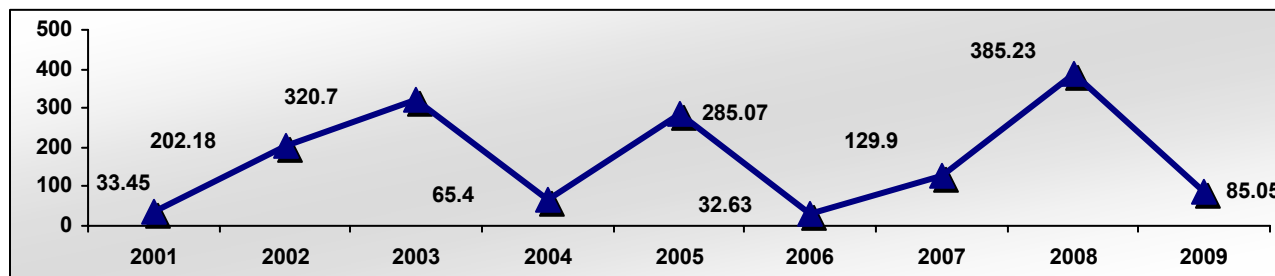
De asemenea, la data de 31 decembrie 2009, în Camera de corpuri delictive se mai aflau următoarele cantități de droguri ridicate în vederea confiscării și pentru care există sentință penală definitivă de confiscare și distrugere: 309,98 kg heroină, 77,01 kg cocaină, 119,32 kg cannabis, 75,48 kg rezină de cannabis, 1,36 kg opiu, 60,56 kg MDMA, 3,76 kg metadonă și 30 doze LSD.

¹⁵³ Vezi datele prezentate în tabelul standard nr.13

HEROINĂ

La nivelul anului 2009, au fost ridicate în vederea confiscării 85,05 kg de heroină, de aproximativ 5 ori mai puțin, comparativ cu anul 2008.

Grafic nr. 10-2: Evoluția confiscărilor de heroină, date comparate 2001-2009 (kg)



Sursa: Direcția Generală de Combateră a Criminalității Organizate/ IGPR

Conform datelor existente la Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în anul 2009 s-au înregistrat 1.038 capturi heroină dintre care, majoritatea (97,6%) la nivelul capitalei. Comparativ cu anul 2008, numărul capturilor de heroină s-a redus de la 1.055 la 1.038 capturi.

Tabel nr. 10-1: Distribuția capturilor de heroină la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)

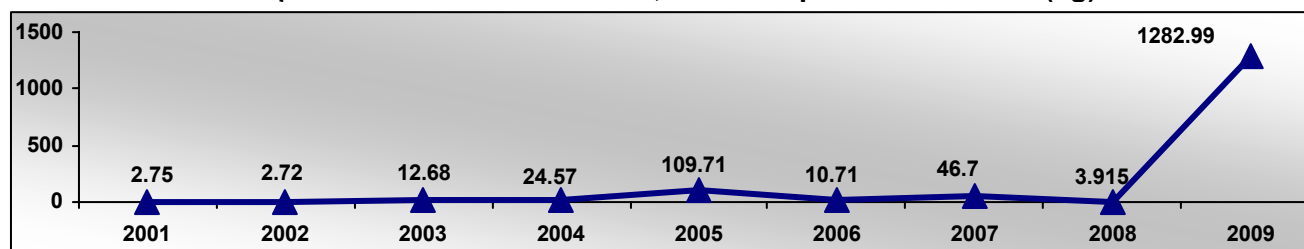
An	LABORATOR					TOTAL
	Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
2008	1040	7	4	2	2	1055
2009	1013	7	7	3	8	1038

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

COCAINĂ

În anul de referință, cantitatea de cocaină descoperită și ridicată în vederea confiscării a fost de 1.282,99 kg, de aproximativ 328 ori mai mult față de anul 2008, când au fost confiscate 3,915 kg. De precizat că, 84,2% din cantitatea totală de cocaină înregistrată în anul 2009, provine dintr-o singură captură de droguri, realizată la începutul anului, în portul Constanța. Analizând graficul de mai jos, se observă că, în anul 2009, s-a înregistrat cea mai mare cantitate de cocaină ridicată în vederea confiscării din ultimii 10 ani.

Grafic nr. 10-3: Evoluția confiscărilor de cocaină, date comparate 2001-2009 (kg)



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate/ IGPR

În ceea ce privește numărul de capturi, în anul 2009 au fost realizate 103 capturi de cocaină, cu 13,19% mai mult față de anul precedent, când au fost înregistrate 91 capturi de cocaină. Cele mai multe capturi de cocaină au fost înregistrate la nivelul Laboratorului central de analiză și profil al drogurilor București - 61 capturi (în creștere cu aproximativ 50% față de anul anterior).

Tabel nr. 10-2: Distribuția capturilor de cocaină la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008 - 2009 (nr. de capturi)

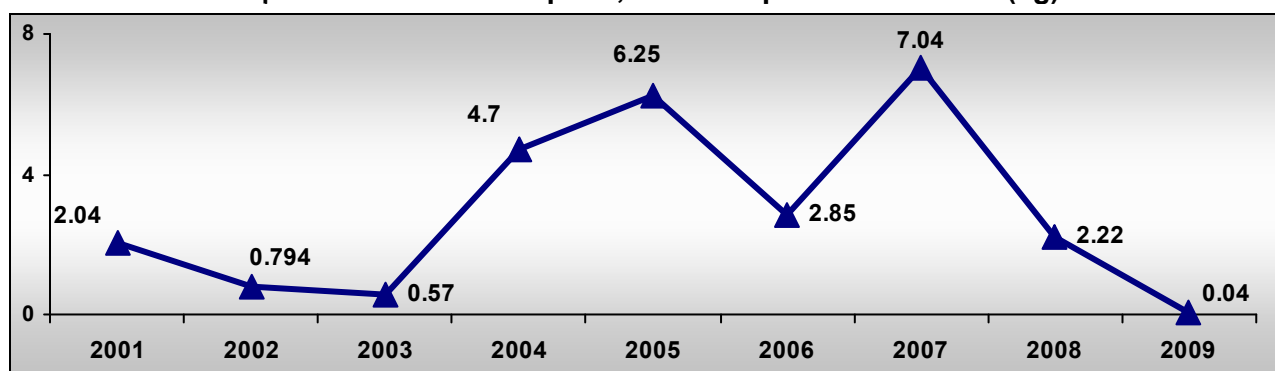
An Nr. capturi	LABORATOR					TOTAL
	Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
2008	44	25	1	19	2	91
2009	61	21	3	16	2	103

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

OPIUM

Cantitatea de opium ridicată în vederea confiscării în cursul anului 2009, a fost de 0,045 kg, semnificativ mai mică față de anul 2008, când au fost ridicate 2,221 kg. În intervalul 2001 – 2009, acest indicator a avut o traiectorie sinusoidală, maximul fiind atins în anul 2007 (7,041 kg), iar minimul în anul 2009 (0,045 kg).

Grafic nr. 10-4: Evoluția confiscărilor de opium, date comparate 2001-2009 (kg)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate/ IGPR

În cursul anului 2009, au fost realizate 4 capturi de opium, cu o captură mai puțin comparativ cu anul 2008 (3 capturi înregistrate la nivelul Laboratorului central de analiză și profil al drogurilor București și una la Laboratorul regional Cluj).

Tabel nr. 10-3: Distribuția capturilor de opiu la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)

An Nr. capturi	LABORATOR					TOTAL
	Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
2008	4	0	0	1	0	5
2009	3	1	0	0	0	4

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

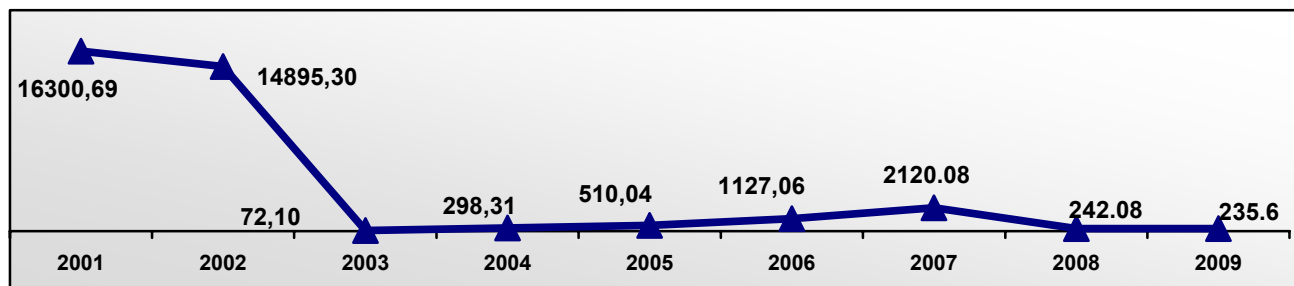
CANNABIS

Conform datelor existente la nivelul Laboratorului central de analiză și profil al drogurilor din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în anul 2009 au fost ridicate în vederea confiscării 235,6 kg droguri de tip cannabis, dintre care 37,01 kg rezină de cannabis și 198,59 kg cannabis.

În cazul rezinei de cannabis, se constată o creștere cu 10,7% față de anul precedent (de la 33,42 la 37,01 kg), iar în ceea ce privește cantitatea de cannabis se observă, dimpotrivă, o scădere cu 4,8% (de la 208,66 kg la 198,59 kg).

În anul 2009, atât capturile de cannabis, cât și cele de rezină de cannabis au înregistrat valori superioare celor realizate în anul 2008. Astfel, în anul de referință, se remarcă o creștere cu 30,4% a numărului de capturi de cannabis, de la 596, la 777 capturi și o sporire cu 17,4% a numărului de capturi de rezină de cannabis, de la 506, la 594 capturi.

Grafic nr. 10-5: Evoluția confiscărilor de cannabis/ hașiș, date comparate 2001-2009 (kg)



Sursa: Laboratorul de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

Urmărind distribuția capturilor de cannabis și de rezină de cannabis, în funcție de laboratoarele de analiză, se constată că:

- pentru capturile de cannabis – aproximativ jumătate (42,2%) au fost înregistrate la nivelul Laboratorului central București și cele mai puține la nivelul Laboratorului teritorial Constanța (7,6%); față de anul anterior sunt creșteri la nivelul tuturor Laboratoarelor;
- pentru capturile de rezină de cannabis – cele mai multe s-au înregistrat la nivelul Laboratorului central București (34,8%) și la nivelul Laboratorului teritorial Cluj (29,1%) și cele mai puține la nivelul Laboratorului teritorial Iași (7%); față de anul anterior sunt creșteri la nivelul Laboratoarelor regionale din Timișoara (de 5 ori mai mult), Constanța (de 3 ori mai mult) și Cluj și scăderi în cazul Laboratorului central București și al Laboratorului teritorial Iași.

Tabel nr. 10-4: Distribuția capturilor de cannabis la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)

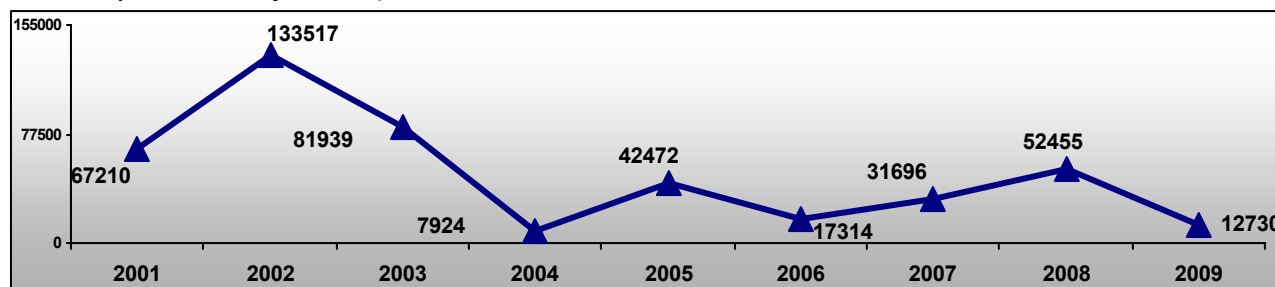
An	Nr. capturi	LABORATOR					TOTAL
		Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
2008	Cannabis	274	155	105	41	21	596
	Cannabis rezină	261	131	65	36	13	506
2009	Cannabis	328	178	128	59	84	777
	Cannabis rezină	207	173	42	108	64	594

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

DROGURI SINTETICE

În cursul anului 2009 au fost ridicate în vederea confiscării 12.730 comprimate de substanțe stimulante de tip amfetaminic, semnificativ mai puțin față de anul precedent, când au fost confiscate 52.455 comprimate. De asemenea, au fost ridicate în vederea confiscării, 308 doze de LSD, de aproximativ 4 ori mai mult decât în anul 2008.

Grafic nr. 10-6: Evoluția confiscărilor de comprimate de amfetamine și derivați, date comparate 2001-2009 (nr. de comprimate)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

Sub aspectul capturilor de droguri sintetice, în anul de referință, au fost realizate 18 capturi de LSD și 58 capturi de substanțe stimulante de tip amfetaminic și derivați. Din totalul de 76 de capturi, cele mai multe au fost înregistrate la nivelul Laboratorului central București (42,1%) și Laboratorul teritorial din Cluj (32,9%) și cele mai puține la nivelul Laboratoarelor teritoriale din Timișoara și Iași. În anul de referință, au avut loc scăderi în aria geografică deservită de majoritatea laboratoarelor de analiză ale IGPR, cu excepția Laboratorului teritorial din Timișoara, unde situația este aceeași cu cea înregistrată și în anul anterior.

