



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR

2018

ROMÂNIA Noi evoluții și tendințe

REITOX

Agencia Națională Antidrog mulțumește tuturor partenerilor și colaboratorilor pentru contribuția adusă la întocmirea prezentului raport. Datele conținute în acest raport fac referință la situația din anul 2017.

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

CUPRINS

1. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU	7
1.1 CADRUL LEGISLATIV	7
1.1.1 Legi, regulamente, instrucțiuni și principii directe în domeniul drogurilor	7
1.1.2 Implementarea legilor.....	11
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE	16
1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale.....	17
1.2.2 Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor	25
1.2.3 Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog	27
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE	27
1.4 CONCLUZII.....	29
2. CONSUMUL DE DROGURI ȘI PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA	31
2.1.CANABIS	32
2.1.1.Consumul de canabis în populația generală	32
2.1.2.Consumul de canabis în populația școlară.....	34
2.1.3.Tratamentul pentru consum de canabis	35
2.1.4. Consum problematic de canabis	38
2.2.STIMULANȚI.....	41
2.2.1.Consumul de stimulanți în populația generală.....	41
2.2.2.Consumul de stimulanți în populația școlară	46
2.2.3.Tratamentul pentru stimulanți	49
2.2.4.Consum problematic de stimulanți	50
2.3.HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE.....	53
2.3.1.Consumul de heroină în populația generală.....	53
2.3.2.Estimarea consumului de opiacee	55
2.3.3.Injectarea și alte căi de administrare a opiaceelor	56
2.3.4.Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee	57
2.3.5.Tratamentul pentru heroină și alte opiacee	57
2.3.6.Alte consecințe ale consumului de opiacee	59
2.4. NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE	62
2.4.1.Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP în populația generală.....	62
2.4.2.Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP în populația școlară	64
2.4.3.Tratament pentru consumul de NSP	66
2.4.4.Consecințe ale consumului de NSP	67
2.5.SURSE DE DATE UTILIZATE	69
2.6.METODOLOGIE	70

2.7.BIBLIOGRAFIE	72
2.8.CONCLUZII.....	72
3. PREVENIRE	74
3.1. PROFIL NAȚIONAL	75
3.1.1.Politici și organizare	75
3.1.2. Intervenții în domeniul prevenirii consumului de droguri	79
3.1.3. Asigurarea calității intervențiilor de prevenire.....	91
3.2. PROGRESE ÎNREGISTRATE	92
3.3. INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	92
3.4. SURSE ȘI METODOLOGIE.....	93
4. TRATAMENT	94
4.1.REZUMAT.....	94
4.2.PREZENTARE GENERALĂ	95
4.2.1.Politici și coordonare	96
4.2.2.Organizarea și resursele sistemului de asistență integrată pentru persoanele consumatoare de droguri.....	98
4.2.3.Date relevante.....	106
4.2.4.Modalități de tratament.....	110
4.2.5.Tratamentul de substituție cu opioide (OST).....	111
4.2.6. Asigurarea calității serviciilor de asistență.....	113
4.3.TENDINȚE	114
4.4.INFORMAȚII SUPLIMENTARE.....	120
4.5.CONCLUZII.....	120
4.6. SURSE DE DATE UTILIZATE	121
5. BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI	123
5.1.Politici și coordonare	123
5.1.1.Principalele obiective în domeniul asigurării calității prevăzute în Strategia Națională Antidrog.....	123
5.1.2. Structurile responsabile de exemplele de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri.....	128
5.2. Noi abordări în furnizarea celor mai bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri	134
5.2.1. Bune practici în domeniul prevenirii consumului de droguri -aria prevenirii consumului de droguri în mediul școlar.....	134
5.3. Surse și metodologie.....	140
6. CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI INSTITUȚIONALE.....	142
6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	142
6.1.1.Decese direct asociate consumului de droguri.....	145
6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri.....	146
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri.....	149

6.1.4. Tendințe	150
6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	154
6.2.1. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive)	159
6.2.2. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite	160
6.2.3. Tendințe	165
6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI	166
6.3.1. Notificări (cazuri nou diagnosticate)	167
6.3.2. Prevalență	168
6.3.3. Tendințe	182
6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII	185
6.4.1. Politica antidrog și principalele obiective privind reducerea riscurilor asociate consumului de droguri	185
6.4.2. Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.....	187
6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor	188
6.4.4. Tendințe	191
6.4.5. Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri ...	192
6.5. CONCLUZII.....	193
7. PIAȚA DROGURILOR	195
A. CONTEXT	195
A.1. ASPECTE DE NOUȚATE.....	195
A.2. ASPECTE GENERALE	197
B. ANALIZA INDICATORILOR.....	202
B.1. ASPECTE GENERALE.....	202
B.1.1. Cantități confiscate	202
B.1.2. Număr de capturi	206
B.2. ANALIZA PE TIP DE SUBSTANȚĂ	208
B.3. PREȚUL DROGURILOR	220
B.4. PURITATEA DROGURILOR	222
C. CONCLUZII	223
8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR	225
8.1. ASPECTE DE NOUȚATE	225
8.2. ANALIZA INDICATORILOR	226
8.2.1. Dosare penale soluționate.....	228
8.2.2. Persoane cercetate și trimise în judecată.....	233
8.2.3. Persoane condamnate	236
8.2.4. Pedepse aplicate.....	240
8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri.....	244
8.2.6. Persoane aflate în penitenciare.....	246

8.2.7 Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune	247
8.2.8 Persoane aflate sub urmărire	248
8.2.9. Persoane predate/ extrădate/ transferate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor	248
8.3. INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL REGIONAL	249
8.4. CONCLUZII.....	257
9.CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR	259
9.1.REZUMAT	259
9.2.PROFIL NAȚIONAL	259
9.2.1.Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc	259
9.2.2.Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților	261
9.2.2.1. Date din studii	261
9.2.2.2.Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție	262
9.2.2.3. Date privind consumul de droguri în timpul detenției.....	264
9.2.2.4.Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății	266
9.3.RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE	270
9.3.1.Cadrul legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)	270
9.3.2. Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar	271
9.3.2.1. Asistența medicală în penitenciar.....	271
9.3.2.2. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri aflați în detenție	272
9.3.2.3.Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar	282
9.4 ALTE INFORMAȚII DE INTERES	283
9.4.1.Piața drogurilor în penitenciar	283
9.5. CONCLUZII.....	284
10. CERCETARE	285
10.1. REZUMAT	285
10.2.Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu:	286
10.3.Principalii finanțatori	287
10.4 Principalele publicații în domeniu	287
10.5 Principalele site-uri care oferă informații în domeniul cercetării	288
10.6 Cele mai recente cercetări realizate.....	288
LISTA GRAFICELOR.....	289
LISTA TABELELOR	295
LISTA HĂRȚILOR.....	297

1. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

1.1 CADRUL LEGISLATIV

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

În anul de referință, 2017, nu au intervenit modificări de natură legislativă privind drogurile, precursorii, stupefiante și psihotrope, criminalitatea, cooperarea judiciară, reglementări vamale.

Cu privire la spălarea banilor în anul 2017, prin Legea nr. 125 din 30 mai 2017 privind modificarea și completarea Legii nr. 656/2002 pentru prevenirea și sancționarea spălării banilor, precum și pentru instituirea unor măsuri de prevenire și combatere a finanțării terorismului, au fost introduse noi obligații ale autorităților în raporturile cu Oficiul.

În ceea ce privește reglementări în materie de anti-doping, în anul 2017 a fost publicată Lista substanțelor interzise pentru anul 2018 (în Monitorul oficial al României, nr. 851 din 27.10.2017), unde la secțiunea - Substanțe și Metode Interzise în competiție - S7 și S8 se menționează:

“ S7. Narcotice

Sunt interzise următoarele narcotice: buprenorfina, dextromoramida, diamorfina (heroină), fentanil și derivații săi, hidromorfona, metadona, morfina, nicomorfina, oxicodona, oximorfona, pentazocina, petidina.

S8. Canabinoide

Sunt interzise următoarele canabinoide:

- canabinoidele naturale, de exemplu canabis, hașiș și marijuana.
- canabinoidele sintetice, de exemplu delta 9-tetrahidrocanabinol (THC) și alte canabimimetice.

Cu excepția: canabidiol”

Au fost aprobate reglementările privind programele naționale de sănătate pentru anul 2017 - Norme tehnice din 30 martie 2017 de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018 (Monitorul Oficial nr. 223 bis din 31 martie 2017), care cuprind și aspecte referitoare la tratamentul consumatorilor de droguri.

Totodată, au fost inițiate și elaborate propuneri de modificare a cadrului normativ din domeniul de competență, care se află în diferite stadii ale procesului de avizare, printre acestea numărându-se proiectul unic de modificare a HG 659/2015 privind aprobarea Programului de Interes Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 și 684/2015 pentru aprobarea Programului Național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018.

Au fost continuate activitățile în alte proiecte de acte normative, respectiv:

- Proiectul de Lege privind aplicarea regimului juridic al precursorilor de droguri;

- Proiectul de modificare a HG nr. 860/ 28.07.2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 26.07.2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Proiectul de HG privind aprobarea Planului de acțiune în perioada 2017-2020 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020;
- Proiectul de hotărâre de modificare și completare a HG nr. 461/ 11.05.2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog;
- Proiectul de modificare și completare a OMAI nr. 1389/ 04.08.2008 privind aprobarea criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri.

În cursul anului 2017, parlamentarii români au formulat 6 întrebări și interpelări, care au avut ca obiect problematica domeniului drogurilor.

Tabel 1 - 1: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor 2017

Nr crt	Nr. de ordine/ data interpelării/ întrebării	Conținutul interpelării/ întrebării	Răspunsul la interpelare/ întrebare
1	420A/ 21.03.2017 Centrul de postcura de pe raza comunei Mica	Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne 1. Daca se ia in calcul cedarea centrului postcura de pe raza comunei Mica, jud. Cluj, către consiliul local al comunei Mica.	Imobilul a fost preluat de către Ministerul Afacerilor Interne de la Consiliul Local al comunei Mica, prin HG nr. 159/2007. Având în vedere solicitarea, Agenția Națională Antidrog își exprimă acordul cu privire la transmiterea imobilului din domeniul public al statului și administrarea Agenției Naționale Antidrog în domeniul public al comunei Mica și administrarea Consiliului local al comunei Mica.
2	Nr. XVI/59/05.04.2017 Apeluri de proiecte în cadrul Programului de Interes național 2015-2018	Destinatar: Agenția Națională Antidrog 1. Care este suma totală acordată în cadrul acestor programe de interes național pe care le derulați? 2. Care este calendarul finanțării cu toate etapele sale (depunere, anunțare rezultate, implementare proiecte, monitorizare) pentru fiecare apel de proiecte?	Potrivit dispozițiilor art. 23 alin. (1 ^a) – (1 ^b) din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu prevederile art. 3 alin. (1) lit. c) și m) din Hotărârea Guvernului nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, această instituție elaborează, implementează, monitorizează și evaluează Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri și colaborează cu organizațiile neguvernamentale în scopul realizării obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog. În acest sens, prin HG nr. 659 din 19.08.2015 a fost aprobat Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018. În anul 2017, Agenția Națională Antidrog derulează Subprogramele II, V, VI și VIII din cadrul Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018. În scopul derulării activităților din toate subprogramele Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, Agenția Națională Antidrog a inițiat procedura modificării HG nr. 659/2015, în vederea extinderii

			calendarului de activități până în anul 2020.
3	<p>415B/30.05.2017</p> <p>Interpelare privind consumul de droguri în sectorul 3 al Capitalei?</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>1. Care sunt măsurile de protecție a persoanelor vulnerabile, dependente de droguri, din zonele menționate, pe care Ministerul afacerilor Interne, singur sau împreună cu Agenția Națională Antidrog și cu alte ministere și/sau Direcții Generale de asistență Socială și Protecția Copilului?</p> <p>2. Care sunt alternativele la dezintoxicare și tratament pentru persoanele dependente de droguri și cum pot fi accesate acestea?</p> <p>3. Care sunt măsurile de protecție a cetățenilor din zonele afectate de acest fenomen, pe care le ia Ministerul Afacerilor Interne, pentru a asigura siguranța publică?</p>	<p>Furnizarea serviciilor de prevenire și asistență include măsuri de prevenire, tratament, prevenire a riscurilor asociate consumului de droguri și de reintegrare socială și sunt abordate de către Agenția Națională Antidrog în mod integrat și pe baza rezultatelor științifice. Măsurile de reducere a cererii de droguri au în vedere toate aspectele medicale, psihologice și sociale determinate de consumul de droguri. Măsurile de protecție a persoanelor vulnerabile dependente de droguri din zonele menționate, implementate de către structurile teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog sunt realizate din:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programe de prevenire a consumului de droguri, în mediul școlar și în comunitate, realizate de către specialiștii <i>Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog sector 3 București</i>, situat în str. Mirea Mioara Luiza nr. 1A, sector 4, București; • <i>Programul de asistență integrată a adicțiilor Obregia</i>, care funcționează în șos. Berceni nr. 10-12, sector 4, București, prin care sunt furnizate servicii de asistență medicală (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), servicii de asistență psihologică, socială și management de caz; • <i>Programul de intervenție rapidă</i>, prin care sunt furnizate servicii de asistență medicală (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee) și management de caz pentru femeile însărcinate consumatoare de droguri aflate în maternități; • <i>Programul tip centru de zi adulți consumatori de droguri și Programul tip centru de zi pentru adolescenți și tineri consumatori de droguri</i>, situate în str. Pericle Gheorghiu nr. 15, sector 5, București, care furnizează servicii specializate pentru beneficiari de pe raza municipiului București; • <i>Parteneriate încheiate cu instituții publice și organizații neguvernamentale</i>, care asigură funcționarea rețelei comunitare de reducere a cererii de droguri și care implementează <i>Strategia locală antidrog 2017</i>. <p>Serviciile de asistență integrată a adicțiilor se acordă în baza metodologiei stabilite prin acte normative în vigoare: fișa beneficiarului, planul individualizat de asistență, raport de evaluare. În evidența centrului se află consumatori de heroină, canabis, NPS, alcool</p>
4	<p>1152A/19.06.2017</p> <p>Traficul și consumul de droguri în rândul tinerilor români</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Ce date se dețin pe anul 2017 privind traficul și consumul de droguri și ce strategie este avută în vedere pentru combaterea consumului de droguri în rândul adolescenților?</p>	<p>În ceea ce privește prevalența consumului de droguri ilicite în rândul populației adulte din România, aceasta a crescut progresiv în perioada 2004-2013, rămânând însă scăzut comparativ cu alte țări europene.</p> <p>Canabisul e cel mai utilizat drog, cu un consum concentrat în rândul populației de tineri și adulți (15-34 ani). O creștere substanțială a consumului de canabis se observă în 2013, în special în rândul bărbaților.</p> <p>2% dintre adulții din România au experimentat consum de NPS (noi substanțe psihoactive denumite impropriu etnobotanice) conform studiilor de tip GPS, dar acest tip de consum nu are continuitate și rămâne concentrat mai degrabă în rândul tinerilor. Totuși, consumul de NPS este responsabil de aproape un sfert dintre cererile de tratament și de majoritatea episoadelor de asistență medicală de urgență.</p> <p>Toate celelalte tipuri de droguri au o prevalență limitată în</p>

			<p>rândul populației generale.</p> <p>Al cincilea studiu ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) realizat în România în 2015 confirmă canabisul drept cel mai prevalent drog în populația școlară și indică o creștere a prevalenței de-a lungul vieții a acestui tip de consum printre elevii cu vârsta de 16 ani, începând din anul 1999. Pe de altă parte prevalența de-a lungul vieții pentru consumul de canabis este doar la jumătate față de media ESPAD</p> <p>În ceea ce privește MĂSURILE DE RĂSPUNS la problematica drogurilor sintetice definite de tendințele anterior prezentate:</p> <p>A. Activitățile de prevenire sunt dezvoltate în acord cu principiile și obiectivele Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, cele universale în mediul școlar fiind derulate, în special, de către Ministerul Educației Naționale, cele 47 CPECA ale Agenției Naționale Antidrog, în parteneriat cu organizații neguvernamentale.</p> <p>B. Referitor la sistemul de tratament din România, se evidențiază următoarele aspecte:</p> <p>În anul 2015, un total de 3240 persoane au fost admise la tratament specializat, în creștere față de 2014. Majoritatea beneficiarilor au fost tratați în regim ambulatoriu (2059 persoane), iar mai puțin de o treime au fost asistați în regim rezidențial (1100 cazuri)</p>
5.	<p>1186A/26.06.2017</p> <p>Traficul și consumul de etnobotanice</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Câte substanțe din categoria "etnobotanice" sunt interzise în România și câte astfel de substanțe sunt în monitorizarea autorităților române, în vederea declarării lor ilegale?</p> <p>Câte dosare penale au fost constituite, începând cu anul 2014, pentru trafic și consum de etnobotanice interzise?</p> <p>Care este soluția autorităților pentru a împiedica consumul substanțelor periculoase rezultate din combinații de substanțe care nu sunt catalogate ca fiind interzise?</p> <p>Dacă în ultimii 3 ani au fost instrumentate cazuri de consum sau trafic de etnobotanice în județul Iași?</p>	<p><i>Cu privire la punctul 1:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> În România, cadrul legal aferent problematicei prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri este reprezentat de Legea 143/2000 (republicată), cu modificările și completările ulterioare. Consumul de NPS (noi substanțe psihoactive denumite impropriu „etnobotanice”) a început să devină o problemă europeană și națională începând cu anul 2008. Ca o reacție de răspuns la fenomen și în scopul adaptării legislației naționale la prevederile europene, Ministerul Afacerilor Interne a inițiat demersuri legislative constante de actualizare a tabelelor în care sunt înscrise substanțele aflate sub control național (droguri), prevăzute de Legea 143/2000, materializate în următoarele acte normative: O.U.G. 6/2010 și H.G. 575/2010, Legea 51/2014. Un alt demers legislativ, ca reacție de răspuns la problematica NPS, denumite impropriu „etnobotanice”, îl constituie <i>Legea nr. 194 din 7 noiembrie 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare.</i> Pe lângă demersul legislativ, care privește adaptarea permanentă a legislației la apariția de noi substanțe psihoactive, un alt palier de acțiune al Agenției Naționale Antidrog este cel al prevenirii consumului de droguri.
6.	<p>1912A/23.10.2017</p> <p>Măsurile de</p>	<p>Destinatar: Ministerul Afacerilor Interne</p> <p>Care sunt proiectele</p>	<p>I. În ceea ce privește proiectele naționale și măsurile de combatere a consumului de alcool, tutun și droguri în rândul tinerilor, implementate de Agenția Națională Antidrog:</p>