Tabel nr. 10-5: Distribuția capturilor de droguri sintetice la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)

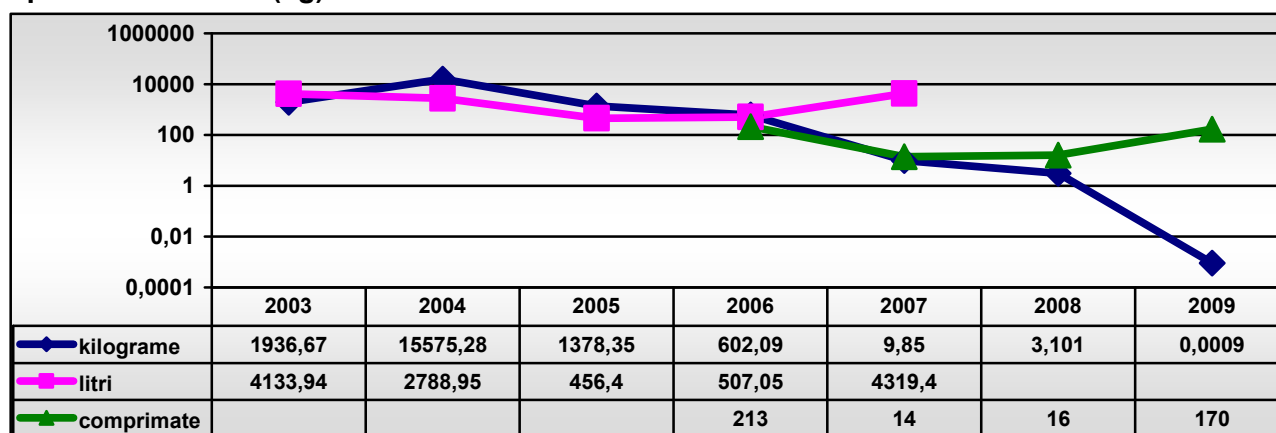
An Nr. capturi	LABORATOR					TOTAL
	Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
2008	123	60	20	27	2	232
2009	32	25	3	14	2	76

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

10.2.2. PRECURSORI ȘI SUBSTANȚE CHIMICE ESENȚIALE

În cursul anului 2009, au fost ridicate în vederea confiscării 170 comprimate de substanțe chimice esențiale, 5 fiole, precum și 0,0009 kg de astfel de substanțe. Dacă înainte de anul 2009 statistica reflectă o tendință de scădere a cantităților confiscate pe acest segment, în anul de referință se remarcă o creștere, de aproximativ 11 ori, a numărului de comprimate (170) ridicate în vederea confiscării. De menționat că, similar anilor precedenți, și în anul 2009 a fost realizată o monitorizare corespunzătoare în domeniul precursorilor de droguri, nefiind sesizate cazuri atipice de deturnare a acestora din circuitul licit ci, mai degrabă, cazuri de ignorare a prevederilor legale în domeniu.

Grafic nr. 10-7: Evoluția confiscărilor de precursori și substanțe chimice esențiale, date comparate 2003-2009 (kg)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

Bunuri și valori confiscate

Autoritățile statului cu atribuții în domeniul reducerii ofertei de droguri au identificat și ridicat în vederea confiscării, de la persoanele implicate în activități ilegale cu droguri și precursori, 72.850 Euro (față de 61.380 Euro în anul 2008), 3.700 dolari USA (față de 957 în anul 2008), 1.670 Euro rezultați din transformarea altor valute în Euro, 29.280 RON¹⁵⁴ (față de 28.026 în anul 2008), 26 autoturisme (față de 17 autoturisme în anul 2008), 19 arme de foc și alte bunuri și mărfuri mobile sau imobile totalizând 105.263 RON¹⁵⁵ (față de 6.045 RON¹⁵⁶ în anul 2008).

¹⁵⁴ 6906 Euro (cursul mediu anual din 2009 pentru Euro: 4,24 RON)

¹⁵⁵ 24826 Euro (idem 144)

¹⁵⁶ 1426 Euro (idem 144)

În baza prevederilor Legii nr. 381/ 2004, Agenției Naționale Antidrog i-au fost comunicate pe parcursul anului 2009, 193 copii ale sentințelor penale, cu 10,92% mai mult decât în anul 2008, când au fost primite 174 copii ale hotărârilor judecătorești rămase definitive, prin care instanțele de judecată au dispus confiscarea a 206.052 RON¹⁵⁷, 35.587 Euro, 73 dolari USA, 302.500 riali, 35 telefoane mobile, 2 autoturisme, precum și diverse alte bunuri (537 bancnote contrafăcute de cupiură, 2 pistoale, 12 cartușe, 2 pistoale cu gaze, 4 cartușe gaz, 458 alice plumb, 6 cântare, 13 cartele SIM, 1 certificat de înmatriculare auto, 139 dvd-uri/ cd-uri, 1 tastatură, 1 boxă, 1 mouse, 1 imprimantă, 1 unitate centrală PC, 9 cartușe imprimantă, 1 hard-disk).

10.2.3. Numărul laboratoarelor clandestine și alte locații de producție a drogurilor dezmebrate; cu indicarea tipurilor de droguri fabricate în acestea

În cursul anului 2009, pe teritoriul național nu au fost descoperite laboratoare clandestine destinate fabricării de droguri.

10.3 PREȚ/ PURITATE

10.3.1. Prețul drogurilor la nivelul străzii

În intervalul de referință, prețurile de comercializare a drogurilor au variat în funcție de tendința manifestată la nivelul cererii pe piața ilicită:

- hașiș (rezină de cannabis) – prețul cu ridicata (en gros) a scăzut de aproximativ 2 ori față de anul 2008 și este de aproximativ 7 ori mai mare decât prețul din anul 2004; prețul cu amănuntul a crescut de aproape 2 ori față de anul precedent și de aproximativ 4 ori față de 2004;
- cannabis iarbă (marijuana) – prețul cu ridicata (en gros) a crescut cu aproximativ 50% față de ultimii ani; prețul cu amănuntul este mai mare cu 25% față de 2008 și, de asemenea, este de 5 ori mai mare decât prețul practicat în 2004;
- cocaină - prețul cu ridicata (en gros) a crescut cu aproximativ 10% față de anul anterior, iar prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil pe întreg intervalul 2004 - 2009;
- heroina - prețul cu ridicata (en gros) se situează într-un interval de variație mai mare decât cel înregistrat în anul 2008, suma minimă plătită pentru un kilogram de heroină fiind mai mică cu 20% față de anul 2008, iar cea maximă fiind mai mare cu 25%, comparativ cu anul 2008; prețul cu amănuntul s-a diminuat cu 19,6%, comparativ cu anul precedent și este de aproximativ două ori mai mare decât în 2004;
- ecstasy (MDMA) – prețul cu ridicata (en gros) a scăzut față de anul 2006, se situează relativ la același nivel cu prețul minim din 2004, însă depășește cu 87,5% prețul maxim al acestui an; prețul cu amănuntul s-a dublat față de anul 2008, când valorile acestuia erau similare celor din 2004;
- LSD - prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil în perioada 2004-2009.

Tabel nr. 10-6: Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai traficate droguri de pe piața ilicită din România, date comparate 2004-2009¹⁵⁸

A. Prețul cu ridicata (în Euro/kg, litru sau 1000 doze)

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hașiș (rezină de cannabis)	600-800	1600-2500	1600-2500	2.200 – 2.400	8.000 – 10.000	4.000 – 7.000
Cannabis iarbă (marijuana)	1600-2500	600-800	1300 - 1500	1300 - 1500	-	2.000 – 5.000
Cocaină	35.000-50.000	35.000-50.000	35.000-50.000	42.000 – 44.000	35.000 – 55.000	40.000 – 60.000
Heroină	10.000-15.000	13.000-17.000	15.000-20.000	12.000 – 15.000	15.000 – 16.000	12.000 – 20.000
Amfetamină	3.000-4.000	3.000-4.000	3.000-5.000	5.000	5.000	-
Ecstasy (MDMA)	3.000-4.000	3.000-4.000	8.000-10.000	-	-	3.700 – 7.500

¹⁵⁷ 48597 Euro (idem 144)

¹⁵⁸ Vezi datele prezentate in tabelul standard nr. 16

B. Prețul cu amănuntul (în Euro/g sau pe o doză)

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hașiș (rezină de cannabis)	4-6	4-6	4-6	7-9	7-9	15 - 20
Cannabis iarbă (marijuana)	2-4	5-7	2-4	6-7	8-14	10 - 20
Cocaină	60-120	80-120	80-150	80-120	80-120	80 - 120
Heroină	15-25	25-40	25-60	30-35	46-55	37 - 49
Amfetamină	5-10	7-13	7-13	10	-	-
Ecstasy (MDMA)	5-10	13-15	10-15	7-12	5-8	10 - 20
LSD (timbru)	20-30	20-30	30-35	33	33	20 - 37

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate/ IGPR

10.3.2. PURITATEA ȘI COMPOZIȚIA DROGURILOR/ TABLETELOR

Heroina a prezentat o puritate la nivelul străzii între 23,9 și 47,3%, puritatea medie fiind 35,92%¹⁵⁹. Analiza capturilor en-gros relevă purități cuprinse între 40,1 și 72,2%, cu o medie de 57,15%. Pe piața românească este amestecată cu foarte multe substanțe de tip diluant sau adjuvant (cofeină, acetaminofen, tramadol), precum și neuroleptice, sedative, barbiturice (glutetimid, carbamazepină, benzodiazepine), codeină, talc, amidon, dar și praf de cărămidă, humă, etc. Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române semnaleză faptul că la aceeași marfă provenită de la aceiași intermediari, puritatea fluctuează foarte mult, motiv pentru care, consumatorii obișnuiți să-și administreze o anumită doză, sunt frecvent expuși riscului de supradoză.

Pentru **Ecstasy** nu s-au efectuat pe parcursul anului de referință analize cantitative relevante în ceea ce privește puritatea. În compoziția comprimatelor s-au identificat totuși frecvent: cofeină, CPP, BZP, TFMP, amfetamine ori piracetam. Comprimatele se găsesc sub diferite logo-uri care se schimbă foarte des.

Cocaina. Puritatea cocainei la nivelul străzii a atins valori cuprinse între 20,15 și 58,8%, cu o medie de 33,75%. La nivelul capturilor mari (en-gros), cocaina a prezentat purități identificate între 84 și 88%, cu o medie de 85,5%. De asemenea, în capturile de cocaină au fost identificați adjuvanți precum: Phenacetină, Lidocaină, Procaină, Cofeină sau Levamisol. Cocaina de tip *crack* nu a fost identificată în laboratoarele de analiză ale IGPR în anul 2009.

Cannabisul. Hașișul (rezina de cannabis) analizat în Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor din cadrul IGPR a avut concentrații între 2,25% și 5,7%, cu o medie a medie a THC de 3,75%. În ce privește varietatea **Sinsemilla** (inflorescența de cannabis), au fost identificate, la nivelul străzii, purități între 1,54 și 3,59%, cu o medie de 2,27%. Speciile de cannabis, cu THC foarte puternic, *skunk*, sau cele produse în sere hidroponice sunt mai puțin întâlnite în România, dar se menționează uneori în mass-media despre existența unor culturi ilegale de cânepă indiană¹⁶⁰, identificate de poliție.

Amfetamina este comercializată sub numele de *speed*. Potrivit informațiilor primite de la Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor din cadrul IGPR, conținutul cel mai frecvent întâlnit în cazul amfetaminelor este sulfatul de amfetamină, precum și o serie de alte substanțe în amestec: cofeină, ecstasy, CPP, piracetam sau chiar heroină. În anul 2009, nu s-au efectuat analize cantitative relevante privind puritatea amfetaminei.

Tabel nr. 10-7 Puritatea și compoziția drogurilor/ tabletelor la nivelul străzii¹⁶¹

Puritate	Heroina	Cocaina	Amfetamina	Ecstasy	Cannabis Resin	Cannabis Marijuana/sinsemilla
La nivelul străzii	Medie 35,92%. Max 47,3% Min 23,9 %	Medie 33,75% Max 58,80% Min 20,15 %			Medie 3,75% Max 5,70% Min 2,25%	Medie 2,27% Max 3,59% Min 1,54%
En-gross (la nivelul capturilor mari)	Medie 57,15% Max 72,2% Min 40,1%	Medie 85,5% Max 88% Min 84%	Sulfat de amfetamină (analiză calitativă)	Nu există analize cantitative relevante		

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor/ IGPR

¹⁵⁹ Se referă nu la media aritmetică ci la media purităților după cântărirea capturilor (weighted mean)

¹⁶⁰ <http://www.giurgiu-news.ro/Cultivatorii-de-cannabis-din-sabareni-2702/pagina-0>

¹⁶¹ Vezi datele prezentate în tabelul standard nr.14

Capitolul 11 – Istoric, metode și punerea în aplicare a ghidurilor de tratament ca urmare a consumului de droguri

În România, prin reglementările existente, este definit cadrul instituțional și procedural al unui sistem complex și integrat de asistență a consumatorilor de droguri, sistem ce are la bază managementul de caz.

În anul 2005¹⁶² este standardizat sistemul de asistență prin stabilirea *regulilor de funcționare a sistemului integrat de servicii* adresate consumatorilor de droguri:

- *etapele procesului de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, situațiile în care se acordă* (la cererea consumatorului sau a reprezentantului legal; la dispoziția procurorului sau, după caz, a altui organ judiciar; de urgență),
- *ariile pe care se realizează evaluarea* (istoric personal și de consum, condiții biomedicale și complicații curente, condiții psihologice și/sau psihiatrice și complicații, condiții sociale și familiale, situația judiciară),
- *criteriile de orientare* pentru selecția programului adecvat profilului fiecărui consumator
- *tipurile de programe integrate de asistență acordate consumatorilor.*

Regulamentul stabilește, de asemenea, cadrul instituțional de acordare a asistenței¹⁶³:

- centru de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA) (regim ambulatoriu) - asistență medicală, psihologică și socială și asigură managementul de caz,
- centru de zi (regim ambulatoriu, pe o perioadă de 12 ore) - asistență,
- centru tip comunitate terapeutică, locuință protejată, locuință socială și altele asemenea (regim hotelier) - servicii de asistență,
- centru de asistență integrată a adicțiilor (CAIA) (regim ambulatoriu) - asistență medicală, psihologică și socială,
- centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc (regim de spitalizare) - servicii medicale de dezintoxicare,
- centru de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri (regim ambulatoriu sau unități mobile) - servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri,
- laborator de sănătate mintală¹⁶⁴ cu staționar de zi - substituție în ambulatoriu (menținere pe metadonă).

¹⁶² Hotărârea Guvernului 860/2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000

¹⁶³ Furnizarea de servicii de asistență pentru consumatori, fără a deține autorizație conform normelor legale, constituie contravenție și se sancționează cu amendă de la 10.000 RON la 15.000 RON; pentru consolidarea sistemului integrat de asistență medicală, psihologică și socială acordată consumatorilor de droguri au fost emise o serie de reglementări cu rolul de a asigura standardizarea modului de acțiune la nivelul tuturor furnizorilor de servicii: Decizia nr. 16 din 2 octombrie 2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri (ANA, MO 899/06.11.2006) și Decizia nr. 17 din 2 octombrie 2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri (ANA, MO 899/06.11.2006). Astfel, furnizarea serviciilor în domeniul asistenței consumatorului de droguri se realizează printr-un complex de servicii integrate: asistență medicală, psihologică și socială, coordonarea tuturor serviciilor oferite realizându-se prin intermediul managementului de caz. Managementul de caz este un serviciu aplicat în mod continuu de-a lungul procesului de asistență de către managerul de caz, specialist aflat în structura CPECA. Prin această metodă se realizează coordonarea serviciilor oferite consumatorilor de droguri: evaluarea consumatorului, stabilirea programului integrat de asistență, elaborarea planului individualizat de asistență și implementarea măsurilor din plan, monitorizarea și evaluarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență, reevaluarea, după caz, continuarea programului cu modificarea planului sau modificarea programului integrat de asistență și colaborarea dintre furnizori, acțiuni de *advocacy*.

¹⁶⁴ Ministerul Sănătății Publice (MSP) a emis Ordinul nr. 372/2006¹⁶⁴ prin care sunt reglementate măsurile de promovare și apărare a sănătății mintale, precum și de prevenire a îmbolnăvirilor psihice. Acest ordin reglementează modul de evaluare a sănătății mintale, și pune bazele organizării teritoriale a serviciilor de sănătate mintală în arii geografice numite sectoare psihiatrice care acordă următoarele servicii: servicii ambulatorii, de

11.1 ISTORIC ȘI CADRU GENERAL

În perioada 1990-1996, oferta serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri a avut o evoluție incoerentă și nereglementată. În anul 1997, luând în considerare creșterea cererilor de tratament, s-a înființat *Centrul Pilot de Toxicomanii* în cadrul spitalului Gheorghe Marinescu din București și Secția de tratament pentru dependenții de droguri în cadrul Spitalului de Psihiatrie Socola din Iași. Centrul Pilot pentru tratamentul toxicomanilor (31 de paturi) era unicul loc din România în care se administra medicație substitutivă (metadonă). Nu exista însă tratament ambulatoriu¹⁶⁵ (metadona nu putea fi folosită în afara spitalului) și niciun program de tratament pentru cei nespitalizați¹⁶⁶ sau servicii de reabilitare.

La sfârșitul anului 1998, din diverse motive, acest centru pilot a fost însă închis, tratamentul consumatorilor fiind acordat doar în secțiile de psihiatrie ale spitalelor din capitală. În anul 1999, au funcționat 2 centre de detoxificare¹⁶⁷ (la București și Iași), un singur centru de consiliere *Centrul de Criză pentru Copii și Adolescenți* din cadrul Laboratorului de Sănătate Mintală Sector (LSM) 4¹⁶⁸ și un singur centru de post-cură în comuna Bălăceanca (județul Ilfov, în apropierea municipiului București). Conform prevederilor Ordinului nr. 963/1998¹⁶⁹, începerea tratamentului cu metadonă se putea face numai după punerea în evidență a substanței psihoactive folosite de către consumator, dar secțiile de psihiatrie și de terapie intensivă a spitalelor din țară nu dispuneau de aparatura respectivă (analizoare de testare a drogurilor și metaboliților lor în sânge și urină)¹⁷⁰. În consecință, până în anul 1999, persoanele dependente au prezentat multe recăderi/ recidive, datorită lipsei tuturor verigilor terapeutice (ex.: centre socio-vocaționale și comunități terapeutice) care să îmbunătățească eficiența tratamentului și a faptului că, în urma diagnosticării, consumatorii nu aveau dreptul la asistență medicală gratuită¹⁷¹.

În anul 2000, a apărut primul răspuns, din partea ministerului de resort, orientat spre satisfacerea nevoilor de asistență în acest domeniu, materializat prin Programul Național de Sănătate Publică al Ministerului Sănătății (Programul 8), ce a condus la amenajarea de secții pilot pentru tratament în cadrul unor spitale de psihiatrie¹⁷², precum și a primului *Centru de menținere pe metadonă*. Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri a constituit baza legală de înființare a serviciilor pentru tratarea persoanelor dependente de droguri, asigurate de structuri în cadrul MS:

asistență mobilă, de zi, de reabilitare, spitalicești și servicii la domiciliu. Reorganizarea serviciilor de sănătate mintală se realizează în vederea creșterii calității și accesibilității serviciilor de acest tip, precum și în vederea asigurării asistenței psihiatrice comunitare, separat pentru adulți, adolescenți și copii.

¹⁶⁵ și alte instituții medicale au intrat în contact cu persoane dependente, mai ales cele având servicii de urgență și de toxicologie, dar ele au furnizat strict îngrijiri pentru diagnostic și reechilibrare

¹⁶⁶ Brigada de Combatere a Crimei Organizate și Corupției, Punctul Focal - Raport Național privind problematica drogurilor – 1997, pg 60-61

¹⁶⁷ "În anul 1999 pentru tratamentul de substituție s-a folosit metadona tablete, comercializată sub denumirea de SINTALGON. Alte medicamente folosite în tratamentul de detoxificare au fost: clonidina, neuroleptice clasice și atipice, tranchilizante, carbamazepina. Deoarece în România nu există un ghid acceptat unanim la nivel național referitor la tratamentul specific al toxicomanilor, alegerea substanțelor folosite pentru tratamentul de substituție (detoxificare) s-a făcut în mod aleatoriu în funcție de experiența și criteriile proprii ale medicilor psihiatri. [...] Au existat multe re-internări pentru detoxificare".- Raport Național privind problematica drogurilor în România în anul 1999, pg 51

¹⁶⁸ nu este destinat exclusiv problematicii drogurilor, dar include consilierea în probleme legate de droguri, atât pentru cei care solicită informare, cât și pentru cei care au început deja consumul de droguri sau au fost deja internați pentru dependență de droguri.

¹⁶⁹ Deși Ordinul MS 963/1998 prevedea completarea programului terapeutic cu metadonă cu practici psihoterapeutice specifice, terapie ocupațională și tratamente de recuperare, prevederea nu era respectată, deoarece nu exista personal specializat pentru tratamentul psiho-social al persoanelor dependente de droguri.

¹⁷⁰ Aparatura respectivă se găsea doar la Centrul de detoxificare din București, Centrul de post-cură de la Spit. Bălăceanca, la secția de toxicologie din cadrul Spitalului de Urgență Floreasca din București și Departamentul de Toxicologie al Spitalului Clinic Central de Copii "Grigore Alexandrescu" – București.

¹⁷¹ "costul unei cure de dezintoxicare de 10 zile, achitat de pacient, este 70 dolari SUA, sumă deosebit de mare în raport cu venitul mediu pe cap de locuitor" – Brigada de Combatere a Crimei Organizate și Corupției - Raport național privind drogurile în România – 1998, p 26

¹⁷² secția XVI din Spitalul Clinic de Psihiatrie Al. Obregia din București

- intoxicațiile cu droguri (supradozele) se tratează în secțiile de terapie intensivă și de urgență ale spitalelor din țară;
- dezintoxicare intra-spitalicească non-substitutivă: Spitalul de psihiatrie Prof. Dr. Al. Obregia București – 2 secții; Centrul Medical Sf. Stelian București; Spitalul de Psihiatrie Socola Iași; Spitalul de Psihiatrie Jebel – jud. Timiș; se realizează și în alte spitale de psihiatrie (ex. Spitalul Militar Central, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca etc.) fără a avea secții specifice;
- program de menținere pe metadonă: Laboratorul de Sănătate Mintală sector 4, Laboratorul de Sănătate Mintală sector 3 și Centrul Medical Sf. Stelian – București;
- centru de evaluare și tratament ambulatoriu: Constanța (Palazu);
- post-cură: Spitalul Bălăceanca – județul Ilfov și Spitalul Socola – județul Iași.

Ulterior, oferta de tratament nu a fost diversificată, ajungându-se la o deteriorare a serviciilor: unele secții au fost închise sau funcționau formal¹⁷³, iar cele rămase¹⁷⁴ au funcționat într-o stare de incertitudine, atât materială, cât și profesională¹⁷⁵. De asemenea, finanțarea serviciilor și structurilor pentru asistența dependenților de droguri de către MS se făcea într-un mod complicat și dificil de evaluat¹⁷⁶, iar metodologiile pentru derularea programelor de menținere pe metadonă erau inadecvate și, în consecință, administrarea acestui substitut în centrele existente era neadecvată și existau și cazuri de comercializare a metadonei pe „piața neagră”. De asemenea, lipsa unui lanț terapeutic complet a condus la un număr crescut de recăderi, recuperarea pacienților fiind de cele mai multe ori imposibilă¹⁷⁷.

În anii 2003-2004, tratamentul dependenței de droguri a fost asigurat în unitățile medicale¹⁷⁸ aparținând Ministerului Sănătății: trei centre de tratament de substituție cu metadonă¹⁷⁹ (doar în București), câteva centre de tratament ne-substitutiv (în București, Iași, Timiș), două unități de post-cură (Bălăceanca -lângă

¹⁷³ „situație în care se află cele cu profil de dezintoxicare din Tg. Mureș, post-cură din Jebel și Gătaia, ambele din județul Timiș, iar secțiile din Palazu Mare – jud. Constanța și din municipiul Târgu-Mureș nu au intrat în circuitul de oferire de servicii” – ANA (2003) Raportul de evaluare a fenomenului drogurilor în România – 2002, p. 39-41;

¹⁷⁴ Conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr.187/2002 au fost recunoscute ca și centre de tratament, următoarele unități medicale: Spitalul de psihiatrie „Al. Obregia” (București) – 2 secții de dezintoxicare; Laboratorul de sănătate mentală nr. 4 Berceni (București) pentru menținere pe metadonă; Spitalul de psihiatrie „Socola” (Iași), cu secții de post-cură și dezintoxicare; Spitalul de psihiatrie Bălăceanca pentru post-cură; Centrul de diagnostic și tratament Sf. Stelian (București) pentru dezintoxicare și menținere pe metadonă; Spitalul de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță Jebel – secție de tratament; Secțiile de toxicologie ale tuturor spitalelor județene unde se tratează intoxicațiile acute determinate de consumul de droguri.

¹⁷⁵ Personalul care a deservit secțiile nu a beneficiat de formare specifică în domeniul asistenței consumatorilor de droguri, fiind compus din specialiști care deserveau anterior unități de psihiatrie. Tratamentul de substituție cu metadonă și terapia alternativă acestuia, s-a făcut aleator în funcție de experiența și criteriile proprii de tratament ale medicilor psihiatri, neexistând încă personal specializat în acest domeniu (numai trei cadre specializate, în toată țara).