<p>combatere a consumului de alcool, tutun și droguri în rândul tinerilor cu vârsta până la 16 ani</p>	<p>naționale și măsurile de combatere a consumului de alcool, tutun și droguri în rândul tinerilor, implementate de Agenția Națională Antidrog? Ce rezultate s-au înregistrat în urma implementării acestora?</p> <p>Care este numărul de consumatori de droguri înregistrat în rândul populației școlare (numeric și procentual), în ultimii 5 ani?</p>	<p>Măsurile întreprinse se subsumează obiectivelor Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, respectiv pilonului orizontal „<i>Reducerea cererii de droguri</i>”, componenta „<i>Prevenirea consumului în școală</i>”, implicit, prin abordare sistemică, componentele „<i>Prevenirea consumului de droguri în familie</i>” și, respectiv „<i>Prevenire în comunitate</i>”.</p> <p>II. În ceea ce privește numărul de consumatori de droguri înregistrat în rândul populației școlare (numeric și procentual), în ultimii 5 ani:</p> <p>În bazele de date, gestionate la nivelul Agenției Naționale Antidrog, privind persoanele consumatoare de droguri înregistrate în perioada 2012-2016 (persoane consumatoare de droguri care au solicitat tratament specializat pentru probleme datorate consumului de droguri în sistemul de asistență public sau privat din România), au fost raportate 487 persoane cu vârsta sub 16 ani, respectiv 1264 persoane cu vârsta sub 18 ani, din cei 13022 persoane care au solicitat tratament specializat pentru probleme datorate consumului de droguri.</p>
--	--	---

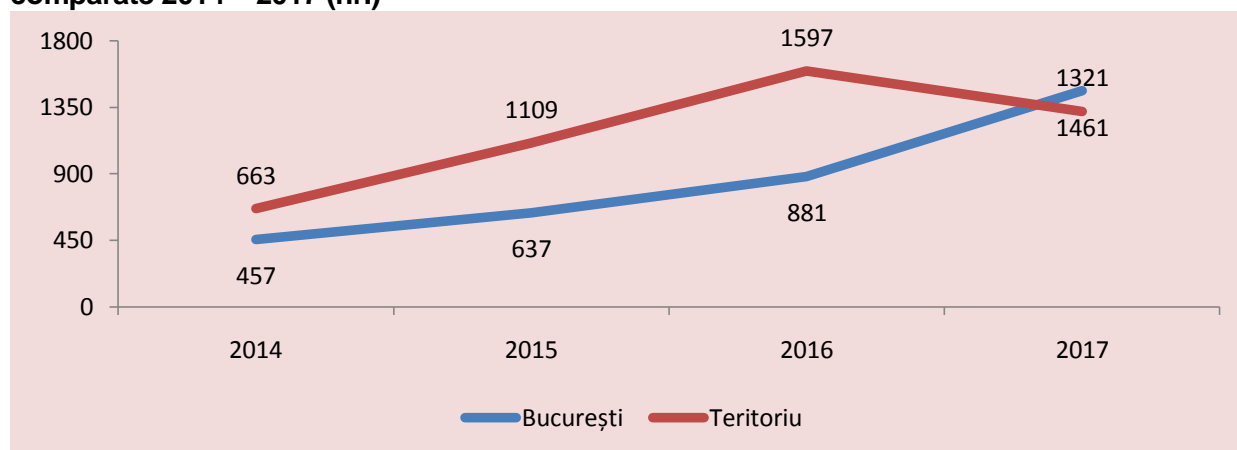
Sursa: ANA

1.1.2 Implementarea legilor

În anul 2017, nu au existat modificări legislative circumscrise domeniului analizat. A continuat aplicarea prevederilor Codului de Procedură Penală, potrivit cărora, în timpul urmăririi penale, persoanele consumatoare de droguri, care au săvârșit infracțiuni la regimul juridic al drogurilor, sunt evaluate, la cererea procurorului, în scopul includerii lor în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, a generat restructurarea nevoii de tratament, scoțând la „suprafață” consumatorii de canabis și determinându-i să urmeze un program de tratament.

În contextul menționat mai sus, Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (DIICOT) a emis, în anul 2017, ordonanțe de evaluare pentru 2782 persoane consumatoare de droguri (1321 persoane la nivelul municipiului București și 1461 persoane în restul țării). Față de anul 2016, se constată o creștere medie totală cu 12% a numărului de persoane consumatoare de droguri referite de către structurile DIICOT. Dacă la nivelul Municipiului București, se observă o ușoară scădere a numărului de persoane referite în vederea evaluării (scădere cu 17% față de anul 2016), în schimb, la nivelul structurilor teritoriale DIICOT, se remarcă o creștere semnificativă, cu aproximativ 66%, a numărului persoanelor consumatoare de droguri referite de acestea în vederea evaluării.

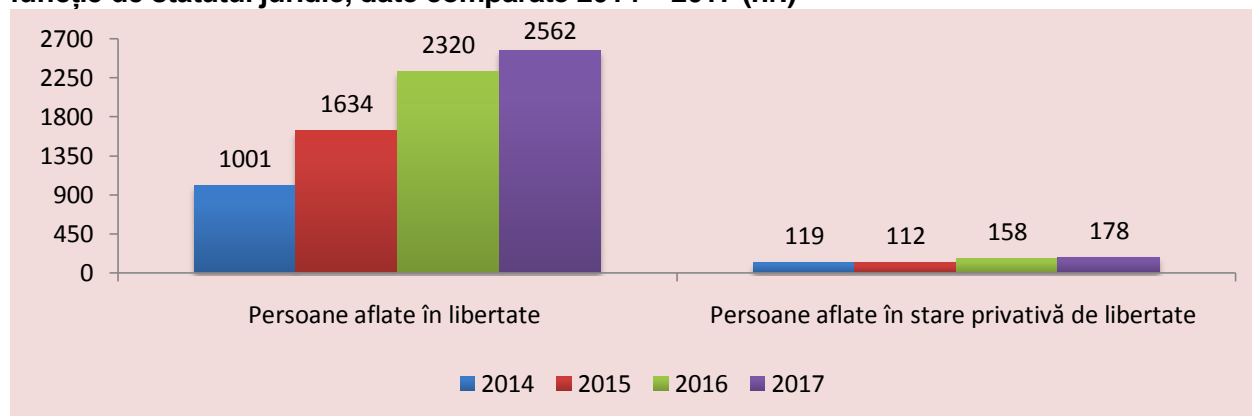
Grafic 1 - 1: Distribuția teritorială a ordonanțelor de evaluare emise de DIICOT, date comparate 2014 – 2017 (nr.)



Sursa: ANA

În funcție de statutul juridic al persoanelor pentru care a fost emisă ordonanța de evaluare, 2562 persoane se aflau în libertate și 178 persoane erau în stare privativă de libertate.

Grafic 1 - 2: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de statutul juridic, date comparate 2014 – 2017 (nr.)

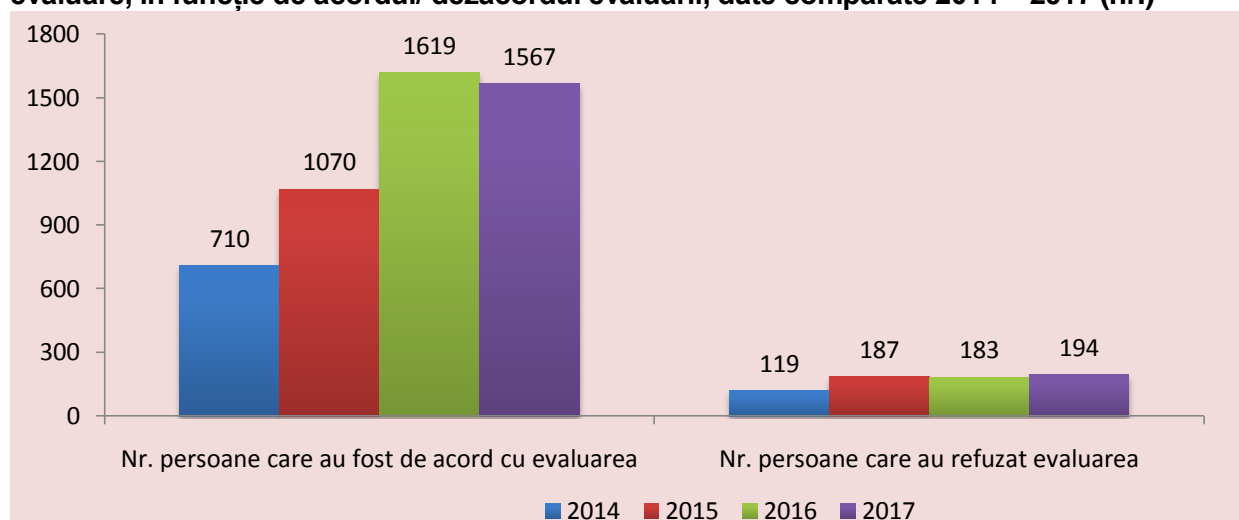


Sursa: ANA

Pentru toate persoanele care și-au exprimat acordul și au parcurs etapele de evaluare specializată, conform legii, au fost realizate rapoarte de evaluare și transmise către structurile emitente ale ordonanțelor de evaluare.

În anul 2017, se remarcă o tendință de scădere a adresabilității pentru serviciile de evaluare, de la 1619 în anul 2016, la 1567 în anul 2017, și o schimbare a raportului dintre persoanele care au refuzat evaluarea și cele care au fost de acord cu efectuarea sa, comparativ cu anul anterior.

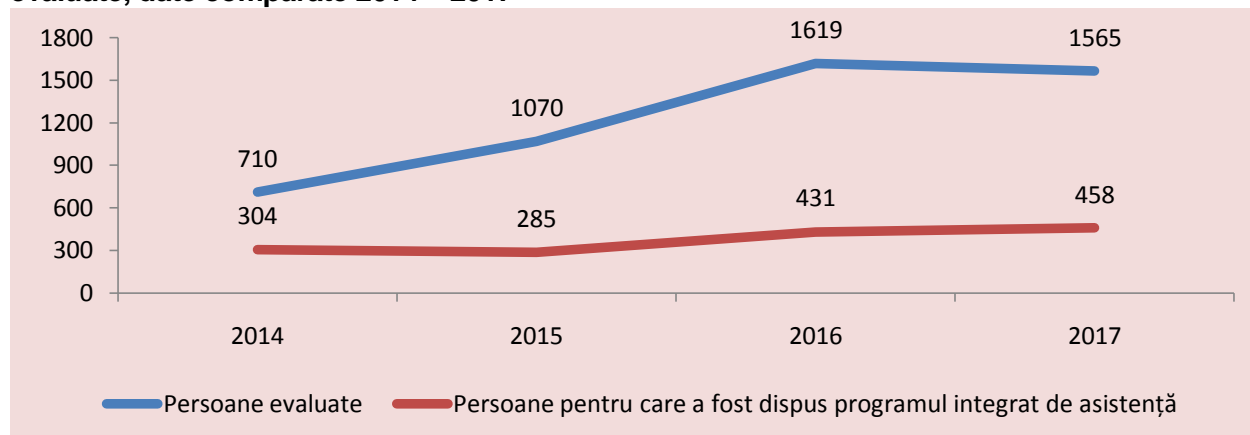
Grafic 1 - 3: Distribuția numărului de persoane pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de acordul/ dezacordul evaluării, date comparate 2014 – 2017 (nr.)



Sursa: ANA

Pentru 458 persoane, reprezentând aproximativ 30% din totalul celor evaluate pentru consum de droguri, a fost formulată recomandarea privind includerea în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri. În cazul acestora, severitatea dependenței a impus acordarea unor intervenții specializate.

Grafic 1 - 4: Distribuția numărului de persoane care au fost incluse în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri, din numărul total de persoane evaluate, date comparate 2014 – 2017



Sursa: ANA

De asemenea, în anul 2017, a continuat aplicarea *Programului de măsuri pentru combaterea comercializării și consumului substanțelor sau produselor noi, cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății nr.5/ 1194 din 18.02.2011* - structurat pe trei mari domenii de intervenție, respectiv: măsuri organizatorice și legislative, măsuri operative și măsuri de prevenire.

Fără a reprezenta, în mod explicit, implementarea unor reglementări juridice în domeniul drogurilor, verificările realizate de comisiile mixte de control¹ au avut ca scop stoparea

¹ Ordinul comun al ministrului sănătății nr. 121 din 16.02.2011, ministrului agriculturii și dezvoltării rurale nr. 43 din 16.02.2011, ministrului administrației și internelor nr. 43 din 17.02.2011, ministrului finanțelor publice nr. 1.647 din 16 februarie 2011, președintelui Autorității Naționale Sanitar Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor

comercializării de noi substanțe psihoactive, prin aplicarea dispozițiilor legale existente în diferite domenii, cum ar fi: legislația societăților comerciale; legislația referitoare la documentele de proveniență a mărfurilor; legislația referitoare la respectarea condițiilor de depozitare, păstrare și expunere la comercializare prevăzute de producător; legislație referitoare la etichetarea produselor supuse comercializării; legislația în domeniul financiar-contabil și al respectării normelor fiscale în vigoare; legislația referitoare la condițiile igienico-sanitare de funcționare a unităților și a stării de sănătate a personalului etc.

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

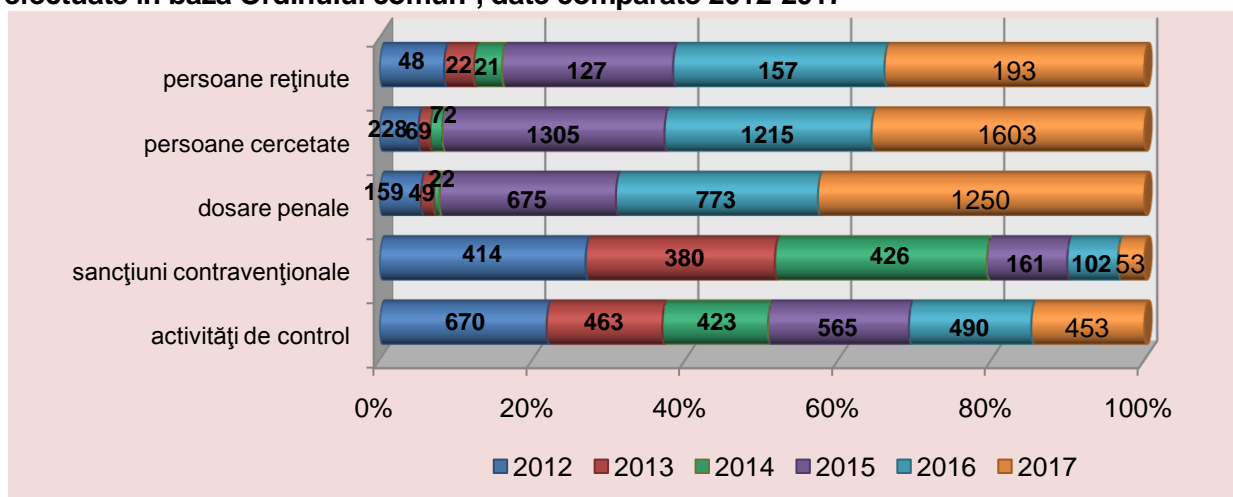
O atenție distinctă a fost acordată măsurilor preventive care au vizat dezvoltarea activităților specifice în scopul descurajării consumului unor astfel de substanțe, având ca public țintă elevii și tinerii, în general.

Cele mai importante rezultate înregistrate în anul 2017, ca urmare a implementării măsurilor menționate mai sus, au fost:

- au fost verificate 90 unități comerciale suspecte de a pune în vânzare noi substanțe psihoactive (de tip sex shop, internet-cafe, baruri, cluburi, florării, magazine de semințe etc.) - un număr similar cu cel din anul anterior - și s-au efectuat 453 controale (cu 7% mai puține decât în anul anterior), unele dintre unități fiind reverificate în cadrul acestora. Ca urmare a acestor activități, organele de control au aplicat în anul 2017, 53 sancțiuni contravenționale, fiind constatate încălcări ale dispozițiilor legale în vigoare privind: unele norme de conviețuire socială, nerespectarea ordinii și liniștii publice, drepturile consumatorului și protejarea populației împotriva activităților comerciale ilicite. De asemenea, au fost întocmite 1250 dosare penale (cu aproximativ 62% mai multe decât în anul anterior), au fost cercetate 1603 persoane (cu 32% mai multe decât în 2016) și reținute 193 persoane (cu 23% mai mult decât în 2016), sub aspectul săvârșirii de infracțiuni prevăzute de Legea nr. 143/ 2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și de Legea nr. 194/ 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare.