¹⁷⁶ „Unitățile specializate pentru diagnostic și tratament sunt finanțate prin Sub-programul 1.5 - Promovarea sănătății și educație pentru sănătate - obiectivul 2 Diagnosticul și tratamentul persoanelor dependente de droguri și Sub-programul 2.13 - Terapia dependenței de droguri nu sunt stabilite în mod imperativ. Astfel, Direcția Generală de Sănătate Publică și Inspekția Sanitară de Stat raportează 12 astfel de unități, Cabinetul Secretarului de Stat pentru Integrare Europeană - 7, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate - 9. De asemenea, prin Ordin comun al Ministerului Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt specificate unități medicale ce vor beneficia de finanțare pe Program Național, fără a fi precizate cele care se referă la diagnosticul și tratamentul consumatorilor de droguri și, implicit, nu se poate estima procentul destinat acestor activități pentru anul în curs.” – ANA (2003) Raportul de evaluare, România – 2002, p. 40

¹⁷⁷ Până la sfârșitul anului 1998, nu a fost instituit niciun sistem de evaluare a rezultatelor tratamentului. Ulterior, indicatorii de evaluare ai acestor programe au fost dimensionați pe două categorii: indicatori fizici (număr mediu pacienți/unitate medicală, număr total unități care efectuează tratamentul persoanelor dependente de droguri) și indicatori de eficiență (cost mediu /pacient tratat, cost mediu/unitate care tratează persoanele dependente de droguri). Conform raportărilor Direcției de Sănătate Publică, pe primul semestru al anului 2003, costul mediu/pacient tratat a fost de 2.959.188,2 lei, iar costul mediu/unitate de 112.192.887,5 lei. – ANA (2003) Raportul de evaluare a fenomenului drogurilor în România – 2002, p. 40

¹⁷⁸ tratament pentru intoxicații acute și sindromul de sevraj, dezintoxicare, în regim de internare și terapie postcură și/sau terapii alternative

¹⁷⁹ o capacitate totală de 400 persoane

București și Socola - lângă Iași)¹⁸⁰ și două centre comunitare la Vurpăr și Șura Mare (județul Sibiu), coordonate de comunități religioase¹⁸¹.

Anul următor, prin HG nr. 1093/2004, cele 47 de Centre de Evaluare Consiliere și Prevenire Antidrog (6 în București și câte unul în fiecare județ) au devenit structuri teritoriale ale ANA¹⁸², iar din anul 2005, conform standardelor Sistemului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri¹⁸³, coordonarea asistenței consumatorilor și managementul general al fiecărui caz de-a lungul diferitelor servicii sunt structurate pe următoarele niveluri de asistență:

- nivel I - de identificare și trimitere a consumatorilor de droguri spre serviciile specializate și asistența nevoilor medicale și sociale de bază (servicii de urgență, asistență medicală primară, servicii sociale generale, servicii de harm reduction);
- nivel II – este constituit din unități specializate din sistemul de sănătate publică și din centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog și asigură asistență specializată (evaluare multidisciplinară, elaborare plan de asistență, asistență specializată, concomitentă și continuă), monitorizarea și trimiterea spre cel de-al treilea nivel;
- nivel III – asigură asistență specifică și cu un grad mare de specializare (detox, comunități terapeutice, centre de zi etc.) și reintegrare¹⁸⁴.

În anul 2005, prin Programul Național de asistență medicală, psihologică și socială (PNAMPS) a consumatorilor de droguri s-a inițiat înființarea, în cadrul a 15 CPECA, a 15 Centre de Asistență Integrată în Adicții (CAIA)¹⁸⁵ care oferă servicii de asistență aparținând nivelelor 2¹⁸⁶ și 3 (detox ambulatoriu și tratament substitutiv cu metadonă, suboxone și naltrexonă¹⁸⁷). Primul centru de tip CAIA (denumit generic - CAIA Pantelimon)¹⁸⁸ a fost deschis în București, în data de 26 iunie 2007. Ulterior, în perioada 2007 – 2008, au mai fost deschise încă 4 centre: CAIA Pericle (pentru beneficiari cu domiciliul în București - sectoarele 5 și 6), CAIA Obregia (beneficiari cu domiciliul în București - sectoarele 3 și 4), CAIA Bihor¹⁸⁹ și CAIA Iași¹⁹⁰. De asemenea, în anul 2007, ANA a înființat două centre de zi adresate consumatorilor de droguri, unul dintre ele cu specific socio-vocațional (în prezent, nefuncțional), iar Asociația Română Anti-SIDA (ARAS) a înființat, cu sprijinul Institutului de boli infecțioase Matei Balș, un centru de tratament prin substituție cu metadonă¹⁹¹. De menționat că, deși în anul respectiv, comparativ cu anii anteriori, existau mult mai multe centre de menținere pe agoniști, a fost necesară elaborarea cadrului legal¹⁹² pentru înființarea și gestionarea listei de așteptare pentru serviciile de asistență integrată

¹⁸⁰ care însă aveau personal insuficient, fonduri limitate și sedii necorespunzătoare; statisticile MS au definit adeseori anumite centre ca fiind unități de post-cură deși în cadrul lor se trata doar dependența de alcool.

¹⁸¹ centrele au capacitate mică (cca. 8 locuri) și nu erau bine cunoscute în rândul consumatorilor de droguri și nici în comunitatea medicală – ANA (2004) Situația în domeniul drogurilor – 2003, pg. 31

¹⁸² Centrele au devenit operaționale din septembrie 2006 și oferă următoarele tipuri de servicii: activități de prevenire, evaluare, asistență psihologică, asistență socială și management de caz

¹⁸³ nu fac referire la: alcool, substanțele psihoactive administrate pe bază de prescripție medicală, persoanele sub 18 ani, asistența acordată în regim de detenție

¹⁸⁴ Nivelul 1 și 3 se acordă în sistem public, privat, mixt sau non-guvernamental, nivelul 2 în sistem public

¹⁸⁵ Dispoziția președintelui ANA nr.1563395/2005; Decizia Președintelui nr. 4/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Pantelimon, Decizia nr. 9/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Pericle, Decizia nr. 11/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Obregia; tot în 2007 a fost înființată și o farmacie cu circuit închis, autorizată de MS, care asigură distribuția de medicamente pentru serviciile din CAIA

¹⁸⁶ asistență medicală, asistență psihologică, asistență socială, servicii de evaluare a consumatorului, managementul de caz, realizarea planului individualizat de asistență, pe care le oferă și CPECA

¹⁸⁷ La sfârșitul anului 2007 a fost introdus în CAIA tratamentul substitutiv cu buprenorfină și naloxonă, dar și cu naltrexonă

¹⁸⁸ furnizează servicii medicale, psihologice și sociale beneficiarilor ce au domiciliul în București - sectoarele 1 și 2 și județul Ilfov

¹⁸⁹ Județ în regiunea Nord-Vest a României

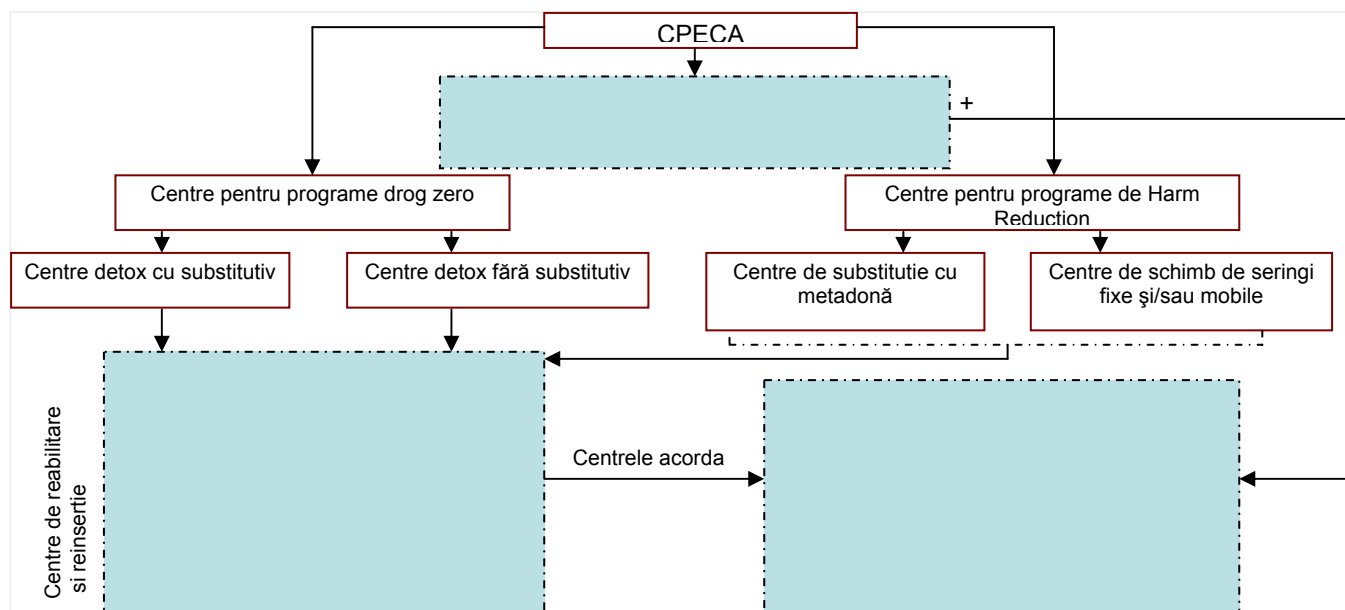
¹⁹⁰ Județ în regiunea Nord-Est a României

¹⁹¹ în cadrul proiectului finanțat de UNODC „Prevenirea și tratamentul HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile în comunitate și penitenciare”

¹⁹² Decizia Președintelui ANA nr. 13/2007

a adicțiilor din cadrul ANA, fapt care susține ipoteza că serviciile de asistență a consumatorilor sunt încă insuficient dezvoltate.

În anul 2008¹⁹³, s-au inițiat/ elaborat proiecte legislative care au urmărit dezvoltarea sistemului de servicii de prevenire și asistență integrată a consumatorilor de droguri¹⁹⁴.



Schema serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri din România

Sursa: Agenția Națională Antidrog – Standardele sistemului Național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri

Procesul de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri se realizează în următoarele etape: 1. evaluarea (constă în identificarea caracteristicilor individuale ale consumatorului)¹⁹⁵; 2. includerea într-un program integrat de asistență (PIT)¹⁹⁶; 3.

¹⁹³ Programele Naționale de Sănătate 2008 (HG nr. 357/ 26 martie 2008) care prevăd, la secțiunea evaluare următorii indicatori de eficiență: cost mediu/ test de depistare a drogurilor în urină – 20 lei; cost mediu/pacient tratat în post cură – 320 lei; cost mediu/ pacient tratat substitutiv – 120 lei, iar în cadrul subprogramului 2.2 (Subprogramul de supraveghere și control al infecției HIV): asigurarea accesului la consiliere și testare HIV pentru populațiile la risc (persoane care practică prostituția, persoane care își injectează droguri, persoane fără adăpost, persoane aflate în detenție, homosexuali)

¹⁹⁴ De ex: Programul național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012, aprobat prin HG 1.102/18.09.2008 care propune măsuri concrete de intervenție pentru completarea sistemului național de servicii de prevenire și asistență a consumatorilor de droguri, servicii configurate pentru o abordare integrată și adecvată permanent nevoilor clienților și comunităților locale (servicii de outreach, implicarea familiilor și comunităților în actul terapeutic, precum și finanțarea din fonduri publice a operaționalizării unor servicii specializate dezvoltate în sectorul neguvernamental) și Ordinul nr. 1.389/4.08.2008 - 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

¹⁹⁵ se realizează pe următoarele arii: 1. istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/ sau sindrom de abținere bazat pe istoricul personal și de consum și pe semnele specifice ale acestora; 2. condiții bio - medicale și complicații curente care, deși nu au legătură cu sindromul de abținere sau cu intoxicarea, necesită tratament deoarece pot genera riscuri sau pot complica procesul de asistență și reabilitare; 3. condiții psihologice și/ sau psihiatrice și complicații, precum și alte condiții care pot genera riscuri sau pot complica procesul de asistență și reabilitare, cum sunt: acceptarea/ rezistența la tratament, potențial de recădere, continuarea consumului etc.; 4. condiții sociale și familiale care pot fi surse de suport individual, familial sau comunitar sau pot îngreuna/ împiedica procesul de asistență; 5. situația juridică anterioară și prezentă

¹⁹⁶ a) program drog 0 de intensitate mică – PIT 1 care oferă: servicii medicale de bază și specializate; susținerea abținerei cu antagoniști de opiacee; consiliere psihologică și/ sau psihoterapie; testarea prezenței drogurilor; asistență socială; consiliere juridică; activități de informare, educare și formare pentru obținerea unui nivel educativ,

elaborarea planului individualizat de asistență terapeutică, psihologică și socială (PIA)¹⁹⁷; 4. implementarea și monitorizarea măsurilor prevăzute în planul individualizat; 5. evaluarea implementării măsurilor prevăzute în planul individualizat și a rezultatelor acestora.

Serviciile de asistență socială a persoanelor dependente de droguri au fost reglementate în anul 2008, prin elaborarea de către ANA, în colaborare cu Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și cu Ministerul Sănătății Publice a *Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor în care se acordă serviciile de asistență pentru consumatorii de droguri, precum și metodologia de autorizare a acestora*¹⁹⁸. Serviciile asigurate de CPECA¹⁹⁹ și unitățile medicale publice sau private, în perioada de postcură-reabilitare psihosocială, sunt: psihoterapia individuală, familială și de grup; terapia ocupațională și tratamentul tulburărilor psihice asociate.

Circuitul integrat de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri este creat parțial, verigile deficitare fiind serviciile de tip comunitate terapeutică și cele sociale, serviciile de asistență destinate copiilor consumatori de droguri și sistemului penitenciar și centrele pentru patologie duală.

11.2 GHID CLINIC DE TRATAMENT SUBSTITUTIV AL DEPENDENȚEI LA OPIACEE

11.2.1 Forme de asistență și condiții de acordare (incluere în /continuare program)

A. Cura de dezintoxicare:

În anul 2000, conform legislației din acel moment, cura de dezintoxicare se putea realiza numai în baza expertizei medico-legale (confirmarea diagnosticului de dependență) și prin acceptul persoanei de a fi supusă unui control periodic și aleatoriu al metaboliților drogurilor. Sunt reglementate legal și alte metode: psihoterapia și tratamentul de substituție (numai după depistarea prezenței metaboliților în organism):

- prin *spitalizare integrală* în secții de dezintoxicare cu regim închis și care puteau fi părăsite numai prin externare, iar persoanele respective au obligația de a urma postcura-reabilitarea psihosocială la sfârșitul perioadei de dezintoxicare²⁰⁰;

cultural și relațional suficient pentru a participa la viața socială și a accesa servicii de sprijin comunitar; b) *program drog 0 – PIT 2* care oferă în plus față de serviciile oferite în PIT 1: dezintoxicare substitutivă sau non-substitutivă, în ambulator sau în regim spitalicesc; c) *program drog 0 cu stabilizare – PIT 3* care oferă în plus servicii medicale/psihologice sau psihiatrice/servicii sociale și juridice specializate pentru afecțiuni coexistente și/sau cauzate de consum și care necesită o intervenție imediată; d) *program de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri – PIT 4*, cu formele: program substitutiv cu agonisți de opiacee (prescriere și eliberare de metadonă), program de schimb de seringi și/sau alte măsuri adresate reducerii riscurilor, care oferă servicii de consiliere în scopul practicării unui consum fără risc, activități de informare cu privire la serviciile de asistență existente; acoperirea necesităților de bază: alimentație, igienă, îmbrăcăminte, odihnă.

¹⁹⁷ Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri cuprinde: date generale despre solicitant, scopul programului, prezentarea problemelor și prioritizarea acestora, puncte tari/puncte slabe, obiective și data la care se așteaptă să fie îndeplinite, măsurile și programarea acestora, personalul responsabil, precum și procedurile de acordare. Stabilirea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri urmărește atingerea unui număr de patru obiective: stabilirea modalității de asistență, stabilirea tipurilor de servicii, stabilirea măsurilor de asistență, alegerea structurii adecvate și disponibile. Modalitățile de asistență se diferențiază prin intensitatea măsurilor care prin caracteristicile lor răspund cel mai adecvat necesităților consumatorilor de droguri și sunt de mai multe tipuri: de urgență, ambulatorie de intensitate redusă sau de intensitate crescută, în regim rezidențial, în regim spitalicesc. Sunt stabilite caracteristicile fiecărei modalități de asistență și sunt oferite indicații clare pentru selectarea unui anumit tip de asistență din cele menționate. Tipurile de servicii oferite și măsurile de asistență sunt de natură medicală, psihologică și socială, iar structura adecvată și disponibilă consumatorilor de droguri face referire directă la centrele de asistență.

¹⁹⁸ Serviciile de asistență socială sunt reglementate prin Regulamentul – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială (HG nr. 1434/ 2004 privind atribuțiile și Regulamentul – cadru de organizare și funcționare ale Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului, Emitent Guvernul, MO nr. 869/ 23.09.2004) precum și prin normele metodologice de aplicare a dispozițiilor legale privind serviciile sociale (OG nr. 68/ 2003 privind serviciile sociale, Emitent Guvernul României, MO nr. 619/30.08.2003)

¹⁹⁹ Pe parcursul anului 2006, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei a acreditat cele 41 de CPECA ca furnizori de servicii sociale

²⁰⁰ Durata curei de dezintoxicare este stabilită în funcție de starea și evoluția pacientului, fără a se depăși 30 de zile, iar internarea la cerere se poate face o dată sau de două ori pe an

- *substituția în ambulatoriu* cu metadonă sau alte substanțe specifice (levo-alfa-acetil-metadol, buprenorphina)²⁰¹: pentru a intra în program persoana trebuia să îndeplinească unul sau mai multe criterii²⁰². Se întrerupea prin reducerea progresivă a dozelor când: persoana în cauza avea trei rezultate pozitive consecutive la controalele periodice; comportament și atitudine necorespunzătoare a pacientului față de personal sau față de alți pacienți; ca urmare a unei contraindicații medicale sau la cererea pacientului. Readmiterea persoanei în program putea fi rediscutată după 3 luni de la excludere,
- în instituțiile subordonate Ministerului de Interne și Ministerului Justiției, în cazul în care o persoană inclusă într-un astfel de program era în faza de urmărire penală sau în alte secții de spital, în cazul în care persoana era internată într-o altă secție pentru afecțiuni somatice.

Din anul 2002, prescrierea metadonei pentru tratamentul de substituție se poate realiza și *în ambulatoriu*, cu posibilitatea de prescriere de doze pentru acasă pe o perioadă de 10-14 zile. Prescrierea se face de către medicul curant din *laboratorul de sănătate mintală* unde se află în tratament pacienții toxicomani, pe rețete cu timbru sec și în baza autorizației eliberate de direcțiile de sănătate publică (valabilă o perioadă de 3 luni de la data eliberării).

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 droguri²⁰³ stabilește Criteriile specifice de organizare și funcționare pentru centrul de dezintoxicare²⁰⁴: admiterea/internarea²⁰⁵ persoanelor pentru dezintoxicare este decisă de medicul centrului de dezintoxicare, pe baza recomandării trimise de centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, medicul de familie sau

²⁰¹ Baze legale pentru substituție: Legea 73/1969 privind regimul produselor și substanțelor stupefiante și cu conținut stupefiant, coroborată cu Instrucțiunile Ministrului Sănătății nr. 103/1979 care cuprind normele de aplicare ale legii de mai sus, reglementează circuitul legal al produselor stupefiante în cadrul cărora este și produsul SINTALGON comprimate (metadona) și Ordinului M.S. nr. 963/1998 privind aprobarea normelor metodologice generale de organizare și acordarea asistenței medicale, tratamentului, îngrijirilor medicale și serviciilor hoteliere toxicomanilor prin consum în abuz de substanțe psihoactive (stupefiante)

²⁰² criteriile de includere în programul de substituție în ambulatoriu (menținere pe metadonă) sunt: diagnostic pozitiv de sindrom de dependență de substanțe psihoactive (tulburări mentale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive); vârsta peste 18 ani (sub 18 ani cu acordul părinților/reprezentantului legal); proba biologică a dependenței (examen pozitiv al urinei); minimum doi ani de dependență, documentată medical; 3 tentative de dezintoxicare nonsubstitutivă eșuate în antecedente; boli asociate dependenței (infecție HIV/SIDA, TBC, insuficiență cardiacă, hepatită cronică tip B și C, boli psihice majore); femei gravide și dependente de opiacee; politoxicomania; persoane dependente care au în întreținere minori. Responsabilul de program poate interpreta aceste criterii după caz și va elabora decizia finală de includere în sau de excludere din program - anexa nr. II a Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005)

²⁰³ emitent: Ministerul Sănătății Publice (Nr. 1.389 din 4 august 2008), Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse (Nr. 513 din 15 august 2008) și Ministerul Internelor și Reformei Administrative (Nr. 282 din 24 august 2007), publicat în: Monitorul Oficial nr. 830 din 10 decembrie 2008

²⁰⁴ Centre de dezintoxicare - Criterii minime privind structura de personal și competențele profesionale: Centrul are angajat cu normă întreagă: un medic psihiatru, un psiholog, un asistent social, asistenți medicali, infirmieri. a) Medicul este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în medicină, cu specialitatea psihiatrie, membru al Colegiului Medicilor din România; b) Psihologul este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în psihologie sau asimilată, cu atestat de liberă practică pentru una dintre următoarele specialități profesionale: psihologie clinică, consiliere psihologică sau psihoterapie, conform normelor în vigoare. Se asigură un psiholog pentru fiecare 6 - 8 beneficiari; c) Asistentul social este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în asistență socială, membru al Colegiului Național al Asistenților Sociali din România. Se asigură un asistent social pentru fiecare 10 - 12 beneficiari; d) Asistentul medical este membru al Colegiului Asistenților Medicali, cu drept de liberă practică. Se asigură un asistent medical pentru fiecare 6 beneficiari. Prezența asistenților medicali în secție este continuă, asigurată prin lucrul în ture, în condițiile legii. e) Infirmier cu studii medii; se asigură un infirmier pentru fiecare 20 de beneficiari.

²⁰⁵ Procedura privind internarea beneficiarului este prevăzută în regulamentul de organizare și funcționare a centrului.

alți furnizori de servicii pentru consumatorii de droguri²⁰⁶. Medicul va informa beneficiarul despre metodele utilizate în cadrul dezintoxicării, precum și despre tratamentul prescris. În cazul în care numărul solicitărilor depășește numărul de paturi disponibile din centrul de dezintoxicare, se întocmește o listă de așteptare de către medicul centrului.

Beneficiarul, pe tot parcursul internării, primește tratament adecvat potrivit necesităților individuale și celor legate de dependența de substanță, în conformitate cu ghidurile de bune practici în domeniu. Medicul centrului poate modifica în orice moment tratamentul, în funcție de starea clinică și de evoluția beneficiarului, cu informarea prealabilă a acestuia.

Pe tot parcursul internării medicul centrului poate dispune efectuarea de analize pentru depistarea prezenței drogurilor. Pozitivarea acestora atrage o reevaluare a serviciilor oferite sau externarea beneficiarului, după caz.

Dezintoxicarea poate începe numai după confirmarea diagnosticului de dependență, conform Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale IV/Codul internațional al maladiilor nr. 10, denumit în continuare DSM IV/ICD 10, și prin punerea în evidență în sângele sau în urina beneficiarului a drogurilor consumate de către acesta. Perioada de dezintoxicare este stabilită în funcție de starea și de evoluția beneficiarului, fără a se depăși 30 de zile.

Pe tot parcursul internării managementul de caz este asigurat de centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în colaborare cu personalul centrului.

În cazul în care, pe parcursul internării beneficiarul refuză medicația prescrisă, tratamentul va fi reevaluat împreună cu medicul, iar dacă beneficiarul refuză în continuare planul terapeutic propus, va fi externat. Excepție fac situațiile în care beneficiarul este obligat la tratament de instanțele judecătorești. În acest caz beneficiarul este informat asupra tratamentului, fără a fi nevoie de acordul acestuia.

B. Serviciile de postcură-reabilitare psihosocială cuprind ansamblul de măsuri destinate tratării dependenței psihice și redobândirii aptitudinilor sociale și profesionale, pierdute din cauza consumului de droguri:

- 2000 - *servicii de specialitate psihiatrică, servicii de consiliere psihologică și psihoterapie* (minimum 180 de zile) și măsuri destinate *prevenirii afecțiunilor transmise pe cale sanguină*²⁰⁷. Supravegherea medicală era asigurată printr-o *unitate medicală*, publică sau privată, împreună cu *o familie, o persoană sau o colectivitate*, care prezintă aptitudinile necesare unei astfel de supravegheri, iar prevenirea transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile era realizată prin *organizații neguvernamentale*;
- 2003 - *servicii sociale*²⁰⁸ acordate în cadrul serviciilor de asistență socială care, prin echipe pluridisciplinare, realizează o evaluare complexă și elaborează un plan individualizat de asistență și îngrijire. Noutatea serviciului constă în faptul că se adresează atât foștilor consumatori, cât și celor care continuă să consume droguri și, de asemenea, și familiei acestora.

Din nevoia de a oferi instrumente de lucru cât mai accesibile și cât mai adaptate cerințelor specialiștilor implicați în domeniu, în anul 2010, experți în diferitele aspecte ale adicției la opiacee, din centrele de tratament, au elaborat, în cadrul unui proiect finanțat de către UNDOC, un ghid de bună practică: *Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee*²⁰⁹. Respectivul ghid este aprobat de către

²⁰⁶ Pe parcursul internării beneficiarul este obligat să respecte regulamentul de ordine interioară al centrului, care îi este adus la cunoștință în momentul internării. În acest sens, beneficiarul semnează că a fost informat și că pe parcursul internării va respecta regulile impuse de regulamentul centrului. În cazul internării pentru dezintoxicare, beneficiarul va semna un acord privind asistența medicală, care se va aplica pe parcursul internării; nerespectarea angajamentului atrage externarea disciplinară a beneficiarului sau reevaluarea măsurilor terapeutice întreprinse. În cazul beneficiarilor cu vârsta sub 18 ani, acordul va fi semnat de către reprezentantul legal.

²⁰⁷ în care includerea se face la cerere și constau în acordarea de consiliere specifică și prin facilitarea accesului la seringi de unică folosință

²⁰⁸ ansamblul complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii unor situații de dificultate, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale și promovarea incluziunii sociale (ex. găzduirea pe perioadă determinată a persoanelor fără adăpost; acordarea de măsuri de suport pentru integrarea în muncă)

²⁰⁹ prof. dr. Dan Prelipceanu, dr. Gabriel Cicu – București : Editura Asociației Psihiatrice Române, 2010

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

Temele abordate pe parcursul ghidului menționat includ:

- Evaluarea în vederea includerii în tratamentul de substituție;
- Dezintoxicarea cu substitut (pe termen lung și pe termen scurt);
- Tratamentul de substituție cu buprenorfină-naloxonă. Program de menținere (inducție, stabilizare, întrerupere/ dezintoxicare, trecere de pe un substitut pe altul);
- Tratamentul de substituție cu metadonă. Program de menținere (inducție, stabilizare, întrerupere/ dezintoxicare, trecere de pe un substitut pe altul);
- Patologia psihiatrică asociată și tratamentul substitutiv – diagnostic dual;
- Metodologie pentru programele de menținere cu medicație de substituție;
- Intervenții complementare psihosociale în tratamentul substitutiv al dependenței de opiacee.