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

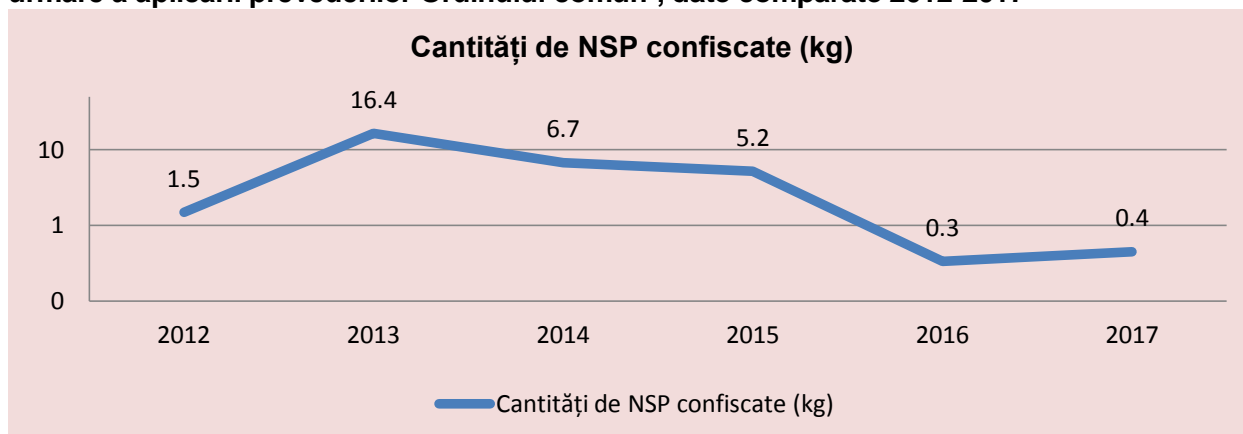
Grafic 1 - 5: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun², date comparate 2012-2017



Sursa: ANA

În anul 2017 au fost realizate 63 capturi (în scădere față de anul 2016, când au fost realizate 182 capturi) și au fost confiscate doar 0,447 kg și 21 de comprimate de noi substanțe psihoactive.

Grafic 1 - 6: Evoluția cantităților de noi substanțe cu proprietăți psihoactiv confiscate ca urmare a aplicării prevederilor Ordinului comun³, date comparate 2012-2017



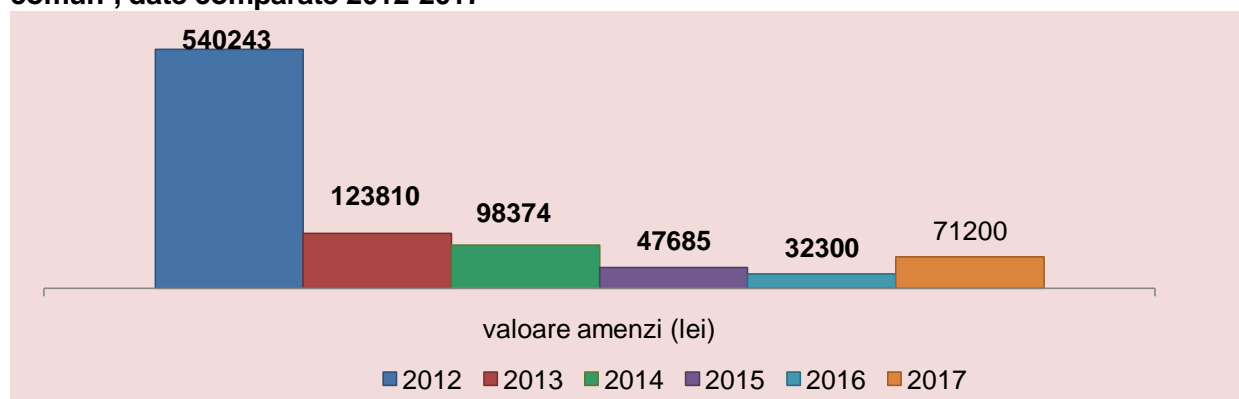
Sursa: ANA

Totodată, au fost aplicate amenzi în valoare de 71200 lei și au fost confiscate 8087 grame și 8471 plicuri conținând noi substanțe psihoactive.

² Idem

³ Idem

Grafic 1 - 7: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor, efectuate în baza Ordinului comun⁴, date comparate 2012-2017



Sursa: ANA

În ultimii șase ani, datele privind capturile de NSP evidențiază o tendință în scădere a disponibilității pe piața ilicită a drogurilor. În anul 2017, a fost înregistrată o creștere semnificativă a capturilor de plicuri conținând noi substanțe psihoactive, față de anul 2016, dar și o scădere a cantităților vrac (grame) de noi substanțe psihoactive capturate.

Pentru prevenirea comercializării și consumului substanțelor/ produselor noi cu efecte psihoactive, în anul 2017, au continuat acțiunile de monitorizare și control prevăzute în planul de măsuri.

Prin intermediul rețelei „Early Warning System” (Sistemul European de Avertizare Timpurie asupra Noilor Amestecuri și Substanțe apărute pe piață - EWS), coordonat de către Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii (OEDT), Agenția Națională Antidrog a monitorizat semnalările comunicate de statele membre. În anul 2017, au fost transmise la nivel european 48 notificări și 6 alerte pentru noi substanțe psihoactive. România (în urma colaborării Agenției Naționale Antidrog cu Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor din cadrul IGPR) a transmis în cadrul EWS, rapoarte de notificare pentru 14 substanțe noi identificate pe teritoriul național.

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

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

În calitatea sa de coordonator național al politicilor antidrog Agenția Națională Antidrog a elaborat și a continuat să implementeze, pe parcursul anului 2017, alături de alte autorități naționale responsabile, următoarele documente de politici publice: *Strategia națională antidrog 2013 — 2020*, *Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 — 2018* și *Programul de interes*

⁴ Idem

național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri în perioada 2015 — 2018.

La nivel local, în baza Strategiei Naționale Antidrog, cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, structuri teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog, au elaborat strategii locale antidrog și planuri de acțiune locale, aprobate de Prefecturi și de Consiliile Județene.

1.2.1 Strategii și planuri de acțiune naționale

Prin aprobare de către Guvernul României, Strategia națională antidrog 2013-2020 este asumată ca document de politici publice în domeniu, conferind caracterul formal și legitimitatea răspunsului la fenomenul drogurilor.

Strategia națională antidrog 2013-2020 corespunde perioadei de implementare a noii Strategii a Uniunii Europene în domeniul drogurilor, urmează Strategiei naționale antidrog 2005-2012 și este implementată prin două planuri de acțiune aferente.

Strategia este guvernată de un set de **opt principii directoare**:

1. al priorității (problematika drogurilor este de importanță centrală în societatea românească)
2. al continuității (acțiunile de reducere a cererii/ ofertei de droguri se derulează fără întrerupere, iar proiectarea acțiunilor se bazează pe analiza experiențelor trecute)
3. al abordării globale, unitare, multidisciplinare și echilibrate (acțiunile SNA sunt în acord cu concepția internațională privind măsurile antidrog)
4. al coordonării (de către un for responsabil cu stabilirea unor planuri de acțiune a SNA, însă fără încălcarea autonomiei instituțiilor/ organizațiilor coordonate)
5. al cooperării (între toate instituțiile publice cu rol în implementarea SNA)
6. al legalității (măsurile SNA sunt în acord cu Constituția României, cu legislația națională în domeniul drogurilor, precum și cu tratatele internaționale al care România a aderat).
7. al confidențialității (privind datele personale ale consumatorilor de droguri sau ale persoanelor (neconsumatoare) care accesează servicii de reducere a cererii de droguri.
8. al complementarității și transparenței (asigurate prin participarea și implicarea societății civile la implementarea SNA).

Direcțiile generale de acțiune în domeniul drogurilor se reflectă la nivel programatic în 5 subcapitole, care reprezintă arii majore de intervenție: **reducerea cererii de droguri, reducerea ofertei de droguri, coordonare, cooperare internațională, cercetare, evaluare, informare.**

Documentul programatic central de politici publice specifice, care orientează sinergic eforturile întreprinse în domeniul luptei antidrog la nivel național, de autoritățile responsabile și organisme specializate ale societății civile, este **Strategia Națională Antidrog 2013-2020**, care își propune *“să aducă un plus de valoare în ceea ce privește reacția statului român la problematica drogurilor, prin dezvoltarea mecanismelor de coordonare, colaborare interinstituțională, transparență decizională, cercetare și analiză strategică”*.

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

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

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

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 abordează în manieră integrată 5 direcții majore în domeniul drogurilor care, de asemenea, converg către atingerea a 5 obiective generale: reducerea cererii, reducerea ofertei de droguri, dezvoltarea coordonării, a cooperării internaționale, a cercetării, evaluării și informării în domeniu, astfel:

– Reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca finalitate integrarea socială (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 20 de obiective specifice);

– Reducerea ofertei de droguri prin identificarea și destructurarea rețelelor de trafic, reducerea disponibilității drogurilor pe piață și utilizarea eficientă a sistemului de aplicare a legii, concomitent cu dezvoltarea unor mecanisme instituționale de monitorizare și control, coordonate și adaptate nevoilor actuale și situației reale a fenomenului și care să susțină în mod viabil măsurile de luptă împotriva acestuia (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 4 obiective specifice);

– Coordonarea în domeniul drogurilor, urmărește asigurarea unui concept unitar de acțiune în domeniul problematicei drogurilor și precursorilor, monitorizarea implementării politicilor naționale în domeniul drogurilor, utilizarea eficientă a resurselor și maximizarea rezultatelor intervențiilor realizate (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 8 obiective specifice);

—În domeniul cooperării internaționale, se urmărește reafirmarea angajamentului României, asumat prin documentele internaționale și prin cele bilaterale sau multilaterale la care țara noastră este parte și consolidarea poziției ca partener activ în efortul mondial de reducere a cererii și ofertei de droguri precum și a traficului de precursori (direcție principală de acțiune pentru care sunt 6 obiective specifice);

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

Pentru atingerea celor 5 obiective strategice prin intermediul direcțiilor principale de acțiune prevăzute, Agenția Națională Antidrog desfășoară activități în cooperare cu actori instituționali. Aceștia și-au asumat obiectivele specifice fiecărui obiectiv strategic ca priorități instituționale precum și acțiunile subsecvente acestora. Dintre acești parteneri instituționali menționăm: Ministerul Educației Naționale, Ministerul Muncii, Ministerul Tineretului, Ministerul Justiției, Direcția pentru combaterea criminalității organizate și terorismului, Poliția Română, serviciile de informații naționale și anumite structuri din zona societății civile, culte și organizații neguvernamentale ale căror activități vizează în mare parte domeniul reducerii cererii de droguri.

În vederea implementării Strategiei naționale antidrog pentru perioada 2013-2020, Agenția Națională Antidrog a elaborat două planuri naționale de acțiune pe termen mediu, respectiv Planul național de acțiune 2013-2016 și proiectul Planului de acțiune 2017-2020. S-a optat pentru elaborarea unui plan de acțiune pe termen mediu în considerarea asigurării flexibilității necesare implementării obiectivelor evidențiate în strategie. La sfârșitul anului 2016, luând în considerare contextul social, economic și juridic existent, cât și nevoile concrete identificate pe parcursul primilor ani de implementare, Agenția Națională Antidrog a elaborat, pe baza propunerilor instituțiilor cu atribuții în domeniu, proiectul Planului de acțiune 2017-2020.

Ca element de noutate, față de strategiile anterioare, acest document programatic de politici publice prevede în mod explicit obiective, intervenții și măsuri specifice pentru reducerea riscurilor asociate consumului ilicit de droguri.

1.2.1.1 Strategiiile județene antidrog

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

Prin intermediul rețelei sale naționale de unități teritoriale specializate (47 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog), asigură coordonarea necesară la nivel local pentru implementarea a 42 de strategii locale antidrog, asumate de autoritățile din fiecare județ, respectiv municipiul București.

Tabel 1 - 2: Strategiile locale antidrog

Județ	An	Titlu	Scop (principalele substanțe la care face referire)	Domenii/ arii de intervenție
Alba	2013-2020	Alba - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Arad	2014-2020	Arad - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Argeș	2014-2020	Argeș - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Bacău	2014-2020	Bacău - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Bihor	2013 - 2020	Bihor - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Bistrița Năsăud	2014-2020	Bistrița- Năsăud - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Botoșani	2014-2020	Botoșani - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare

Braşov	2014-2020	Braşov - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Brăila	2014-2020	Brăila - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Bucureşti	2014-2020	Bucureşti - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Buzău	2014-2020	Buzău - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Caras Severin	2014-2020	Caraş-Severin - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Călăraşi	2014-2020	Călăraşi - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Cluj	2014 - 2020	Cluj - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool şi tutun, precum şi a traficului de droguri şi a precursorilor, utilizând obiective specifice locale şi acţiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare şi informare
Constanţa	2014-2020	Constanţa - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea

			consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Covasna	2013-2020	Covasna - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Dâmbovița	2014-2020	Dâmbovița - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Dolj	2013-2020	Dolj - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Galați	2014-2020	Galați - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Giurgiu	2014-2020	Giurgiu - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Gorj	2014-2020	Gorj - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Harghita	2014-2020	Harghita - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor,	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și

			utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	informare
Hunedoara	2014-2020	Hunedoara - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Ialomița	2014-2020	Ialomița - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Iași	2014-2020	Iași - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Ifov	2014-2020	Ifov - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Maramureș	2014-2020	Maramureș - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Mehedinți	2013-2020	Mehedinți - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Mureș	2014-2020	Mureș - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Neamț	2014-2020	Neamț -	Dezvoltarea cadrului politic	1. Reducerea

		Strategia locală antidrog	pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Olt	2014-2020	Olt - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Prahova	2014-2020	Prahova - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Satu Mare	2014-2020	Satu Mare - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Salaj	2014-2020	Sălaj - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Sibiu	2013-2020	Sibiu - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Suceava	2014-2020	Suceava - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Teleorman	2014-2020	Teleorman - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri

			tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Timiș	2014-2020	Timiș - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Tulcea	2014-2020	Tulcea - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Vâlcea	2014-2020	Vâlcea - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Vaslui	2014-2020	Vaslui - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare
Vrancea	2014-2020	Vrancea - Strategia locală antidrog	Dezvoltarea cadrului politic pentru implementarea unui răspuns proactiv la fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și a precursorilor, utilizând obiective specifice locale și acțiuni integrate.	1. Reducerea cererii de droguri 2. Reducerea ofertei de droguri 3. Coordonare 4. Evaluare și informare

Sursa: ANA

1.2.2 Implementarea și evaluarea strategiilor și politicilor

Stadiul implementării politicilor publice antidrog este efectuată periodic prin 2 instrumente de evaluare: monitorizarea periodică a stadiului implementării strategiei naționale antidrog și a performanței înregistrate în atingerea obiectivelor acesteia și studii ad-hoc realizate, de regulă, de către evaluatori externi independenți.

În 2017, a fost realizată evaluarea primului Plan de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog. Concluziile acestui demers au fost luate în considerare la realizarea următorului Plan de Acțiune (2017-2020) pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog.

Raportul de evaluare a primului Plan de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog este documentul cel mai recent care prezintă evaluarea de facto a gradului de implementare și performanțele înregistrate în aplicarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, la jumătatea perioadei de implementare a acesteia.

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

Evaluarea a fost una de tip ex-post, analizând performanțele înregistrate la finalizarea implementării primului Plan de acțiune 2013-2016 și este, în același timp, o evaluare intermediară a implementării Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.

Evaluarea a urmărit să identifice și să măsoare efectele implementării Strategiei Naționale Antidrog la finalul perioadei primului plan de acțiune 2013-2016. Demersul a abordat integral toate părțile strategiei: cele două domenii de politică (sau piloni) privind reducerea cererii și ofertei de droguri, precum și cele trei teme transversale de coordonare, cooperare internațională, informare, cercetare, monitorizare și evaluare.

Obiectivele misiunii de evaluare au fost:

1. Evaluarea acțiunilor/ măsurilor propuse și implementate prin Strategia Națională Antidrog 2013-2020 și planurile de acțiune (2013-2016 și 2017-2020) în toate ariile: reducerea cererii și ofertei de droguri, cooperare internațională, coordonare interinstituțională, informare, cercetare și evaluare.
2. Identificarea realizărilor și a lecțiilor învățate în urma implementării Planului de acțiune 2013-2016.

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

Evaluarea s-a bazat pe trei abordări:

1. Analiza documentelor disponibile în statistici oficiale, în rapoarte de activitate și de cercetare (emise de ANA sau de alte instituții ce au legătură cu domeniul drogurilor), în documente legislative, comunicate oficiale, pagini de Internet. Datele astfel colectate au fost utilizate la descrierea contextului socio-legislativ al implementării Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 prin Planul de acțiune 2013-2016, precum și la completarea/ confirmarea informațiilor colectate de la diverse instituții sau organizații care au participat la procesul de evaluare.
2. Colectarea și analiza datelor calitative prin interviuri individuale, transmise prin e-mail reprezentanților instituțiilor sau organizațiilor partenere care au contribuit la implementarea Planului de acțiune 2013-2016.
3. Colectarea și analiza datelor cantitative obținute prin completarea chestionarelor transmise pe fiecare domeniu a Planului de acțiune de către instituțiile sau organizațiile partenere care au contribuit la implementarea Planului de acțiune 2013-2016. Chestionarele transmise pe fiecare domeniu a Planului de acțiune pentru colectarea datelor către instituțiile

sau organizațiile partenere care au contribuit la implementarea Planului de acțiune 2013-2016 (71 de chestionare transmise la care au trimis răspuns 40 de parteneri în 2015; 71 de chestionare transmise la care au trimis răspuns 50 de parteneri în 2016; 70 de chestionare transmise la care au trimis răspuns 40 de parteneri în 2017).

Raportul de evaluare a Planului de acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020 reflectă rezultatele obținute de instituțiile guvernamentale și organizațiile neguvernamentale în efortul de definire, implementare și monitorizare a politicilor naționale în domeniul drogurilor pe segmentele de reducere a cererii și ofertei de droguri.

Situația sintetică în ceea ce privește implementarea Planului de acțiune 2013-2020 este următoarea: din totalul celor 171 de activități specifice (subsecvențe celor 44 de obiective) – 122 (71%) au fost realizate; 30 (18%) erau în curs de realizare la finalul perioadei de implementare și 19 activități (11%) au fost identificate ca nerealizate.