Astfel, ghidul conține:

- instrumente de evaluare clinică în dependența de droguri în vederea includerii în tratamentul de substituție, precum și de urmărire a cazului: instrumente de screening, instrumente de diagnostic, instrumente pentru evaluarea problemelor relaționate cu consumul de substanțe, instrumente pentru diagnosticarea comorbidității psihiatrice (tulburare sau patologie duală) și instrumente pentru evaluarea aspectelor motivaționale și de dispoziție;
- indicațiile/ contraindicațiile unui anumit tip de dezintoxicare sau tratament (cu buprenorfină-naloxonă și metadonă), reguli de inițiere a tratamentului, inducție, stabilizare, întrerupere/ dezintoxicare, tratament de întreținere, modificări ale dozei, trecere de pe un substitut pe altul și finalitate a tratamentului.

11.2.2 Grupurile țintă

Tot prin Ordinul nr. 1389/513/282 din 4 august 2008 sunt stabilite și criteriile specifice de organizare și funcționare pentru centrul de dezintoxicare²¹⁰ și criteriile specifice de organizare și funcționare în cazul tratamentului de substituție cu agoniști de opiacee:

1. Criterii de includere în tratamentul de substituție:

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

2. Criterii de orientare pentru includerea în tratament de substituție:

- a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;
- b) comportament de consum de risc;
- c) HIV/SIDA;
- d) femei însărcinate;
- e) patologie organică sau psihiatrică gravă;
- f) polidependență.

²¹⁰ Centre de dezintoxicare - Criterii minime privind structura de personal și competențele profesionale: Centrul are angajați cu normă întreagă: un medic psihiatru, un psiholog, un asistent social, asistenți medicali, infirmieri. a) Medicul este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în medicină, cu specialitatea psihiatrie, membru al Colegiului Medicilor din România; b) Psihologul este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în psihologie sau asimilată, cu atestat de liberă practică pentru una dintre următoarele specialități profesionale: psihologie clinică, consiliere psihologică sau psihoterapie, conform normelor în vigoare. Se asigură un psiholog pentru fiecare 6 - 8 beneficiari; c) Asistentul social este absolvent al unei instituții de învățământ superior cu diplomă de licență în asistență socială, membru al Colegiului Național al Asistenților Sociali din România. Se asigură un asistent social pentru fiecare 10 - 12 beneficiari; d) Asistentul medical este membru al Colegiului Asistenților Medicali, cu drept de liberă practică. Se asigură un asistent medical pentru fiecare 6 beneficiari. Prezența asistenților medicali în secție este continuă, asigurată prin lucrul în ture, în condițiile legii; e) Infirmier cu studii medii; se asigură un infirmier pentru fiecare 20 de beneficiari.

Ghidul clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, menționat anterior, face referire la următoarele grupuri țintă: utilizatorii de heroină, pacienții cu HIV/VHB/VHC, pacienții minori, femeii însărcinate, pacienții cu diagnostic dual și cu polidependență. În cadrul ghidului se precizează că inițierea tratamentului cu medicație de substituție la pacienții care au indicație nu ar trebui întârziată, dar dacă amânarea este de neevitat au prioritate în accesarea programelor de tratament cu medicație de substituție: femeii însărcinate; persoanele infectate cu HIV și partenerii lor de viață, consumatori de opioide; persoanele purtătoare ale virusului hepatitei B (cu pozitivitate pentru antigenul HBs și Hbe) și partenerii lor de viață, consumatori de opioide.

11.3 IMPLEMENTAREA GHIDULUI

Nu există factori care complică punerea în aplicare a ghidului având în vedere că:

- are la bază modele de bună practică și ghiduri elaborate sau promovate în alte țări cu experiență și rezultate promițătoare în tratamentul consumatorilor de droguri, cum ar fi SUA, Marea Britanie sau Irlanda²¹¹ sau de organisme internaționale: EMCDDA, NIDA, NIAAA, WHO, UNAIDS, UNODC;
- deși nu este obligatoriu, a fost aprobat de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor;
- este redactat de specialiști care lucrează în centre de tratament a adicției la opiacee, cu experiență incontestabilă în tratamentul diferitelor aspecte ale adicției la opiacee;
- se adresează personalului specializat dar fără experiență în domeniu: medici (psihiatru de adulți sau copii, infecționiști, medici de familie sau medicină generală), psihologii clinicieni, asistenții sociali și medicali, sociologii, psihoterapeuții implicați, oriunde în țară, în orice tip de unitate care are ca obiectiv tratamentul adicției la opiacee.

11.4 COMPARAȚIE CU GHIDUL OMS ÎN DOMENIU

Comparativ cu recomandările cuprinse în ghidul OMS, în România, *tratamentul substitutiv al dependenței de opiacee* prevede:

1. Alegerea tratamentului:
 - pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, clinicienii oferă tratament de substituție la opioide cu agonist opioid și tratament cu antagonist opioid (naltrexonă);
 - în general, pacienții nu sunt sfătuiți să folosească agonist opiaceu pentru tratamentul de menținere, ci recomandările se fac în funcție de evaluarea pacientului;
 - neînceperea unui tratament de menținere cu agonist opiaceu ia în considerare farmacoterapia antagonistă cu folosirea naltrexonei, după încheierea unei cure de dezintoxicare la opioide.
2. Tratament de menținere cu agonist opiaceu:
 - în cadrul tratamentului de menținere cu agonist opiaceu se poate opta pentru tratamentul cu buprenorfină – naloxonă sau metadonă;
 - în timpul tratamentului cu metadonă, doza zilnică inițială depinde de nivelul de neuroadaptare și nu este, în general, mai mult de 20 mg, și cu siguranță nu mai mult de 30 mg;
 - în medie, doza de metadonă de substituție se încadrează în intervalul de 60-120 mg pe zi (pentru majoritatea doza medie fiind de 100 mg pe zi); în România, metadona se găsește sub formă de comprimate de 2,5 mg, 5 mg și 20 mg;
 - doza medie de întreținere cu buprenorfină – naloxonă este de 20 mg pe zi;

²¹¹ ex: Irlanda de Nord – Guidelines on Opiate Substitution Treatment for Opiate Dependence (http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/en/index.html) și National Treatment Agency for Substance Misuse (Marea Britanie) – Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness (http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_treat_drug_misuse_evidence_effectiveness_2006_rb5.pdf)

- dozele de metadonă și buprenorfină – naloxonă sunt supravegheate direct în faza de început a tratamentului;
 - privilegiile acordate în timpul tratamentului de substituție se stabilesc în funcție de mai multe criterii medicale, psihologice și sociale (nu doar pe baza celor medicale) în cadrul monitorizării planului individualizat de asistență (PIA)²¹²;
 - sprijin psihosocial este oferit de rutină în asociere cu tratament farmacologic pentru dependența de opiacee.
3. Managementul sevrajului la opioide:
- ghidul recomandă pentru gestionarea întreruperii la opioide, utilizarea de doze descrescătoare a agoniștilor opioizi, deși alfa-2 agoniști adrenergici pot fi de asemenea utilizați;
 - medicii nu trebuie să utilizeze în mod curent combinație de antagoniști de opiacee și sedare în gestionarea sevrajului la opioide;
 - serviciile psihologice sunt oferite de rutină în asociere cu tratament farmacologic de întrerupere la opioide.
4. Asistența persoanelor gravide, consumatoare de opiacee:
- tratamentul cu agonist opiaceu de întreținere este utilizat pentru tratamentul dependenței de opiacee în timpul sarcinii;
 - ca și în cazul celorlalți consumatori, se utilizează combinația buprenorfină - naloxonă pentru tratamentul dependenței de opiacee.
5. Asistența în medii închise (penitenciare, arest): nu există un ghid în mod special, dar tratamentul persoanelor aflate în detenție sau reținute se face similar cu cel pentru persoanele aflate în libertate.

²¹² Conform Ordinului 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, *Programul de menținere se realizează conform următoarei metodologii (metoda privilegiilor):* a) luna 1 - 3 inclusiv - inducție. Se realizează inducerea tratamentului și stabilirea dozei de menținere prin internare sau prezentare zilnică la centru; b) luna 4 - 6 inclusiv - un privilegiu. La sfârșitul primelor 3 luni de tratament de substituție se face o evaluare de către medic, asistent social și psiholog. Dacă pe parcursul acestor 3 luni testele urinare efectuate au fost negative și beneficiarul respectă acordul de asistență și planul individualizat de asistență, medicul centrului poate propune beneficiarului să beneficieze o zi pe săptămână de o autoadministrare a dozei zilnice pentru următoarele 3 luni. Doza pierdută sau distrusă nu se înlocuiește, beneficiarul asumându-și întreaga responsabilitate asupra produsului. Dacă pe parcursul acestor 3 luni rezultatul a cel puțin unui test este pozitiv, se revine la administrarea zilnică, ca în primele 3 luni de tratament, urmând ca beneficiarul să fie reevaluat după alte 3 luni; c) luna 7 - 9 inclusiv - două privilegii (cu respectarea aceluiași condiții ca și în cazul unui privilegiu); d) luna 10 - 12 inclusiv - 3 privilegii (cu respectarea aceluiași condiții ca și anterior); e) luna 13 - 18 inclusiv - tratament săptămânal (cu respectarea aceluiași condiții ca și anterior); f) după luna 19 - tratament la două săptămâni (cu respectarea aceluiași condiții ca și anterior); 5. Situații speciale: Părăsirea localității de domiciliu. În cazul în care este necesar ca beneficiarul să părăsească localitatea de domiciliu pentru a merge în altă localitate unde poate continua tratamentul de substituție, se eliberează o recomandare din partea medicului curant, în care sunt menționate doza zilnică de tratament, modalitatea de administrare și unitatea unde acesta este în evidență. Dacă în localitatea respectivă nu se poate asigura tratament de substituție, beneficiarul primește tratamentul de substituție necesar pentru 3 zile. Părăsirea țării. În cazul în care beneficiarul părăsește țara, acesta va contacta sistemul de asistență din țara unde urmează să ajungă pentru continuarea tratamentului. În acest caz, medicul curant va elibera o scrisoare medicală în care vor fi menționate datele beneficiarului, perioada de timp în care beneficiarul a fost în evidența centrului, doza zilnică de tratament de substituție, modalitatea de administrare. În cazuri excepționale, beneficiarul poate avea asupra sa tratamentul de substituție necesar pe durata deplasării, dar nu mai mult de 30 de zile, potrivit legii. În cazul în care beneficiarul se află în stare privativă de libertate, tratamentul de substituție se asigură de către organul judiciar unde acesta se află arestat, potrivit legii. Datele referitoare la doza zilnică și modalitatea de tratament vor fi solicitate de organul judiciar medicului curant din centrul unde beneficiarul este în evidență.

BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE

BIBLIOGRAFIE

RAPOARTE, STUDII, CERCETĂRI, METODOLOGII

1. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2000) - Raport Național privind problematica drogurilor în România în anul 1999
2. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2003) - Raportul de evaluare a fenomenului drogurilor în România – 2002
3. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2003) Raportul de evaluare a fenomenului drogurilor în România
4. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2003) Raportul de evaluare, România – 2002
5. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2004) Situația în domeniul drogurilor – 2003
6. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2005) Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a cosnumatorilor de droguri
7. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2008) - Prevalența consumului de droguri în România – Studiu în populația generală 2007. Raport studiu.
8. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2008). Anchetă referitoare la prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi. Raport studiu.
9. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2008).- Raport Național privind situația drogurilor în România
10. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2009) - Anchetă referitoare la prevalența infecțiilor HIV, VHB și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi. Raport studiu.
11. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2009).- Raportul de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2005 – 2008, în vederea implementării Strategiei naționale antidrog 2005 – 2012
12. Brigada de Combatere a Crimei Organizate și Corupției (1997) - Raport Național privind problematica drogurilor
13. Brigada de Combatere a Crimei Organizate și Corupției (1998) - Raport național privind drogurile în România
14. Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice din România (2009) - Riscuri și inechități sociale în România
15. Facultatea de Științe Politice din cadrul Școlii Naționale de Studii Politice și Administrative (2009)
16. INML (Institutul Național de Medicină Legală). (2010) - Raportul asupra activității rețelei de Medicină Legală în anul 2009
17. Labăr, A. V. (2008) - SPSS pentru științele educației. Editura Polirom. Iași
18. Prelipceanu, Dan, Cicu, Gabriel (2010) - Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, Editura Asociației Psihiatrice Române, București
19. Romanian Angel Appeal (2009) - Annual report HIV/AIDS
20. UNICEF (2009) - Studiul privind adolescenții cu risc crescut HIV/SIDA
21. UNODC (2009) - Anchetă comportamentală și serologică privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile CDI din București - Behavioural Surveillance Survey

LEGISLAȚIE

1. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 963/1998 cu privire la aprobarea normelor metodologice generale privind organizarea și acordarea de asistență medicală, tratament și servicii dependenților
2. Ordonanța de Guvern nr. 92/29.08.2000 privind organizarea și funcționarea serviciilor de reintegrare socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate, emitent Guvernul, MO nr. 423/01.09.2000
3. 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
4. Ordonanța de Guvern nr. 68/2003 privind serviciile sociale, Emitent Guvernul României, MO nr. 619/30.08.2003
5. Hotărârea de Guvern nr. 1342 din 22.09.2004 privind aprobarea Strategiei naționale pentru implementarea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/SIDA în perioada 2007-2007, Emitent Guvernul, MO nr. 865/22.09.2004
6. Hotărârea de Guvern nr. 1434/ 2004 privind atribuțiile și Regulamentul – cadru de organizare și funcționare ale Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului, Emitent Guvernul, MO nr. 869/23.09.2004