Pe parcursul implementării Strategiei 2013-2020, Agenția Națională Antidrog a fost prevăzută realizarea a două evaluări: o evaluare intermediară la jumătatea perioadei de implementare care corespunde cu evaluarea primului plan de acțiune și o evaluare ex-post care va încorpora rezultatele evaluărilor celor două planuri de acțiune.

1.2.3 Aspecte relevante privind mecanismele de coordonare a politicilor antidrog

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

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

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

La nivel național, instituția responsabilă de reducerea ofertei de droguri este Direcția pentru Investigarea Crimei Organizate și Terorismului (DIICOT)⁵.

1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

Bugetul de stat al României are o structură diferită de standardul european COFOG, sens în care, în realizarea prezentului raport nu s-a putut aplica metodologia propusă, în special în ceea ce privește cheltuielile publice.

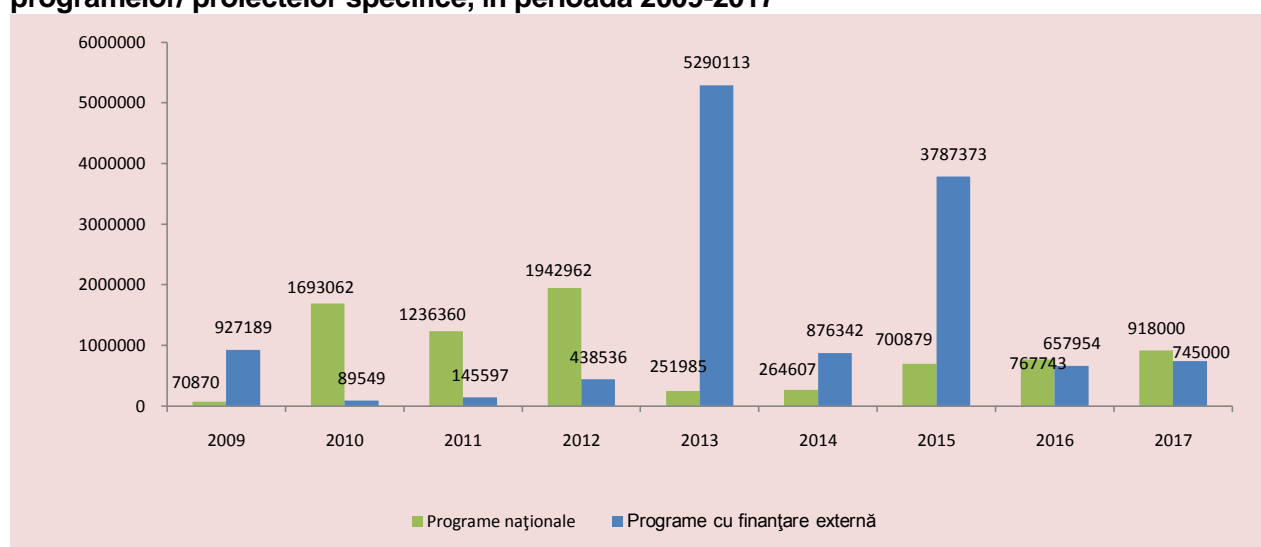
⁵ Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 78/2016 din 16 noiembrie 2016 pentru organizarea și funcționarea Direcției de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial nr. 938 din 22 noiembrie 2016, disponibil la <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/183842>.

În același context, în bugetele instituțiilor de stat care desfășoară activități în domeniul antidrog nu sunt prevăzute și implicit, nu se pot identifica, în mod defalcat, cheltuielile specifice pentru aceste activități.

Astfel, în prezent nu se poate realiza o estimare realistă și clar fundamentată a cheltuielilor realizate de România pentru implementarea politicilor antidrog în anul 2017.

Bugetul Agenției Naționale Antidrog (din care în 2017 s-au cheltuit 20.844.025 lei - 4.562.952,8 euro) este singurul pentru care s-au înregistrat raportări consistente în timp, dar chiar și astfel, nu se poate stabili proporția sa din totalul cheltuielilor înregistrate la nivel național în domeniu. Pentru implementarea măsurilor și priorităților din Strategia Națională Antidrog 2013-2020, ANA a dezvoltat în anul 2017 programe cu finanțare de la bugetul public în valoare de 918.000 lei (200.958 euro) și proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile în valoare de 745.000 lei (159.394 euro).

Grafic 1-1: Evoluția bugetului (RON) Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/ proiectelor specifice, în perioada 2009-2017



Sursa: ANA

CHELTUIELI DIN SURSE PUBLICE

Reducerea cererii de droguri

Agencia coordonează implementarea a două programe cu impact strategic, menite să acopere o serie de priorități din domeniul reducerii cererii de droguri, prevăzute în Planul de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog, finanțate exclusiv de la bugetul de stat: Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 (cu un buget estimativ de 6,2 milioane euro) și Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 (cu un buget estimat de 2,8 milioane euro).

Pe parcursul anului 2017, ANA a utilizat 899.862 lei (196.988 euro) din alocările financiare pentru anul de referință în scopul implementării obiectivelor Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 și 702.571 lei (150.443 euro) pentru implementarea Acordului anual de grant cu EMCDDA.

Prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative emise prin Ordin al președintelui de **Casei Naționale Asigurări de Sănătate**⁶, *Programului național de sănătate mintală* i-a fost alocat în anul 2017 un credit bugetar de 1.761 mii lei (385.499 euro). Resursele alocate programului acoperă asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru 1257 persoane cu toxicodependență (la un cost mediu/ bolnav cu tratament de substituție/ an de 1.180 lei – 258,3 euro) și testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului (asigurarea unui număr de 12 600 teste de depistare a drogurilor în urină la un cost mediu pe test rapid de 9,53 lei – 2,08 euro).

Ministerul Educației Naționale a derulat un concurs național anual de prevenire a consumului de droguri (componenta informare-educare), finanțat în 2017 cu 58.000 lei (12.696 euro).

Primăria Sectorului 5, prin Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 5 București, asigură servicii sociale integrate, inclusiv de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, prin intermediul Echipei Mobile de Intervenție pentru Persoane Aflate în Situații de Risc. În 2017, suma totală alocată de instituție pentru funcționarea Echipei Mobile a fost de 830.000 lei (181.694 euro).

Reducerea ofertei de droguri

Autoritatea Națională de Administrare Fiscală - Direcția Generală a Vămilelor a raportat un total al cheltuielilor pentru categoria bunuri și servicii de 43.540 lei (9.531 euro).

Tabel 1 - 3: Cheltuieli publice realizate în anul 2017 pentru domeniul drogurilor

Suma cheltuită (lei)	Comentarii
196.988	ANA - Programul Național (reducerea cererii de droguri – prevenire/asistență)
385.499	Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (reducerea cererii de droguri – asistență)
12.696	Ministerul Educației Naționale (reducerea cererii de droguri – prevenire)
181.694	DGASPC Sector 5 (reducerea cererii de droguri – reducerea riscurilor)
9.531	ANAF - Direcția Generală a Vămilelor (reducerea ofertei de droguri – bunuri și servicii)

Sursa: ANA

1.4 CONCLUZII

- Politicile antidrog sunt realizate de către Guvernul României pe baza analizelor și studiilor interne efectuate și în conformitate cu documentele strategice emise ca urmare a apartenenței la structuri, foruri și grupuri la nivel internațional. De fiecare dată au fost avute în vedere propunerile și precizările formulate de instituțiile implicate în implementarea acestor politici și de societatea civilă, în contextul în care acestea au fost pertinente, în concordanță cu legea, constructive și s-au bazat pe necesitatea rezultată din analize profunde la nivelul societății românești.

⁶ ORDIN nr. 245/31.03.2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018 disponibil la <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Ordin%20nr.245-Norme%20tehnice%20afere%20programelor%20na%C5%A3ionale%20de%20s%C4%83n%C4%83tate%20curative%20pentru%20anii%202017.pdf>

- Prin elaborarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2020⁷ și a celor două Planuri de acțiune 2013 – 2016, respectiv 2017-2020 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog, s-au creat **pârghiile naționale coerente de prevenire, asistență, monitorizare, control și combatere a fenomenului**, în strânsă corelație cu standardele europene, dar **adaptate realității din România**.
- În anul 2017, în România, se află în curs de implementare a Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.
- Responsabilitatea întocmirii evaluărilor strategiei și planurilor de acțiune revine Agenției Naționale Antidrog, instituție care funcționează ca pol de vizibilitate al politicilor naționale în domeniu și structură de coordonare și integrare a acestora în contextul național strategic de siguranță și securitate națională.
- În 2017, a fost realizată evaluarea primului Plan de Acțiune 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog. Concluziile acestui demers au fost luate în considerare în elaborarea următorului Plan de Acțiune (2017-2020) pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog. Derulată în perioada aprilie – septembrie 2017, evaluarea a fost inițiată și elaborată de o echipă de specialiști din cadrul Agenției Naționale Antidrog (evaluare internă), respectând prevederile Strategiei Naționale Antidrog în ce privește metodologia și mecanismele de monitorizare și evaluare a acesteia. Evaluarea a fost una de tip *ex-post*, analizând performanțele înregistrate la finalizarea implementării primului Plan de acțiune 2013-2016 și este, în același timp, o evaluare intermediară a implementării Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020.
- Totodată, Agenția Națională Antidrog este responsabilă pentru procesul de coordonare a activităților de cooperare și relații internaționale între instituțiile și autoritățile din România și cele omoloage lor la nivel european și mondial.
- De asemenea, Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii, care este Punctul Național Focal în rețeaua europeană REITOX, face parte din Agenția Națională Antidrog și beneficiază de suportul academic al unui Consiliu Științific pe problematica dezvoltării proiectelor și activităților de cercetare.
- În ceea ce privește coordonarea problematicii antidrog la nivel național, aceasta se realizează prin intermediul rețelei de unități teritoriale specializate ale ANA (47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog) care implementează, monitorizează și evaluează 42 de strategii locale antidrog, asumate de către autoritățile din fiecare județ precum și municipiul București.
- În privința identificării resurselor alocate pentru abordarea problemelor legate de droguri în cadrul instituțiilor implicate, datorită gamei largi de domenii în care există cheltuieli pentru astfel de activități, precum și datorită diversității surselor de finanțare posibile la nivel național, estimarea cheltuielilor necesare pentru realizarea activităților din SNA este dificil de realizat.
- Pentru implementarea măsurilor și priorităților din Strategia Națională Antidrog 2013-2020, precum și a Planurilor de Acțiune aferente, ANA a accesat în anul 2017 programe cu finanțare de la bugetul public în valoare de 200.958 euro⁸ și din resurse financiare internaționale în valoare de 163.087 euro.

⁷ Aprobata prin H.G. nr. 784/09.10.2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020, disponibil la http://www.ana.gov.ro/doc_strategie/documente%20strategie%20naționale/SNA_PNA.pdf

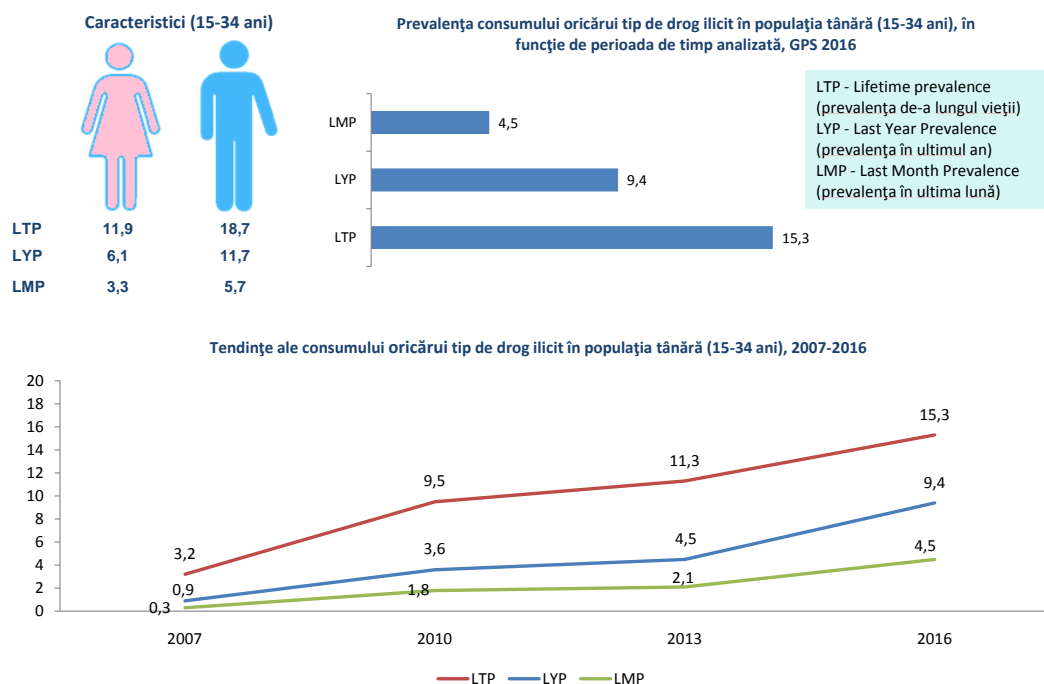
⁸ Toate sumele menționate au fost convertite din lei în euro, utilizând cursul mediu anual pentru anul 2017: 1 euro= 4,5681 lei.

2. CONSUMUL DE DROGURI ȘI PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

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

Ratele sunt de două ori mai mari în rândul adulților tineri (grupa de vârstă 15-34 ani), prevalența de-a lungul vieții fiind de 15,3%, prevalența în ultimul an 9,4%, iar pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 4,5%.

Grafic 2 - 1: Caracteristici ale consumului oricărui drog în populația tânără



Sursa: ANA

Conform ESPAD 2015, prevalența consumului oricărui tip de drog ilicit de-a lungul vieții în rândul elevilor de 16 ani este de 15%, consumul recent este 9,1%, în timp ce consumul actual este 4,3%.

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară. De asemenea, cannabisul rămâne și cel mai capturat drog la nivel național, înregistrând în anul 2017 cel mai mare număr de capturi realizate până în prezent. Și în ceea ce privește admiterea la tratament pentru consum de droguri, cannabisul este drogul principal pentru care sunt solicitate servicii (situație înregistrată începând cu anul 2014, de la intrarea în vigoare a Codului Penal).

Apărute pe piața drogurilor din România în 2009, noile substanțe psihoactive (NSP) au cunoscut o perioadă de consum maxim în anul 2010. În urma măsurilor legislative și de control luate de autorități, coroborate cu o informare mai bună în rândul populației generale asupra riscurilor generate de acest tip de consum, datele rezultate din monitorizarea altor indicatori (urgente medicale datorate consumului de droguri, admiterea la tratament) arată o tendință de stabilizare în ultimii 3 ani. Cu toate acestea, nivelul înregistrat de noile substanțe psihoactive în datele referitoare la droguri necesită o monitorizare atentă.

Consumul de substanțe stimulante continuă tendințele ascendente, chiar dacă la un nivel scăzut. Din această clasă, cocaina este cea mai consumată, iar ecstasy este cel mai confiscat drog stimulant.

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

2.1.CANABIS

2.1.1.Consumul de canabis în populația generală

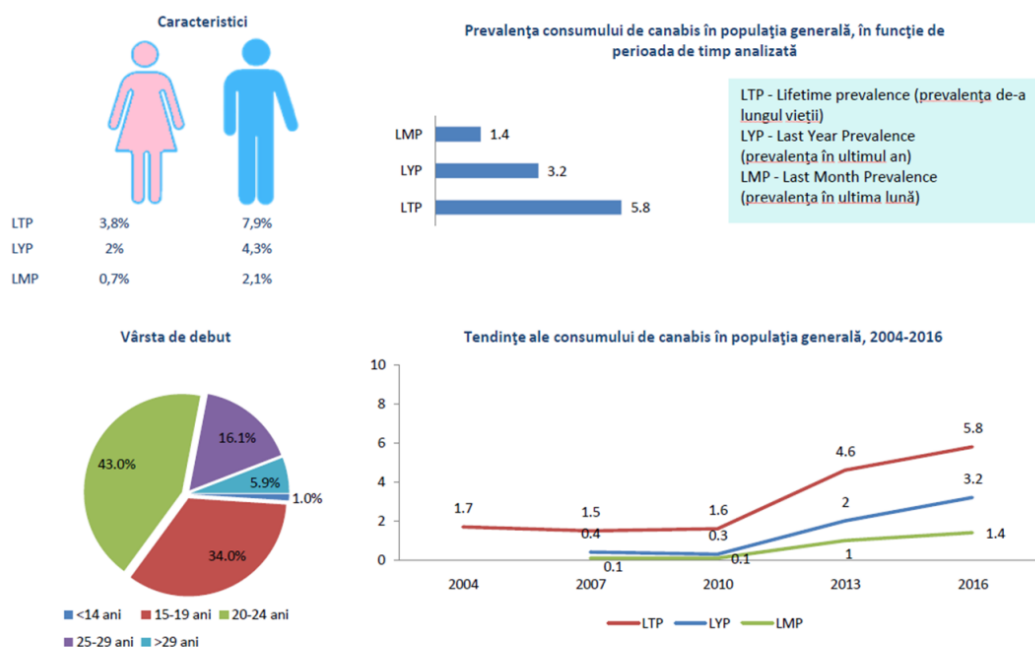
La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de canabis de 5,8%. Prevalența în ultimul an a consumului de canabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.