7. Legea nr. 522 din 24 noiembrie 2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/ 2000 privind combaterea traficului și consumul ilicit de droguri (Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 1155 din 7 decembrie 2004
8. Regulamentul (CE) nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2004 privind precursorii de droguri (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 47 din 18 februarie 2004),
9. Dispoziția Președintelui ANA nr.1563395/2005 privind înființarea Centrului Național de Formare și Cercetare în Adicții în cadrul Agenției Naționale Antidrog și acreditarea programelor de formare, a formatorilor și a formatorilor de formatori din domeniul adicțiilor
10. Hotărârea de Guvern nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005 - 2012, publicată în Monitorul Oficial nr. 112 din 3 februarie 2005
11. Hotărârea de Guvern nr. 860 din 28 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (MO nr. 749 din 17 august 2005)
12. Legea nr. 339/2005 care reglementează regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope care prezintă interes în medicină, supuse unui control strict
13. Regulamentul (C.E.) nr. 1277/2005 al Comisiei din 27 iulie 2005 privind aplicarea Regulamentului 273/2004 și a Regulamentului 111/2005 (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 202 din 3 august 2005)
14. Regulamentul nr. 111/2005 al Consiliului din 22 decembrie 2004 privind supravegherea comerțului cu precursori de droguri între Comunitate și statele terțe (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 22 din 26 ianuarie 2005),
15. Decizia Președintelui ANA nr. 17 din 2 octombrie 2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri (ANA, MO 899/06.11.2006).
16. Hotărârea de Guvern nr. 1873 din 21.12.2006 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, MO nr. 8/05.01.2007
17. Hotărârea de Guvern nr. 1915 din 22.12.2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; Emitent Guvernul, MO nr. 18/11.01.2007
18. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 372/2006 prin care sunt reglementate măsurile de promovare și apărare a sănătății mintale, precum și de prevenire a îmbolnăvirilor psihice
19. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 374/10.04.2006 privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, Emitent Ministerul Sănătății, MO nr. 373/02.05.2006
20. Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 121 din 21.12.2006 care abrogă Legea nr. 300/2002 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor, Emitent Guvernul, MO nr. 1039 din 28.12.2006
21. Decizia Președintelui ANA nr. 11/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Obregia
22. Decizia Președintelui ANA nr. 13/2007 pentru înființarea și gestionarea listei de așteptare pentru serviciile de asistență integrată a adicțiilor din cadrul ANA
23. Decizia Președintelui ANA nr. 4/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Pantelimon
24. Decizia Președintelui ANA nr. 9/2007 pentru aprobarea funcționării CAIA Pericle
25. Hotărârea de Guvern nr. 324 din 28.03.2007 pentru aprobarea Strategiei naționale de management integrat al frontierei de stat a României în perioada 2007-2010, Emitent Guvernul, MO nr. 249/13.04.2007
26. Legea nr. 186 din 13.06.2007 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, Emitent Parlamentul, MO nr. 425/26.06.2007
27. Ordinul comun nr. 770/ 192/ 2007, pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile; Emitent: Ministerul Sănătății Publice (Nr. 770/2007) și Ministerul Internelor și Reformei Administrative (Nr. 192/ 2007)
28. Ordinul Ministrului Internelor și Reformei Administrative nr. 297 din 21 septembrie 2007 pentru aprobarea Planului strategic al Ministerului Internelor și Reformei Administrative pentru perioada 2007-2009
29. Hotărârea de Guvern nr. 1101 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 30 septembrie 2008)
30. Hotărârea de Guvern nr. 1102 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 675 din 1 octombrie 2008)
31. Hotărârea de Guvern nr. 358 din 26.03.2008, pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, precum și pentru

- modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, MO nr. 269/04.04.2008
32. Ordinul comun nr. 1389/513/282 din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri emitent: Ministerul Sănătății Publice (Nr. 1.389 din 4 august 2008), Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse (Nr. 513 din 15 august 2008) și Ministerul Internelor și Reformei Administrative (Nr. 282 din 24 august 2007), publicat în: Monitorul Oficial nr. 830 din 10 decembrie 2008
 33. Hotărârea de Guvern nr. 1064 din 23 septembrie 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 34. Hotărârea de Guvern nr. 1318 din 4 noiembrie 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 35. Hotărârea de Guvern nr. 1424 din 18 noiembrie 2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, Emitent Guvernul României, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 842 din 07 decembrie 2009
 36. Hotărârea de Guvern nr. 1493 din 2 decembrie 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 37. Hotărârea de Guvern nr. 367 din 25 martie 2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009, Emitent Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 202 din 31 martie 2009
 38. Hotărârea de Guvern nr. 493 din 28 aprilie 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 39. Hotărârea de Guvern nr. 680 din 3 iunie 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 40. Hotărârea de Guvern nr. 937 din 19 august 2009 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 367/2009
 41. Legea nr. 125 din 29.04.2009 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 130/2008 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 104/2001 privind organizarea și funcționarea Poliției de Frontieră Române, precum și pentru abrogarea cap. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 105/2001 privind frontiera de stat a României, Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 324 din 15/05/2009)
 42. Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (publicată în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009)
 43. Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal, Emitent: Parlamentul României, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea 1, Nr. 510 din 24 iulie 2009
 44. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 962 din 29 iulie 2009 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor
 45. Ordinul Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009
 46. Ordinul Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 574/591 din 7 mai 2009 privind modificarea Ordinului Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009
 47. Ordinul Ministrului Sănătății Publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 846/702 din 6 iunie 2009 privind modificarea Ordinului Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009
 48. Ordinul Ministrului Sănătății Publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.192/868 din 30 septembrie 2009 privind modificarea Ordinului Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009
 49. Ordinul Ministrului Sănătății Publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.318/908 din 19 octombrie 2009 privind modificarea Ordinului Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009
 50. Ordinul Ministrului Sănătății Publice și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.645/1.136 din 30 decembrie 2009 privind modificarea Ordinului Ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate Nr. 417/431 din 31 martie 2009
 51. Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11/03/2009 pentru modificarea art. 13 alin. (2) și (3) din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 30/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor și pentru reorganizarea unor unități din subordinea Ministerului Administrației și Internelor, Emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 156 din 12 martie 2009
 52. Hotărârea de Guvern nr. 575 din 16 iunie 2010 pentru actualizarea anexei la Legea nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, precum și a anexei la Legea

- nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 509 din 22 iulie 2010
53. Legea nr. 135 din 01 iulie 2010 privind Codul de Procedură Penală, Emitent: Parlamentul României, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 486 din 15/07/2010
54. Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 6 din 10 februarie 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și pentru completarea Legii nr. 339/ 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; Emitent: Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 100 din 15 februarie 2010
55. Decizia Președintelui ANA nr. 16 din 2 octombrie 2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri (ANA, MO 899/06.11.2006)

SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE

- ✓ <http://www.afladec.ro>, site dedicat Hepatitei Virale C
- ✓ <http://www.aliatong.ro>, site-ul ONG ALIAT
- ✓ <http://www.ana.gov.ro>, site-ul Agenției Naționale Antidrog
- ✓ <http://www.anit.ro/>
- ✓ <http://www.ccmromania-gfatm.com>, site-ul Consiliului de Coordonare al Fondului Global
- ✓ <http://www.cdep.ro>, site-ul Camerei Deputaților
- ✓ <http://www.cnlas.ro>, site-ul Comisiei Naționale de Lupta Anti-SIDA
- ✓ <http://www.educatiepentrusanatate.ro>
- ✓ <http://www.emcdda.europa.eu>, site-ul Centrului European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
- ✓ <http://europa.eu.int/servlet/>, EurLex: site cu noutăți legislative europene
- ✓ <http://www.giurgiu-news.ro/Cultivatorii-de-cannabis-din-sabareni-2702/pagina-0>
- ✓ <http://www.incb.org/> - site-ul Biroului Internațional pentru Controlul Stupefiantelor
- ✓ http://www.indaco.ro/resurse_pr7.html - site cu noutăți legislative
- ✓ <http://www.legmed.ro>, site-ul Rețelei Naționale de Medicină Legală din România
- ✓ <http://www.mec.ro>, site-ul Ministerului Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului
- ✓ <http://www.ms.ro>, pagina de web a Ministerului Sănătății
- ✓ http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_treat_drug_misuse_evidence_effectiveness_2006_rb5.pdf
- ✓ <http://www.pmu-wb-gf.ro>, site-ul Programului Fondului Global pentru România
- ✓ http://www.politiaromana.ro/agentia_nationala_antidrog.htm - secțiunea Agenția Națională Antidrog pe site-ul IGPR
- ✓ <http://www.presspro-medic.ro/> Revista online Medic.ro
- ✓ <http://www.psymotion.ro>
- ✓ <http://www.raa.ro>, pagina de web a organizației nonguvernamentale Romanian Angel Appeal
- ✓ <http://www.reitox.emcdda.eu.int>, extranetul Rețelei de informare a Punctelor Naționale Focale cu privire la droguri
- ✓ <http://www.salvaticopiii.ro>, site al organizației nonguvernamentale Salvați Copiii România
- ✓ <http://www.sociologie-snspe.ro/pagini/barometrul-adolescentei-2008.php>
- ✓ <http://www.un.ro/un aids.html>, site-ul Biroului Națiunilor Unite în România
- ✓ <http://www.unaids.org>, site-ul Programului Comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA
- ✓ http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/en/index.html
- ✓ <http://www.en.wikipedia.org> - enciclopedia on-line
- ✓ www.alcoholhelp.ro
- ✓ www.just.ro, site-ul Ministerului Justiției
- ✓ www.mfinanțe.ro, site-ul Ministerului de Finanțe
- ✓ www.rhrn.ro, site-ul Rețelei Române de Reducere a Riscurilor

LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT

Lista Tabelelor utilizate în text

Tabel nr. 1-1	Modificările survenite în 2010 la Legea nr. 339/ 2005 și la Legea nr. 143/ 2000
Tabel nr. 1-2	Interpelările și întrebările parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor, 2009
Tabel nr. 1-3	Bugetul alocat Agenției Naționale Antidrog, 2005–2009
Tabel nr. 1-4	Bugetul prevăzut pentru Agenția Națională Antidrog pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri, 2009
Tabel nr. 1-5	Programele/ proiectele derulate de instituțiile implicate, 2009
Tabel nr. 2-1	Prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții, în funcție de sex, profilul educațional și regiunea de proveniență
Tabel nr. 2-2	Repartiția respondenților în funcție vârsta debutului în consumul de droguri (%)
Tabel nr. 2-3	Repartiția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea „Dacă ai dori să faci rost de droguri, cât de greu ar fi acest lucru?” (%)
Tabel nr. 4-1	Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2007-2009
Tabel nr. 4-2	Rezultatele aplicării tehnicilor de estimare rapidă a numărului PDU în București
Tabel nr. 5-1	Tipurile de servicii disponibile pentru consumatorii de droguri, 2009
Tabel nr. 5-2	Raportul cazuri noi/recidive, date comparate 2001-2009
Tabel nr. 5-3	Distribuția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și tipul admitterii, date comparate 2008-2009 (%)
Tabel nr. 5-4	Raportul bărbați/ femei admiși la tratament, date comparate 2001-2009
Tabel nr. 5-5	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârstă și sex, 2009 (%)
Tabel nr. 5-6	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, date comparate 2008-2009 (%)
Tabel nr. 5-7	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de frecvența consumului, 2009
Tabel nr. 5-8	Evoluția proporției de consumatori de droguri cu policonsum, total și pe tip de drog, date comparate 2005-2009
Tabel nr. 5-9	Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare (toate drogurile) și pentru cei care consumă heroină (indiferent de calea de administrare), 2004-2009 (nr. pers. și %)
Tabel nr. 5-10	Distribuția admitterilor la tratament în regim de internare în funcție de nivelul educațional și sexul consumatorului, date comparate 2005, 2008 și 2009 (%)
Tabel nr. 5-11	Distribuția admitterilor la tratament în regim de internare în funcție de situația locativă și sexul consumatorului, date comparate 2005, 2008 și 2009 (%)
Tabel nr. 5-12	Admiterea la tratament pentru droguri ilegale, în regim ambulatoriu, date comparate 2007-2009
Tabel nr. 5-13	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu în funcție de drogul principal, date comparate 2007-2009 (%)
Tabel nr. 5-14	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, pentru pacienții care au declarat consumul unui drog secundar, în funcție de tipul de drog principal și secundar, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane)
Tabel nr. 5-15	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2007-2009 (%)
Tabel nr. 5-16	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de grupa de vârstă de debut, date comparate 2007-2009 (%)
Tabel nr. 5-17	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu, în funcție de frecvența consumului, date comparate 2007-2009 (%)
Tabel nr. 5-18	Distribuția admitterilor la tratament în regim ambulatoriu în funcție de sursa de referire, date comparate 2007-2009 (%)
Tabel nr. 5-19	Admiterea la tratament pentru consumul de droguri ilegale (opiacee) și distribuția consumatorilor care se aflau deja în tratament de substituție, în funcție de tipul centrului de tratament, 2009 (nr. de persoane)
Tabel nr. 5-20	Distribuția admitterilor la tratament pentru consumul de droguri ilegale, în funcție de tipul centrului de tratament și tipul de asistență acordat, 2009 (număr de persoane)
Tabel nr. 5-21	Distribuția persoanelor consumatoare de opiacee care au primit tratament de menținere a abstenenței cu agonist/ antagonist opiaceu, în funcție de diferite caracteristici, 2009 (%)