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

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

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

Grafic 2 - 2: Caracteristici ale consumului de canabis în populația generală

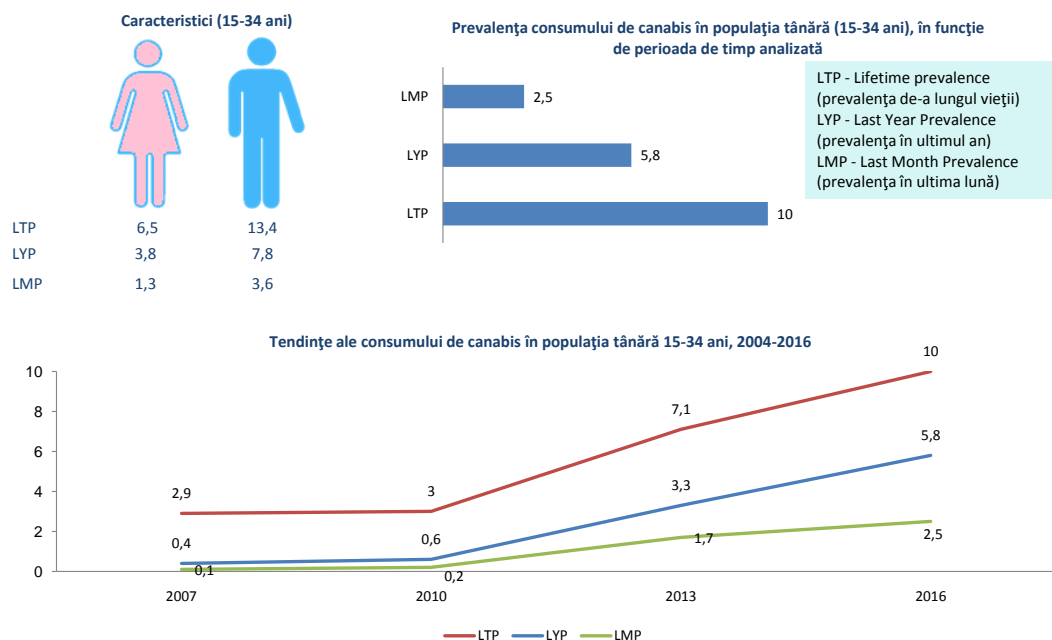


Sursa: ANA

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

Tendințele pe termen lung (2007-2016) înregistrate în consumul de canabis în populația tânără (15-34 ani) arată creștere, indiferent de perioada de referință (de-a lungul vieții, în ultimul an, în ultima lună). Comparativ cu studiul anterior, cea mai mare rată de dinamică se observă pentru consumul de canabis în ultimul an (75%).

Grafic 2 - 3: Caracteristici ale consumului de canabis în populația tânără (15-34 ani)



Sursa: ANA

2.1.2. Consumul de canabis în populația școlară

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

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

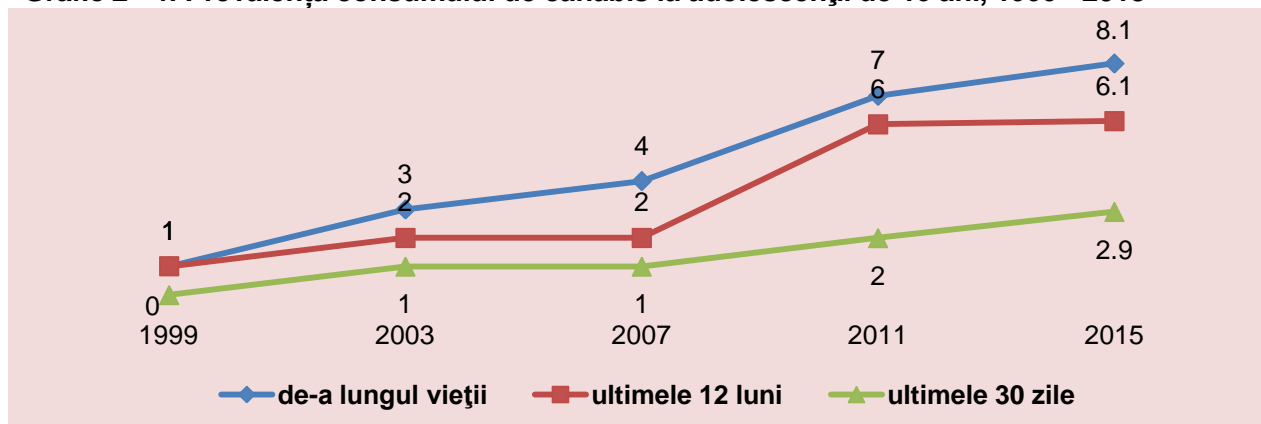
- prevalența consumului de canabis până la vârsta de 16 ani a fost de 10,3% în rândul băieților, față de 6,1% în rândul fetelor;
- prevalența consumului de canabis în ultimul an a fost de 7,8% în rândul băieților, în timp ce, valoarea acestui tip de prevalență se situează la 4,5% în rândul fetelor;
-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

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

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

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

Grafic 2 - 4: Prevalența consumului de cannabis la adolescenții de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

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

În privința asocierii dintre consumul de tutun de-a lungul vieții și alte tipuri de adicții, se constată că dintre cei care au declarat consum de tutun cel puțin o dată în viață, 14,9% au fumat și cannabis.

La analiza factorilor de risc, luând în considerare manifestarea comportamentului de consum în rândul egalilor, s-a observat asocierea cu cea mai mare intensitate în cazul consumului de cannabis, menționat ca fiind prezent în rândul prietenilor pentru 79,3% dintre adolescenții care au declarat consumul oricărui tip de drog ilegal cel puțin o dată până la această vârstă, față de 63,4% în cazul prietenilor adolescenților neconsumatori ($\phi = 0,171$; $p = 0,000$).

2.1.3. Tratatamentul pentru consum de cannabis

Și în anul 2017, cannabisul se află pe primul loc în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri, atât pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (49,3%), cât și în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 62,4%). Este pentru al treilea an consecutiv când se înregistrează o astfel de situație, alt drog decât heroina fiind principala substanță de consum pentru care se solicită asistență.

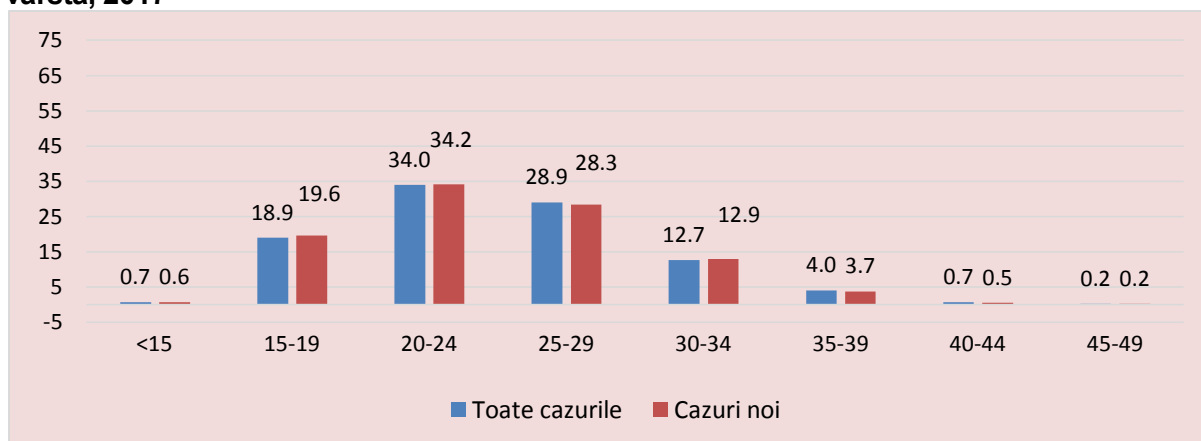
Este important de remarcat faptul că 89,9% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis, o reprezintă cazuri noi în sistemul de asistență.

Dintre cele 1764 persoane admise la tratament pentru consum de cannabis în anul 2017, 91% au fost bărbați și 9% femei. Ca urmare a modificărilor legislative din anul 2014 și punerea în aplicare a măsurilor alternative la pedeapsa închisorii, 75% dintre persoanele

admise la tratament pentru consum de canabis, indiferent dacă au mai fost tratate anterior sau nu (cazuri noi), au fost referite către serviciile de asistență de la nivelul instituțiilor de aplicare a legii (instanță, poliție sau probațiune).

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

Grafic 2 - 5: Admiterea la tratament pentru consum de canabis, în funcție de grupa de vârstă, 2017



Sursa: ANA

În corelație cu vârsta, 72% din totalul cazurilor de consumatori de canabis admiși la tratament în anul de referință au declarat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale și 22% au absolvit studii superioare. Procente similare se înregistrează și în ceea ce privește nivelul de educație absolvit de persoanele consumatoare de canabis care nu au mai fost în tratament anterior anului de raportare (73% și 22,6%).

Indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență, 42% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de canabis au declarat că aveau vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani atunci când au inițiat un astfel de comportament.

Serviciile de tratament pentru consumul de canabis sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în anul 2017, s-a înregistrat următoarea distribuție a cazurilor în care canabisul a fost înregistrat ca și drog principal de consum: 83,7% în centre de tip ambulatoriu, 16% în regim de tip rezidențial (internare) și 0,3% în regim penitenciar.

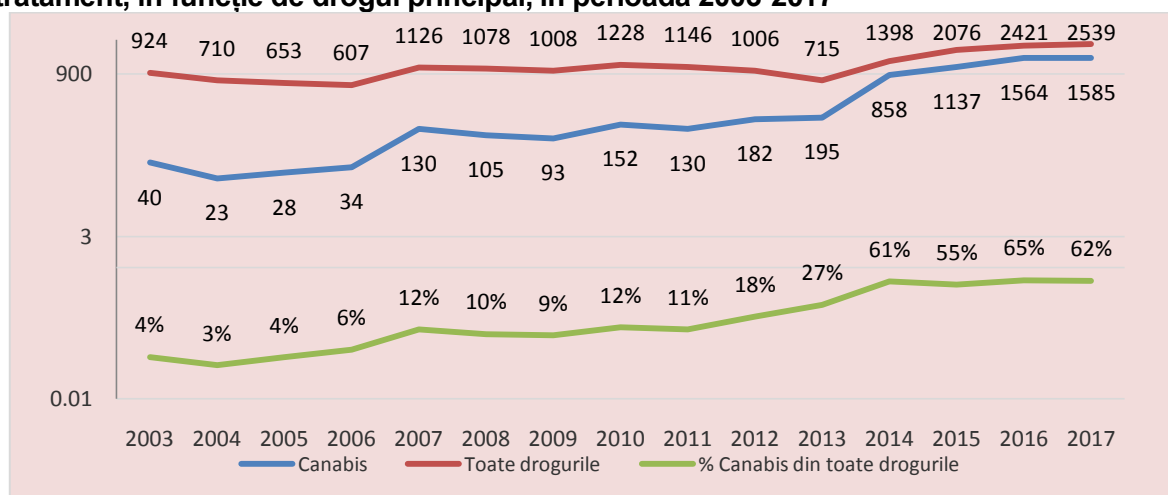
Tendențele pe termen lung (2003-2017) înregistrate în admiterea la tratament pentru consum de canabis arată creștere, fiind de remarcă trei momente de timp pentru cazurile noi și două pentru toate cazurile.

În ceea ce privește cazurile nou intrate în sistemul de tratament pentru consum de canabis, în anul 2007 are loc o dublare a proporției acestora în totalul cazurilor admise la tratament pentru consum de droguri, comparativ cu anul 2006 (12% în 2007, față de 6% în 2006). În anul 2013, se observă o dublare a proporției înregistrate în anul 2007 (27% în 2013, față de 12% în 2007), pentru ca în anul următor, 2014, ca urmare a intrării în vigoare a Codului de

Procedură Penală, să se remarce o dublare a proporției numărului de cazuri de cannabis nou intrate în sistemul de tratament din totalul cazurilor noi (61% în anul 2014, față de 27% în anul 2013).

Dacă în anul 2007 și 2014, creșterile pot fi explicate de modificările structurale și legislative care au intervenit pe piața serviciilor de tratament (în anul 2007 au fost dezvoltate noi centre, iar în anul 2014 s-a inițiat punerea în aplicare a măsurilor privind alternativa la închisoare), în 2013, nu au avut loc astfel de modificări. În acest an, se remarcă, însă, cel mai mic număr de cazuri înregistrate în ultimii 10 ani în sistemul de tratament pentru consum de droguri.

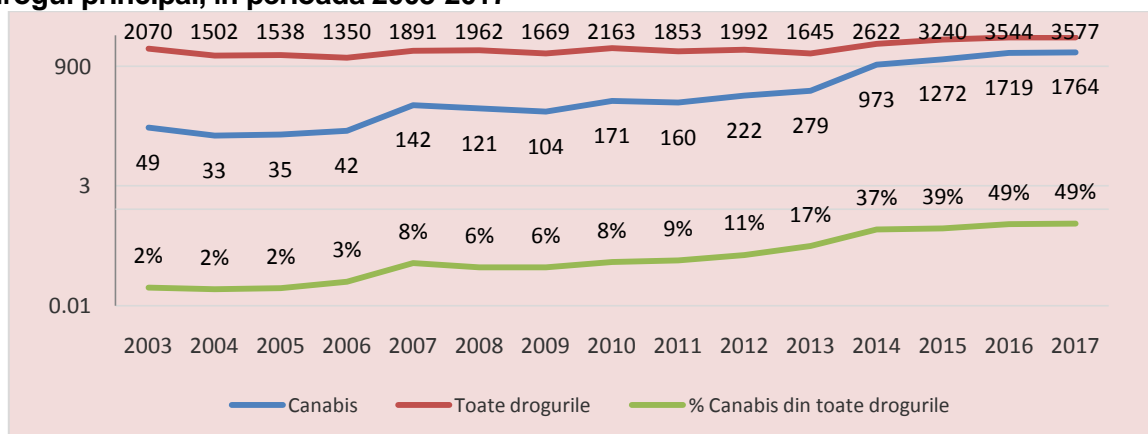
Grafic 2 - 6: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

Aceleași tendințe prezentate mai sus, se observă pentru toate cazurile admise la tratament pentru consum de cannabis în perioada analizată, dar procentul cazurilor de cannabis este mai mic decât cel observat pentru cazurile noi (niciodată tratat anterior).

Grafic 2 - 7: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

Deși în 2017, se înregistrează cel mai mare număr de beneficiari înregistrați în tratament pentru dependența de cannabis (1764 persoane), ponderea numărului de cazuri din numărul total de cazuri admise la tratament se menține la același nivel cu cea din anul 2016 (49%).

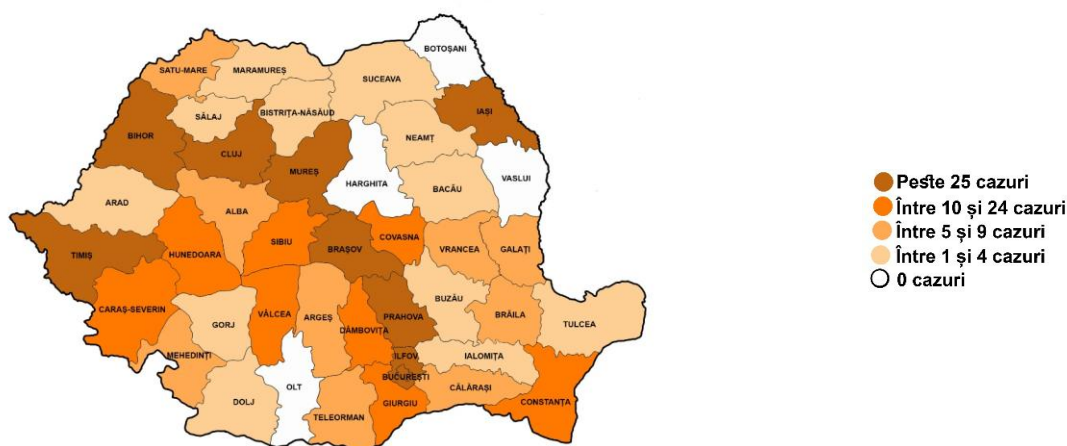
2.1.4. Consum problematic de canabis

2.1.4.1. Urgențe medicale datorate consumului de canabis

În 2017, au fost raportate 627 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de canabis (consum singular sau în combinație). În ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național, canabisul a fost menționat în 20,7% (față de 17,7% în 2016) dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Cazuistica rămâne concentrată în 8 unități teritoriale (Bihor, Brașov, Municipiul București, Cluj, Iași, Mureș, Prahova, Timiș), unde se înregistrează 67% din numărul total de cazuri.

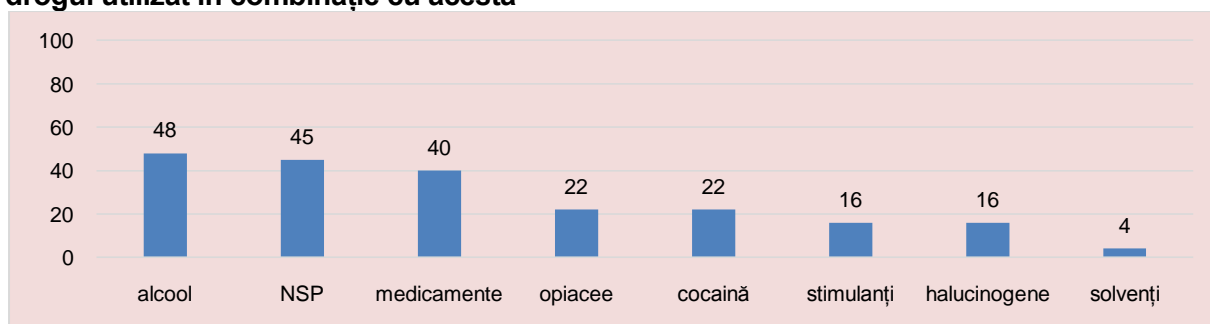
Harta 2 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de canabis (singular sau în combinație)



Sursa: ANA

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de canabis (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 75,1%. Acest diagnostic a fost urmat de tulburări mentale și de comportament – 9,3%, dependență – 8%, utilizare nocivă – 1,4%, sevraj – 0,8%. De asemenea 1,3% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice, iar 2,9% pentru alte diagnostice.

Grafic 2 - 8: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de canabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta



Sursa: ANA

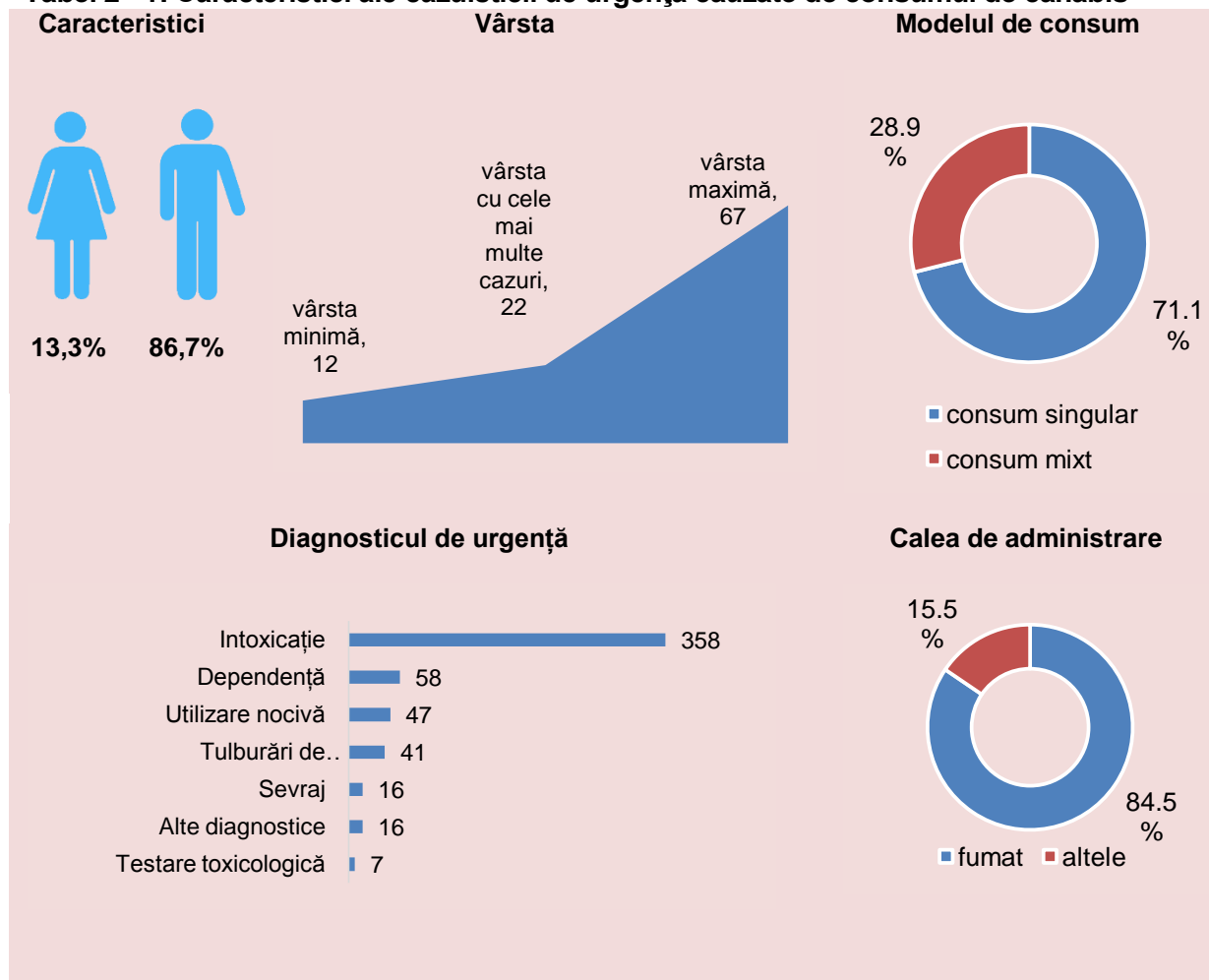
Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de canabis, în 71,1% acesta a fost raportat ca și consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple, canabisul a fost declarat, în special, în combinație cu consumul de alcool, NSP și medicamente.

Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (84,5%), administrarea canabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.

În majoritatea (57,4%) cazurilor prezentate în unitățile de primiri urgență pentru probleme cauzate de consumul de canabis, vârsta persoanelor a fost sub 25 ani, 35,9% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, doar în 6,7% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta peste 35 ani.

În ceea ce privește sexul persoanelor înregistrate la nivelul secțiilor de primiri urgențe pentru probleme cauzate de consumul de canabis, 86,7% dintre acestea erau bărbați și 13,3% femei.

Tabel 2 - 1: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de canabis

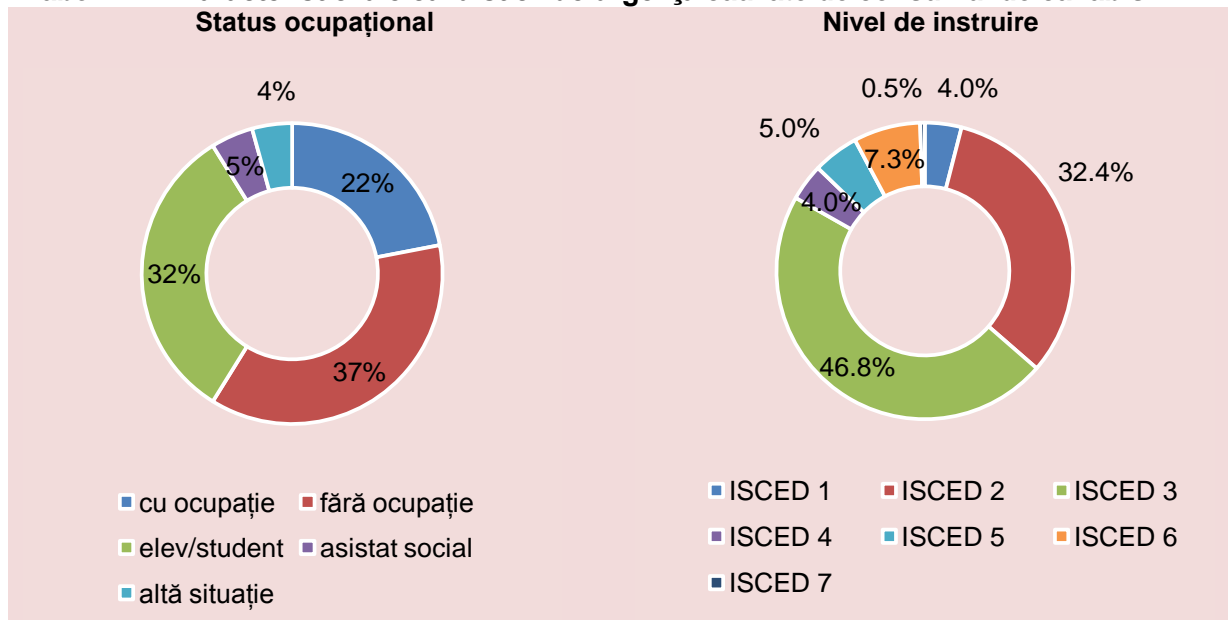


Sursa: ANA

Referitor la studiile absolvite, 79,2% dintre persoanele consumatoare de canabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui comportament, au menționat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 16,8% au declarat că au studii superioare (ISCED 4 – ISCED 7).

În 31,7% dintre cazurile de urgențe medicale cauzate de consumul de canabis au fost înregistrați elevi sau studenți, în timp ce, 25,4% au menționat că sunt angajați. În schimb, 36,1% dintre aceștia au declarat că sunt fără ocupație.

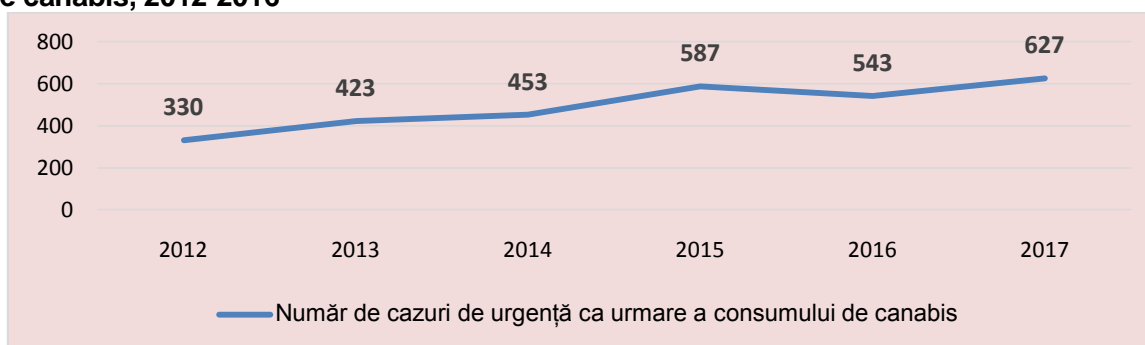
Tabel 2 - 2: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de canabis



Sursa: ANA

Tendențele pe termen lung arată că în anul 2017 s-a înregistrat cel mai mare număr de cazuri de urgență medicală cauzate de consumul de canabis din întreaga perioadă de monitorizare. Comparativ cu anul anterior, se observă o creștere cu 15,5% a numărului cazurilor de urgențe medicale cauzate de consumul de canabis (singular sau în combinație) și o creștere cu 3% a preponderenței acestei problematice în ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național (consumul de canabis – singular sau în combinație - a fost menționat în 20,7% dintre cazuri, față de 17,7% în anul anterior).

Grafic 2 - 9: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de canabis, 2012-2016



Sursa: ANA

2.1.4.2. Consumul problematic

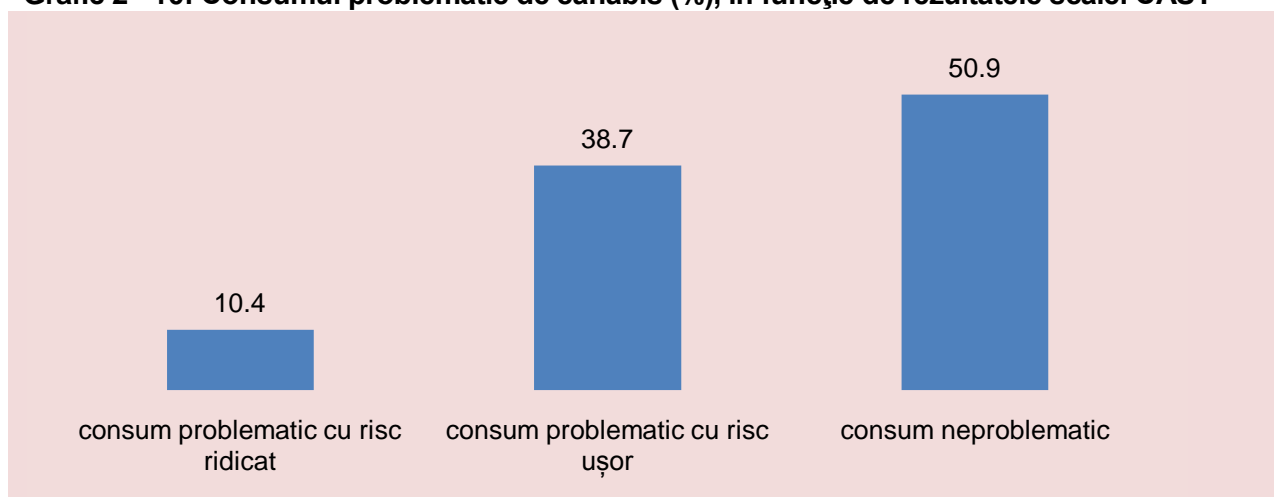
Pentru a evalua consumul problematic de canabis în rândul elevilor în vârstă de 16 ani, pentru prima oară în studiul ESPAD, a fost introdusă în chestionar scala CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Fiind proiectat pornind de la principalele criterii de determinare a diagnosticelor induse de abuzul sau de utilizarea nocivă a cannabisului, conform DSM-IV și ICD-10, testul CAST își propune să ofere **o descriere și o estimare a consumului problematic în cadrul studiilor**

epidemiologice efectuate în populația generală. În prezent, este una dintre cele mai utilizate scale în Europa.

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

Grafic 2 - 10: Consumul problematic de canabis (%), în funcție de rezultatele scalei CAST



Sursa: ANA

2.2.STIMULANȚI

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

2.2.1.Consumul de stimulanți în populația generală

2.2.1.1.Ecstasy

În cazul consumului de ecstasy, 0,5% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,1% dintre respondenți au menționat un astfel de consum în ultimul an. Prevalențele consumului de ecstasy în ultimele 12 luni și în ultimele 30 zile, observate în GPS, sunt mici, anchetele populaționale captând doar un număr mic de consumatori de alte droguri decât canabisul.

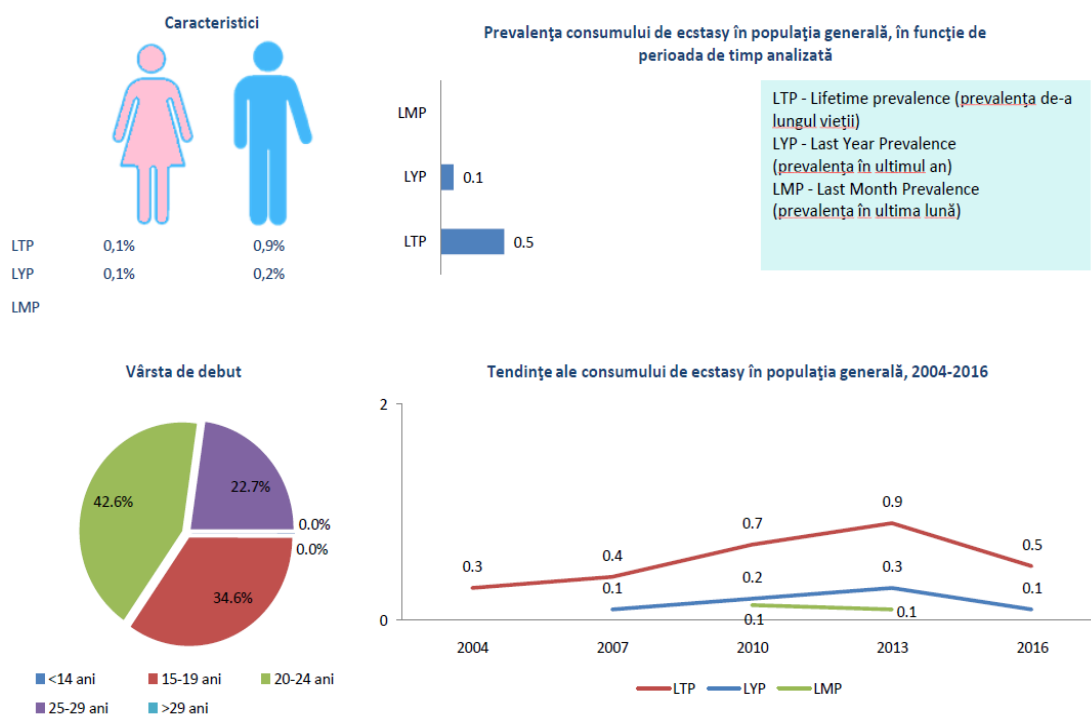
Dacă în cazul bărbaților, 0,8% au declarat că au consumat ecstasy de-a lungul vieții și 0,2% au menționat că au consumat și în ultimul an, ponderea femeilor consumatoare este aceeași și pentru consumul experimental și pentru consumul recent, respectiv 1%.

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

Cea mai mică vârstă de debut, declarată de cei care au afirmat consum de ecstasy pe parcursul vieții, a fost 15 ani, iar cea mai mare, 29 ani. Deși nu se înregistrează debut precoce (înainte de 14 ani) în consumul de ecstasy, proporția celor care au început acest tip de consum la vârste cuprinse între 15 și 19 ani este de 34,6%.

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

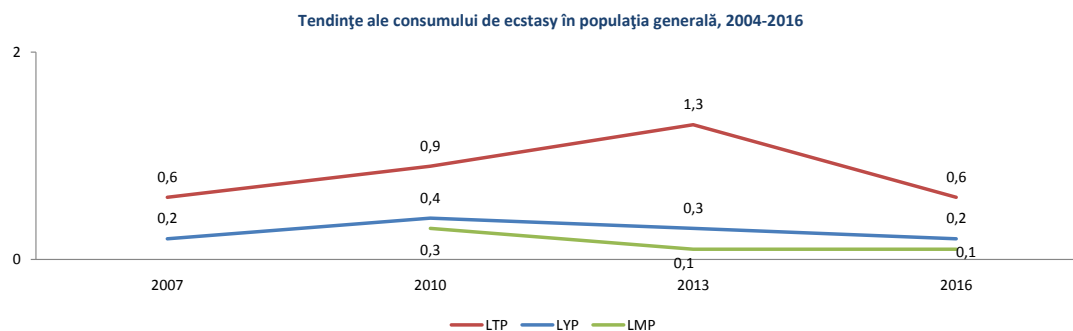
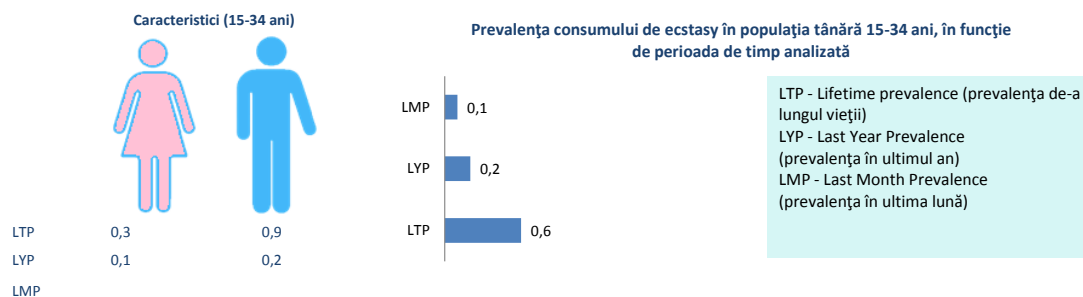
Grafic 2 - 11: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația generală



Sursa: ANA

Pentru populația tânără (15-34 ani), se observă aceleași caracteristici ale consumului și tendințe în consumul de ecstasy ca și în populația generală (15-64 ani), situație determinată de faptul că, așa cum am menționat anterior, consum în ultimul an, respectiv consum în ultima lună a fost menționat doar de persoanele intervievate în vârstă de până la 44 ani.