Tabel nr. 6-1	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009
Tabel nr. 6-2	Testări HIV la grupe de risc, 2009
Tabel nr. 6-3	Repartiția subiecților, în funcție de statutul educațional, BSS 2009 (%)
Tabel nr. 6-4	Rezultate comparate ale celor două studii efectuate în anul 2009 asupra consumatorilor de droguri injectabile din București
Tabel nr. 6-5	Distribuția urgențelor non-fatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de sex și categoria de vârstă, 2009 și primele 6 luni 2010 (număr de cazuri)
Tabel nr. 6-6	Distribuția urgențelor non-fatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de diagnosticul de urgență, 2009 și primele 6 luni 2010 (nr. de cazuri)
Tabel nr. 6-7	Distribuția urgențelor non-fatale ca urmare a consumului de droguri, în funcție de regiunile de dezvoltare economică ale României, 2009 și primele 6 luni 2010
Tabel nr. 6-8	Distribuția urgențelor non-fatale înregistrate, pe regiuni de dezvoltare economică, în funcție de diagnosticul de urgență, 2009
Tabel nr. 6-9	Distribuția urgențelor non-fatale înregistrate în primele 6 luni 2010, pe regiuni de dezvoltare, în funcție de diagnosticul de urgență
Tabel nr. 6-10	Distribuția pacienților înregistrați cu urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri în funcție de calea de administrare a drogului, 2009 și primele 6 luni 2010 (număr de cazuri)
Tabel nr. 6-11	Situația determinărilor toxicologice efectuate pentru urgențele non-fatale asociate consumului de droguri, 2009 și pe primele 6 luni ale anului 2010 (număr de cazuri, %)
Tabel nr. 6-12	Distribuția determinărilor toxicologice în funcție de rezultatul analizelor efectuate, 2009 și pe primele 6 luni ale anului 2010 (număr de cazuri, %)
Tabel nr. 6-13	Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate și vârstă, date comparate 2007-2009
Tabel nr. 7-1	Rezultate comparate ale celor două studii efectuate în anul 2009 asupra consumatorilor de droguri injectabile din București privind comportamentul de consum
Tabel nr. 8-1	Repartiția subiecților, în funcție de statutul educațional (%)
Tabel nr. 9-1	Distribuția teritorială a cauzelor soluționate de către serviciile teritoriale, date comparate 2008-2009 (nr. cauze penale)
Tabel nr. 9-2	Situația statistică a persoanelor date în urmărire pentru sustragerea de la executarea pedepsei închisorii/ măsurii arestării preventive, date comparate 2005-2009
Tabel nr. 9-3	Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, date comparate 2006-2009 (nr. de persoane)
Tabel nr. 9-4	Distribuția numărului de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de sex, date comparate 2007-2009
Tabel nr. 9-5	Distribuția consumatorilor de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare folosită, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane și %)
Tabel nr. 9-6	Distribuția admiterilor la tratament în regim de detenție, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2009 (nr. de persoane)
Tabel nr. 10-1	Distribuția capturilor de heroină la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)
Tabel nr. 10-2	Distribuția capturilor de cocaină la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)
Tabel nr. 10-3	Distribuția capturilor de opiu la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)
Tabel nr. 10-4	Distribuția capturilor de cannabis la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)
Tabel nr. 10-5	Distribuția capturilor de droguri sintetice la nivel central și regional, în funcție de laboratorul unde s-a făcut analiza, date comparate 2008-2009 (nr. de capturi)
Tabel nr. 10-6	Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai traficate droguri de pe piața ilicită din România, date comparate 2004-2009
Tabel nr. 10-7	Puritatea și compoziția drogurilor/ tabletelor la nivelul străzii

Lista graficelor utilizate în text

Grafic nr. 2-1	Prevalența consumului de droguri ilegale în rândul elevilor de clasa a XII-a, de-a lungul vieții (%)
Grafic nr. 2-2	Repartiția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea „Ce substanță ai consumat prima dată și la ce vârstă?” (%)
Grafic nr. 5-1	Admiterea la tratament pentru droguri ilicite, date comparate 2001-2009 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-2	Evoluția proporției cazurilor noi și a recidivelor din total admiteri la tratament pentru substanțe

	psihotrope, date comparate 2001-2008 (%)
Grafic nr. 5-3	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihotrope în funcție de sexul consumatorului, date comparate 2002-2009 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-4	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihotrope în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii, date comparate 2002-2009 (%)
Grafic nr. 5-5	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2009
Grafic nr. 5-6	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe și cannabis în funcție de sexul consumatorului, date comparate 2003-2009
Grafic nr. 5-7	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta și sexul consumatorului, date comparate 2005-2009
Grafic nr. 5-8	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, date comparate 2005-2009 (%)
Grafic nr. 5-9	Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, în funcție de sex, 2004-2009
Grafic nr. 5-10	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal, date comparate 2004-2009 (%)
Grafic nr. 5-11	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, date comparate 2005-2009 (%)
Grafic nr. 5-12	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de statutul ocupațional și sexul consumatorului, date comparate 2006-2009 (%)
Grafic nr. 5-13	Distribuția persoanelor admise la tratament în funcție de statutul ocupațional și sex, date comparate 2007-2009 (%)
Grafic nr. 6-1	Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2009
Grafic nr. 6-2	Prevalența HVB în rândul CDI internați în centrele de dezintoxicare, 2009
Grafic nr. 6-3	Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2009 (%)
Grafic nr. 6-4	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2009 (%)
Grafic nr. 6-5	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)
Grafic nr. 6-6	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009 (%)
Grafic nr. 6-7	Prevalența HVC în rândul CDI, 2009
Grafic nr. 6-8	Prevalența HVC în rândul CDI (%), date comparate 2004-2009
Grafic nr. 6-9	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă și perioada de injectare, 2009 (%)
Grafic nr. 6-10	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)
Grafic nr. 6-11	Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2009 (%)
Grafic nr. 6-12	Prevalența HIV în rândul CDI (%), date comparate 2004-2009
Grafic nr. 6-13	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, perioada de injectare și tipul admitterii (cazuri noi/ recidive), 2009 (%)
Grafic nr. 6-14	Distribuția CDI în funcție de sursa de procurare a banilor, 2009 (%)
Grafic nr. 6-15	Distribuția CDI intervievați, în funcție suma alocată zilnic pentru procurarea drogurilor, 2009 (%)
Grafic nr. 6-16	Prevalența declarată comparativ cu prevalența depistată în urma testării pentru HVB, HVC și HIV în rândul CDI, 2009(%)
Grafic nr. 6-17	Prevalența bolilor infecțioase transmisibile în rândul CDI care au utilizat seringi/ ace în comun, 2009 (%)
Grafic nr. 6-18	Prevalența bolilor infecțioase transmisibile (%) în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2009
Grafic nr. 6-19	Prevalența bolilor infecțioase transmisibile în rândul CDI din București, în funcție de sexul consumatorului, BSS 2009
Grafic nr. 6-20	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, BSS 2009 (%)
Grafic nr. 6-21	Evoluția urgențelor non-fatale înregistrate ca urmare a consumului de droguri în pe regiuni istorice, 2009 și primele 6 luni 2010 (%)
Grafic nr. 6-22	Distribuția consumatorilor de droguri, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2009
Grafic nr. 6-23	Distribuția cazurilor CDI, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2009
Grafic nr. 6-24	Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2008
Grafic nr. 6-25	Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, 2009
Grafic nr. 6-26	Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile decese asociate consumului de droguri, 2009
Grafic nr. 6-27	Distribuția cazurilor de deces, în funcție de tipul drogului asociat cauzei decesului, 2009

Grafic nr. 6-28	Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, compus unic sau în asociere, 2009
Grafic nr. 6-29	Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2009
Grafic nr. 8-1	Distribuția CDI intervievați, în funcție de sursa de procurare a banilor, 2009 (%)
Grafic nr. 8-2	Distribuția CDI, în funcție de statusul profesional (%)
Grafic nr. 8-3	Distribuția CDI, în funcție de statusul profesional (%)
Grafic nr. 9-1	Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, date comparate 2001-2009 (nr. cauze penale)
Grafic nr. 9-2	Distribuția dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, 2009 (%)
Grafic nr. 9-3	Evoluția cauzelor soluționate, în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18 ¹ , NUP sau SUP), date comparate 2001-2009 (%)
Grafic nr. 9-4	Evoluția numărului de persoane învinuite/ inculpate de către parchete pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-5	Evoluția numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-6	Evoluția proporției de persoane trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, date comparate 2001-2009 (%)
Grafic nr. 9-7	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, date comparate 2001-2009 (nr. de persoane)
Grafic nr. 9-8	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-9	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, date comparate 2005-2009
Grafic nr. 9-10	Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, date comparate 2005-2009
Grafic nr. 9-11	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, date comparate 2005-2009
Grafic nr. 9-12	Evoluția proporției de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar din totalul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-13	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendare a executării sub supraveghere, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-14	Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, date comparate 2005-2009
Grafic nr. 9-15	Evoluția numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației din penitenciare, date comparate 2001-2009
Grafic nr. 9-16	Distribuția consumatorilor autodeclarați în funcție de substanța consumată, date comparate 2007-2009 (nr. de persoane)
Grafic nr. 10-1	Evoluția cantităților de droguri confiscate, date comparate 2001-2009 (kg)
Grafic nr. 10-2	Evoluția confiscărilor de heroină, date comparate 2001-2009 (kg)
Grafic nr. 10-3	Evoluția confiscărilor de cocaină, date comparate 2001-2009 (kg)
Grafic nr. 10-4	Evoluția confiscărilor de opium, date comparate 2001-2009 (kg)
Grafic nr. 10-5	Evoluția confiscărilor de cannabis/ hașiș, date comparate 2001-2009 (kg)
Grafic nr. 10-6	Evoluția confiscărilor de comprimate de amfetamine și derivați, date comparate 2001-2009 (nr. de comprimate)
Grafic nr. 10-7	Evoluția confiscărilor de precursori și substanțe chimice esențiale, date comparate 2003-2009 (kg)

Lista hărților utilizate în text

Harta nr. 6-1	Distribuția drogurilor ilicite care au generat cele mai multe cazuri de urgențe nonfatale, în funcție de regiunile de dezvoltare, 2009
Harta nr. 6-2	Distribuția drogurilor ilicite care au generat cele mai multe cazuri de urgențe nonfatale, în funcție de regiunile de dezvoltare, primele 6 luni 2010
Harta nr. 6-3	Distribuția geografică a locului de deces pentru cazurile înregistrate în București, (exceptând decesele survenite în spital), date comparate 2006-2009

LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT

AJOFM	Agențiile Județene de Ocupare a Forței de Muncă
ALIAT	Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniei
ANA	Agencia Națională Antidrog
ANFPDC	Autoritatea Națională pentru Familie și Protecția Drepturilor Copilului
ANIT	Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii
ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
ARAS	Asociația Română Anti SIDA
ARV	Antiretroviral
BNI	Biroul Național Interpol
BSS	Behavioural Surveillance Survey
BTS	Boli cu Transmitere Sexuală
CAIA	Centrul de Asistență Integrată în Adicții
CDI	Consumatori de Droguri Injectabile
CIADO	Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului
CNOASIIDS	Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății
COFOG	Classification of The Functions of Government
CP	Codul Penal
CPECA	Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog
DIICOT	Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMCDDA	Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
ESPAD	Proiectul European de Studiu al consumului de alcool și alte droguri în școli
EURAD	Europe Against Drugs
FICE	Federația Internațională a Comunităților Educative
FSW	Female Sex Workers
HG	Hotărâre de Guvern
HIV	Virusul imuno deficienței dobândite
HVB	Hepatită Virală B
HVC	Hepatită Virală C
ICD	International Classification of Diseases
IDU	Injected Drug Users
IGPR	Inspectoratul General al Poliției Române
IML	Institutul de Medicină Legală
INML	Institutul Național de Medicină Legală
ISMB	Inspectoratul Școlar al Municipiului București
ITS	Infecții cu Transmitere Sexuală
LSM	Laboratorul de Sănătate Mintală
MAI	Ministerul Administrației și Internelor
MAP	Mandat de arestare preventivă
MEA	Mandat european de arestare
MECTS	Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului
MEPI	Mandat de executare a pedepsei închisorii
MIRA	Ministerul Internelor și Reformei Administrative
MO	Monitorul Oficial
MS	Ministerul Sănătății
MSM	Men who have sex with men
MSP	Ministerul Sănătății Publice
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NIDA	National Institute on Drug Abuse

NUP	Neînceperea urmăririi penale
ONG	Organizație neguvernamentală
ORDT	Observatorul Român de Droguri și Toxicomanii
OUG	Ordonanță de Urgență a Guvernului
PDU	Consum Problematic de Droguri
PHEA	Public Health Executive Agency
PIA	Planul individualizat de asistență terapeutică, psihologică și socială
PIT	Program integrat de asistență
PNAMPS	Programul Național de asistență medicală, psihologică și socială
PSS	Program de schimb de seringi
RDS	Respondent Driven Sampling
SIDA	Sindromul Imunodeficienței Dobândite
SJML	Servicii Județene de Medicină Legală
SNA	Strategia Națională Antidrog
SUP	Suspendarea urmăririi penale
SW	Persoane care practică sexul comercial
TDI	Treatment Demand Indicator
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UNODC	Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
VHB	Virusul Hepatitei B
VHC	Virusul Hepatitei C
WHO	World Health Organization