Grafic 2 - 12: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația tânără (15-34 ani)



Sursa: ANA

2.2.1.2. Cocaină/ crack

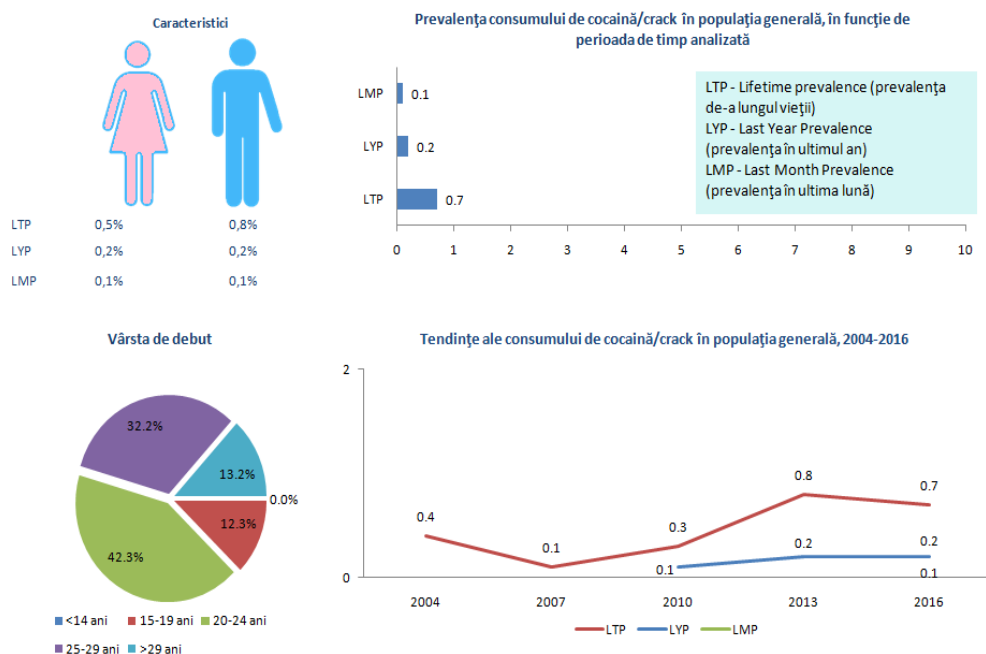
Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,7% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de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

Dacă în ceea ce privește experimentarea stimulanzilor de tip cocaină/ crack, procentul bărbaților consumatori este aproape dublu față de cel al femeilor consumatoare (0,8%, față de 0,5%), în privința consumului recent și al celui actual, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultimul an, respectiv 0,1% masculin și 0,1% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultima lună.

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

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

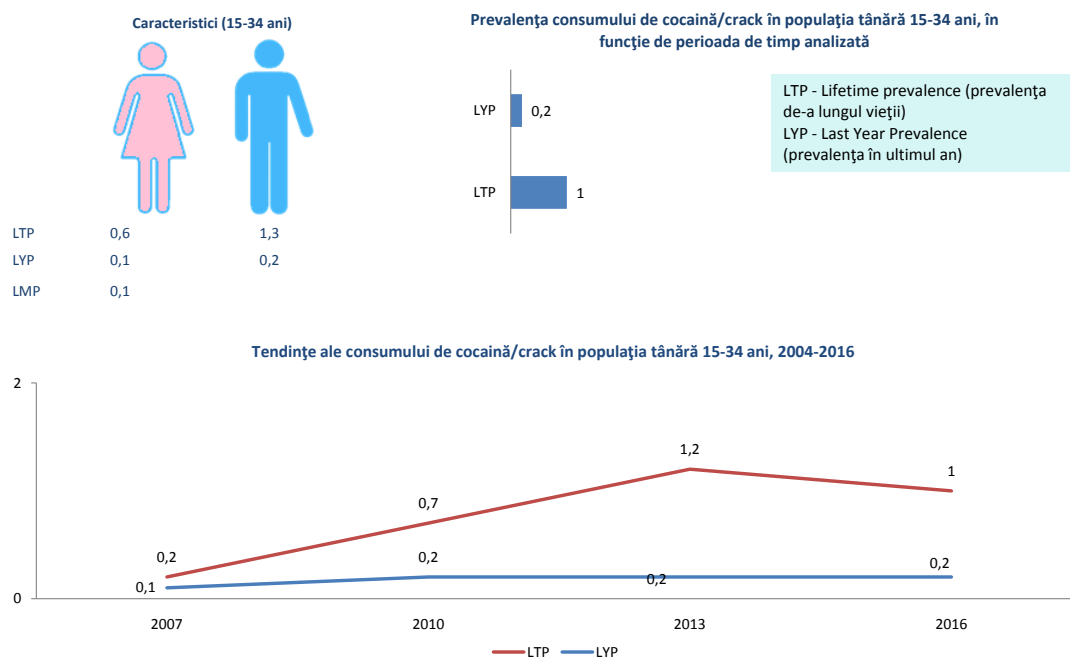
Grafic 2 - 13: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația generală



Sursa: ANA

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

Grafic 2 - 14: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația tânără



Sursa: ANA

2.2.1.3. Amfetamine

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

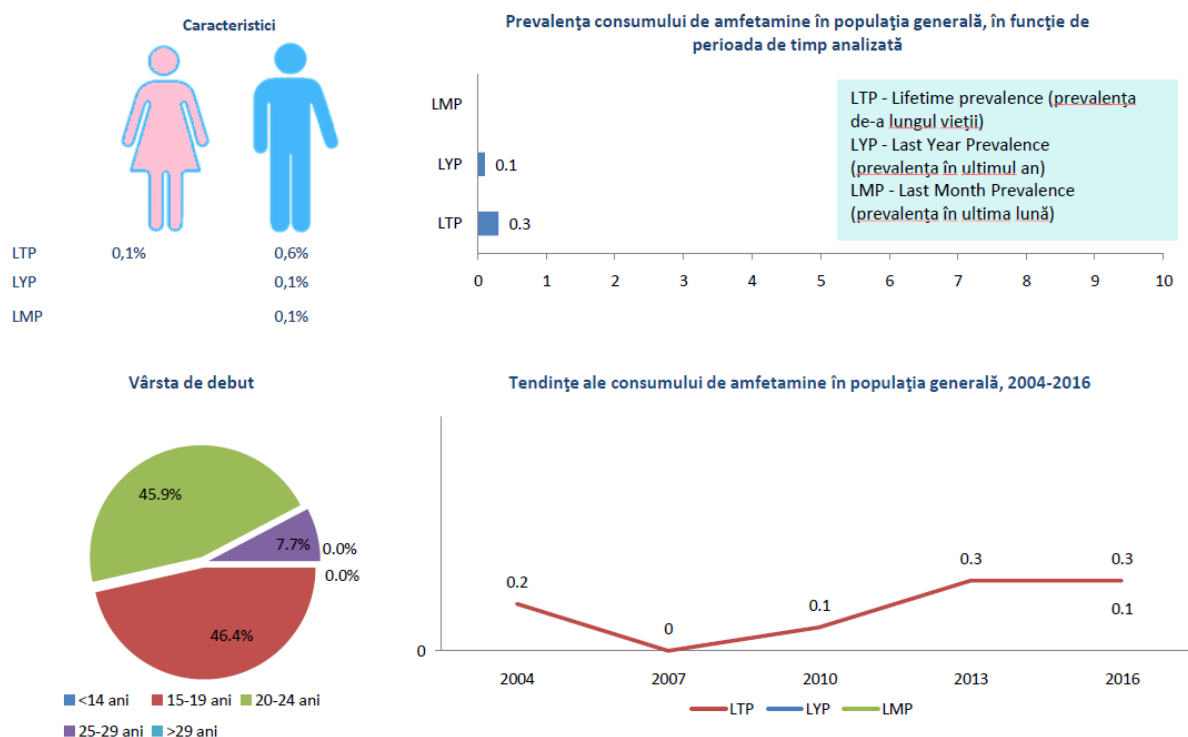
Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența în rândul populației masculine este de 6 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,6%, față de 0,1%), doar bărbații continuă să consume în ultimul an – 0,1%.

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

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

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

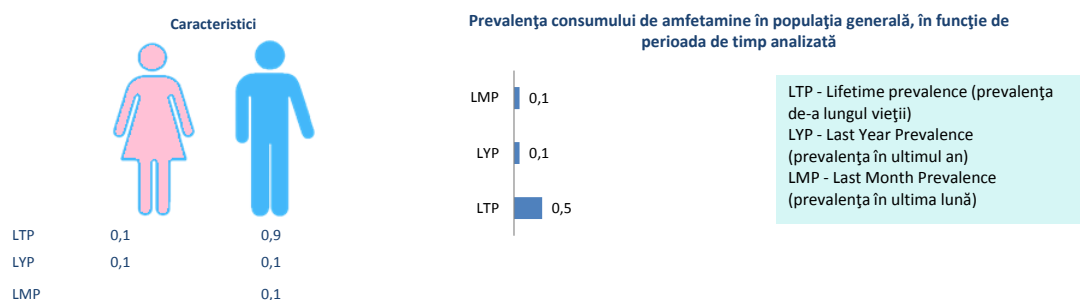
Grafic 2 - 15: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația generală



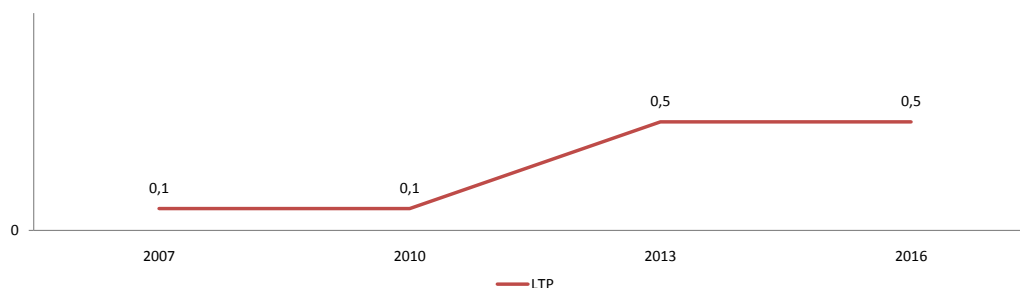
Sursa: ANA

Consumul de ecstasy este specific populației tinere (15-34 ani), prevalențele fiind scăzute, indiferent de perioada de timp luată în analiză pentru calculul prevalențelor (LTP – 0,5%, LYP – 0,1%, LMP – 0,1%).

Grafic 2 - 16: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația tânără (15-34 ani)



Tendențe ale consumului de amfetamine în populația generală, 2004-2016



Sursa: ANA

2.2.2. Consumul de stimulanți în populația școlară

2.2.2.1. Ecstasy

În cazul consumului de ecstasy, 2,1% din populația școlară în vârstă de 16 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 1,4% dintre respondenți au recunoscut un astfel de consum în ultimul an, iar 1%, în ultima lună.

Cu excepția consumului din ultimele 30 zile, pentru celelalte două perioade de referință, se observă valori mai mari ale prevalențelor consumului de ecstasy în rândul băieților, comparativ cu cele înregistrate în rândul fetelor:

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

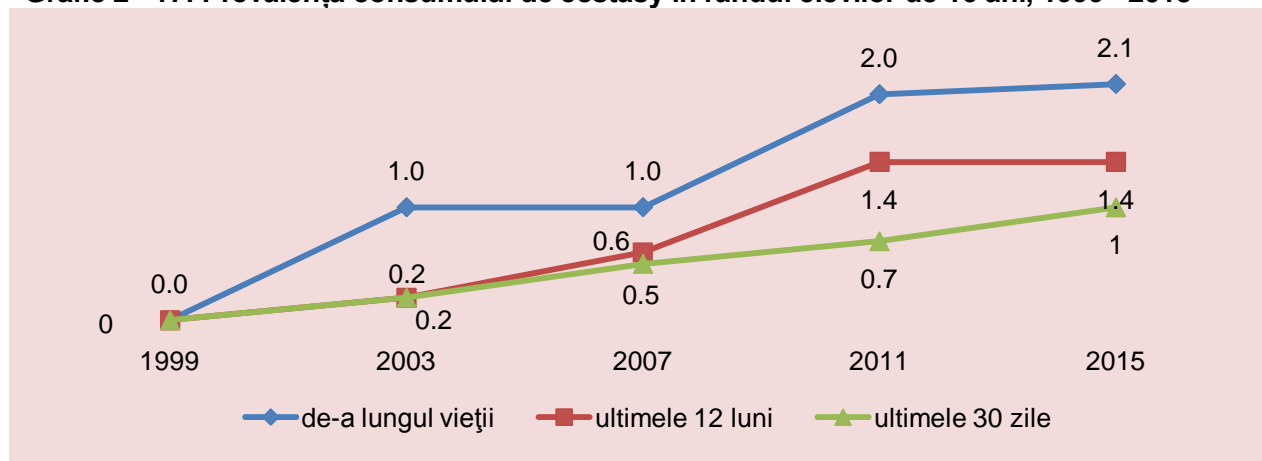
0,7% dintre elevi au debutat în consumul de ecstasy la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Ca și în cazul cannabisului, se remarcă diferențe între sexe, în ceea ce privește debutul precoce, proporția băieților care au debutat într-un astfel de consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme fiind de aproximativ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

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

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

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

Grafic 2 - 17: Prevalența consumului de ecstasy în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

2.2.2.2. Cocaină/ crack

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

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

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

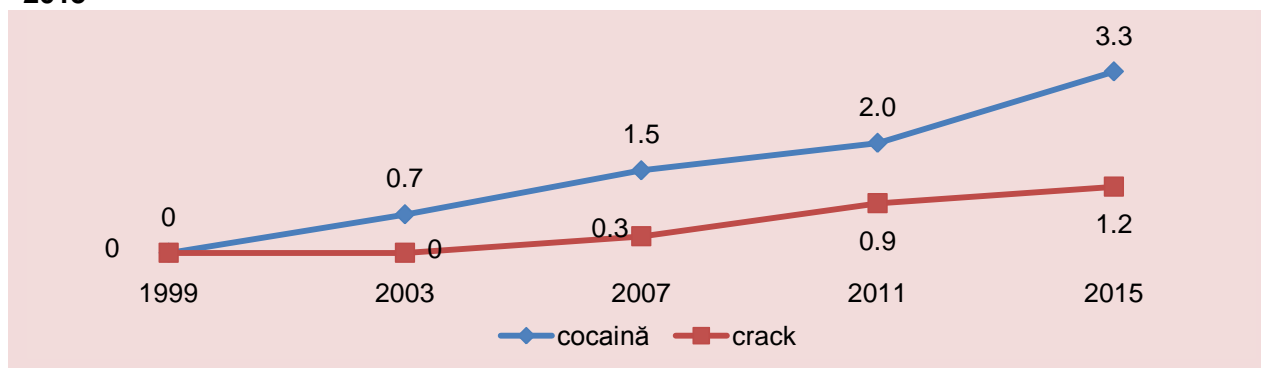
Într-un procent similar cu cel înregistrat în cazul ecstasy, 0,8% dintre elevi au debutat în consumul de cocaină/ crack la vârsta de 13 ani sau mai devreme. De asemenea, se constată diferențe în debutul precoce în consumul de cocaină/ crack, în funcție de sexul respondentului, proporția băieților care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

În timp ce cocaina se află pe locul 3 în ceea ce privește menționarea sa în categoria drogurilor ușor de procurat, disponibilitatea crack-ului pe piață este considerată ca fiind facilă

de un procent de elevi aflat la jumătate față de cel înregistrat pentru cocaină (7%, comparativ cu 3,8%).

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

Grafic 2 - 18: Prevalența consumului de cocaină/ crack la adolescenții de 16 ani, 1999-2015



Sursa: ANA

2.2.2.3. Amfetamine

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

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

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

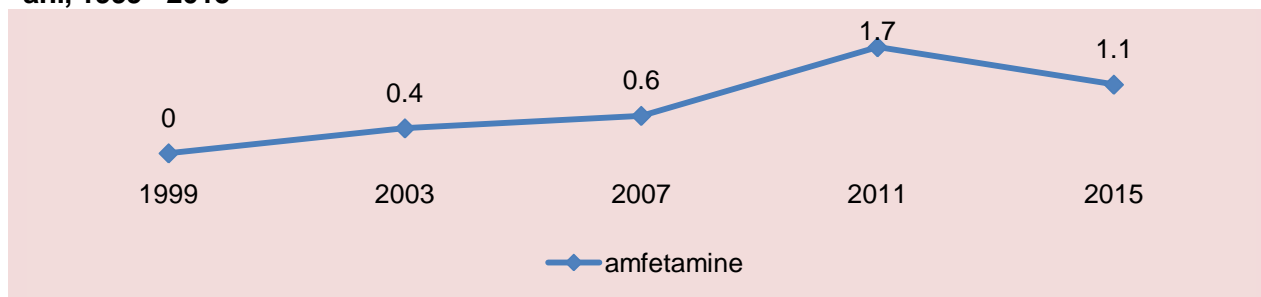
Doar jumătate dintre adolescenții de 16 ani din România consideră consumul regulat de amfetamine ca având un risc ridicat (55,2%) și mai puțin de o treime (30,4%) consideră consumul experimental (o dată/ de două ori) de amfetamine ca fiind riscant, la un nivel ridicat.

În timp ce, 1% dintre elevii participanți la studiu au declarat că au consumat amfetamine/ metamfetamine până la această vârstă, aproximativ 4% consideră că este ușor sau aproape ușor să procure astfel de droguri (4,3% - amfetamine, 4,2% metamfetamine).

Față de studiul anterior, se constată o scădere a prevalenței consumului experimental de amfetamine, dar valoarea înregistrată în anul 2015 este de aproape 3 ori mai mare decât

cea observată în anul 2003 (prima dată când a fost declarat un astfel de comportament în rândul elevilor de 16 ani).

Grafic 2 - 19: Prevalența consumului experimental de amfetamine în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015



Sursa: ANA

2.2.3. Tratatamentul pentru stimulanți

3,1% dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2017 au fost ca urmare a consumului de stimulante (1,2% pentru cocaină, 0,9% ecstasy, 0,8% amfetamine, 0,1% metamfetamine și 0,1% catinone sintetice). Ca și în anii anteriori, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulante reprezintă cazuri noi (36 din cele 44 cazuri de cocaină sau 58 cazuri din cele 66 cazuri de stimulante, altele decât cocaina).

Raportul bărbați/ femei consumatori de cocaină care s-au adresat serviciilor de asistență este 5,3 pentru cocaină și 6,3 pentru celelalte stimulante. Raportul este și mai mare (6,2, respectiv 8,7) dacă se iau în considerare cazurile noi incluse în sistemul de tratament.

Populația din tratament face parte din categoria adulților tineri, cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani (pentru cocaină, 33 din cele 44, situație și mai evidentă pentru cazurile incluse în sistemul de asistență pentru consum de stimulante, altele decât cocaina, 58 din cele 66 cazuri).

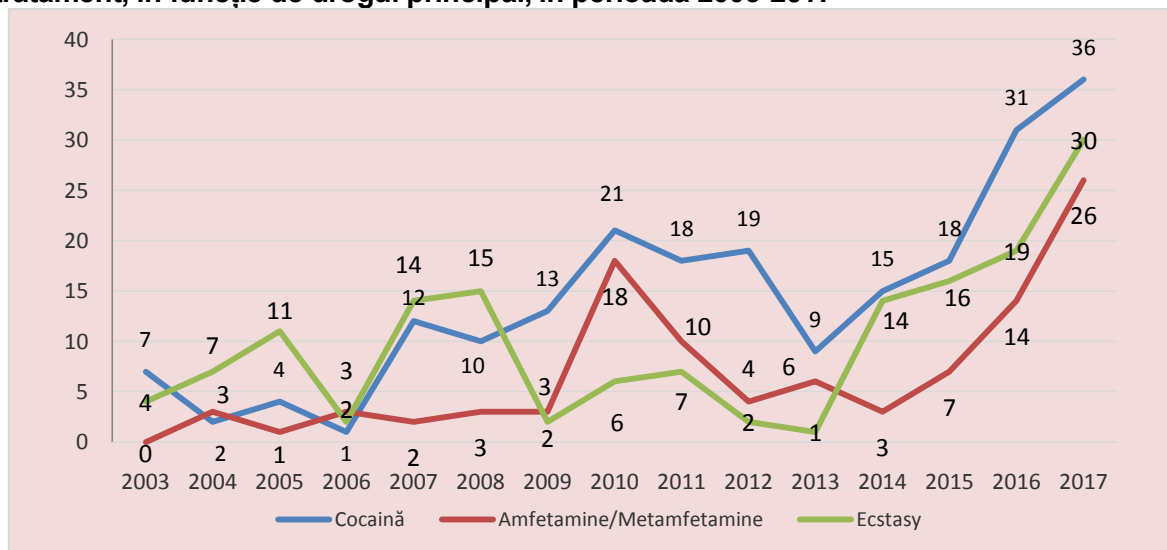
Sursa principală de referință o reprezintă instituțiile din sistemul de aplicare a legii, atât pentru consumatorii de cocaină (17 din cele 44 cazuri), cât și pentru cei de alte stimulante (37 din cele 66 cazuri). Din punct de vedere al situației locative, consumatorii de stimulante, locuiesc cu familia de origine (14 din cei 44 consumatori de cocaină și 33 din cei 66 consumatori de stimulante, altele decât cocaina) în locuințe stabile (31 din 44, respectiv 45 din 66).

Majoritatea (67,3%) consumatorilor de stimulante care au fost admiși la tratament în anul 2017 au absolvit studiile învățământului secundar.

Serviciile de tratament pentru consum de stimulanți sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulanți a solicitat servicii în anul 2017 a fost foarte mic. Preponderent, cazurile au fost tratate în comunitate, în funcție de tipul centrului, distribuția lor fiind următoarea: din cele 110 cazuri incluse în sistemul de tratament pentru consum de stimulante, 71 au fost înregistrate în regim ambulatoriu, 35 în regim rezidențial (intra-spitalicesc) și doar 4 în regim penitenciar.

Analiza tendințelor pe termen lung (2003-2017), indică o creștere a numărului de cazuri de admitere la tratament pentru consum de stimulanti (cocaină, amfetamine/ metamfetamine, ecstasy), în anul 2017, înregistrându-se vârfuri pentru toate substanțele analizate, tendințe determinate de cazurile nou admise.

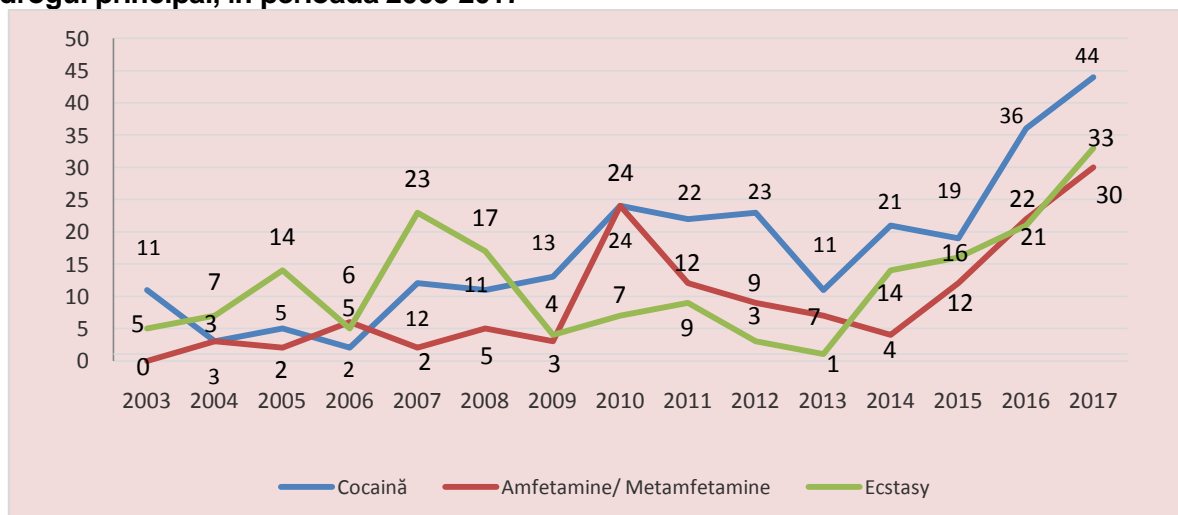
Grafic 2 - 20: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

În anul 2017, se înregistrează vârfuri pentru toate substanțele analizate, tendințe determinate de cazurile nou admise.

Grafic 2 - 21: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

2.2.4. Consum problematic de stimulanti

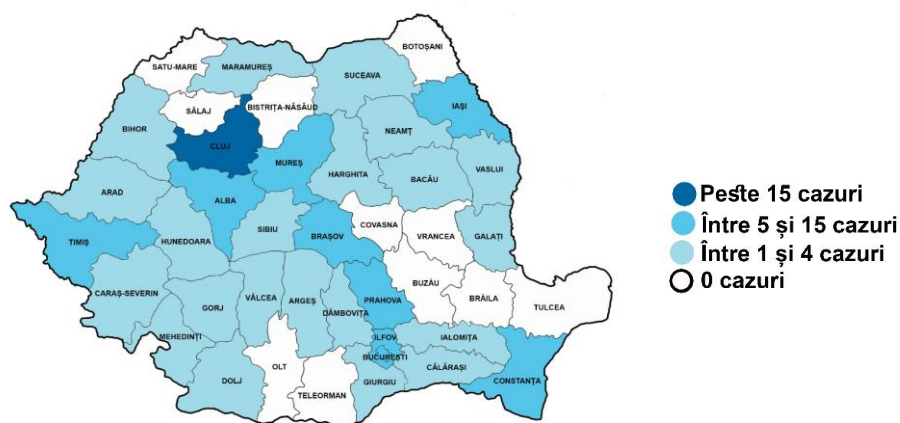
2.2.4.1. Urgențe medicale cauzate de consumul de stimulanti

În 2017, au fost raportate 156 cazuri de urgențe medicale cauzate de consumul de stimulanti (consum singular sau în combinație). În categoria substanțelor stimulante au fost incluse

cocaina, amfetamina, metamfetamina și ecstasy. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2017, substanțele stimulante au fost menționate în 5,2% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de stimulanți, aceasta rămâne totuși concentrată la nivelul unei singure unități teritoriale (Cluj), unde se cumulează 21,8% din numărul total de cazuri.

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



Sursa: ANA

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de stimulanți (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 74,3%. Acest diagnostic a fost urmat de tulburare mintală și de comportament – 10,3%, dependență – 5,1%, utilizare nocivă – 2%, și în același procent de 0,6%, sevraj și supradoză. De asemenea 2% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice, iar 5,1% au prezentat alte diagnostice.

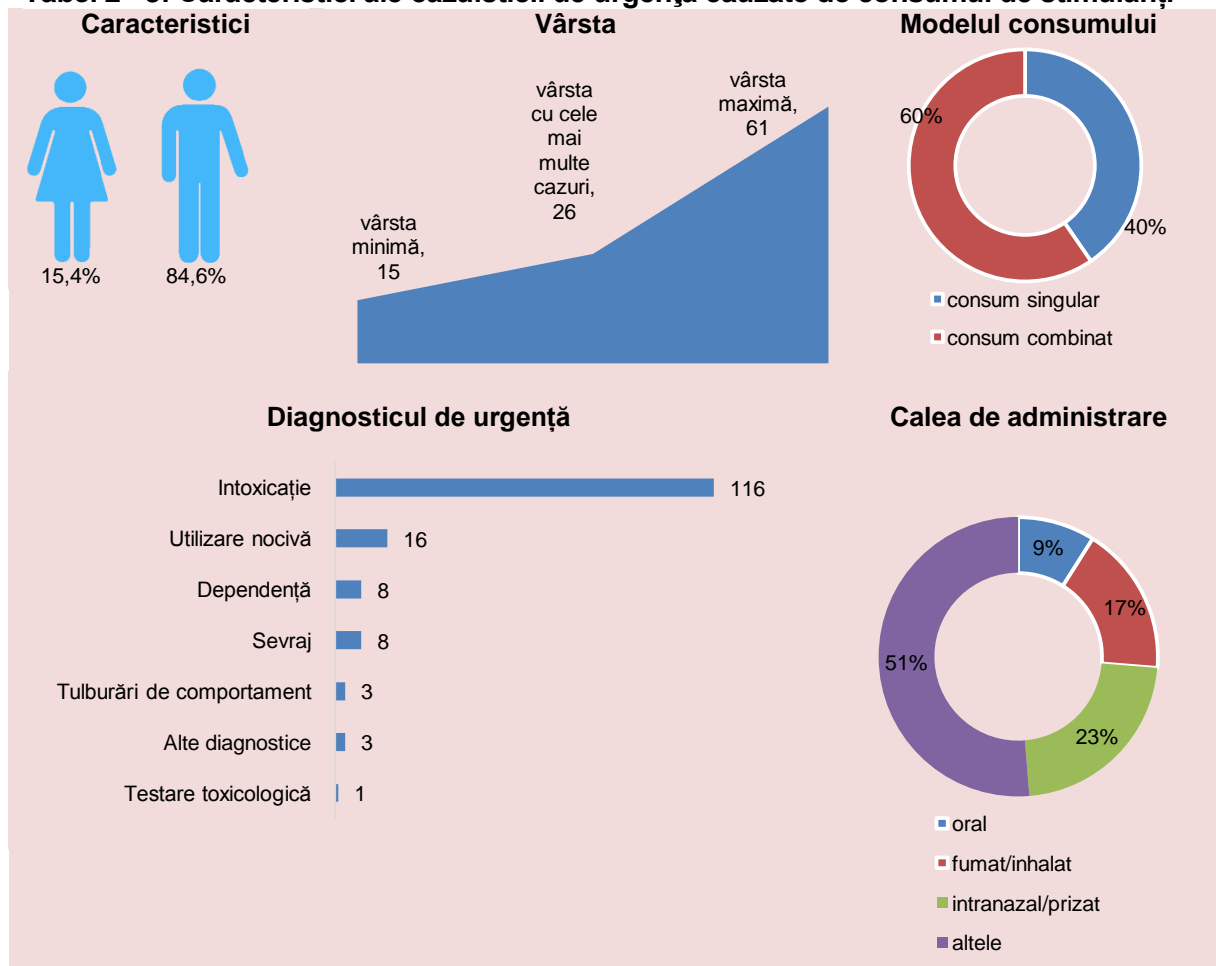
Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de stimulanți, în 40,4% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple, substanțele menționate ca fiind administrate în combinație cu stimulanții au fost cannabisul, alcoolul, medicamentele, opiaceele, noile substanțe psihoactive și halucinogenele.

În cele mai multe dintre cazurile de urgență, în care s-a raportat consum de stimulanți (singular sau mixt), administrarea s-a făcut oral, fumat/ inhalat sau intranasal/ prizat (49%).

În ceea ce privește sexul persoanelor care au accesat serviciile de urgență se observă că 84,6% au fost bărbați și 15,4% femei

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

Tabel 2 - 3: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de stimulanti

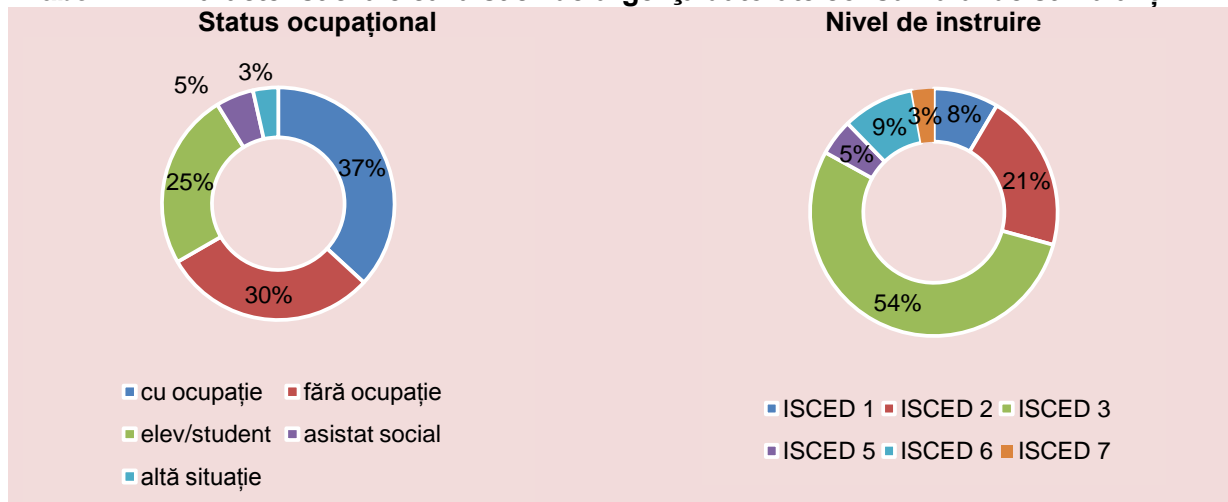


Sursa: ANA

În privința nivelului de instruire (număr de cazuri cu informații) pe care îl au persoanele consumatoare de stimulanti care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, 75% dintre acestea au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 17% s-au declarat absolvenți ale unui nivel superior de educație (ISCED 5 – ISCED 7).

Lipsa ocupației a fost menționată de cele mai multe persoane (30%) care s-au prezentat în urgență pentru probleme cauzate de consumul de stimulanti (număr de cazuri cu informații), iar 25% dintre aceștia sunt elevi sau studenți.

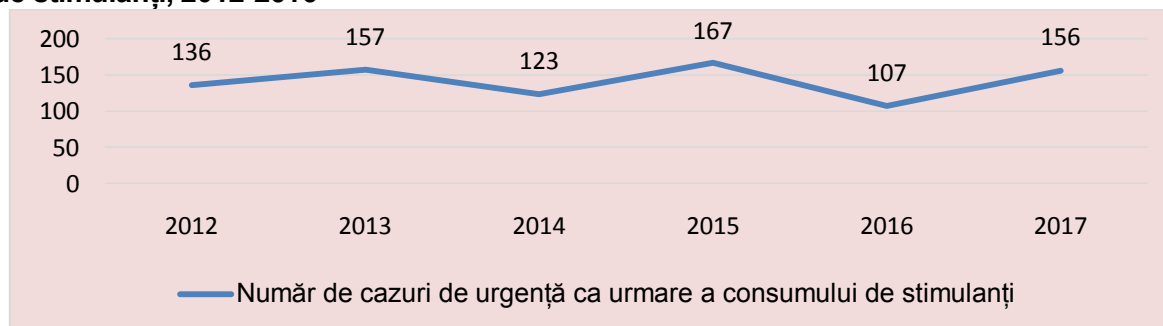
Tabel 2 - 4: Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de stimulanti



Sursa: ANA

Numărul cazurilor înregistrate în anul 2017 este apropiat de cel înregistrat în anul 2015 și în creștere cu 45,8% față de anul anterior când a fost înregistrat cel mai mic nivel din ultimii 6 ani.

Grafic 2 - 22: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de stimulanti, 2012-2016



Sursa: ANA

2.3. HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE

2.3.1. Consumul de heroină în populația generală

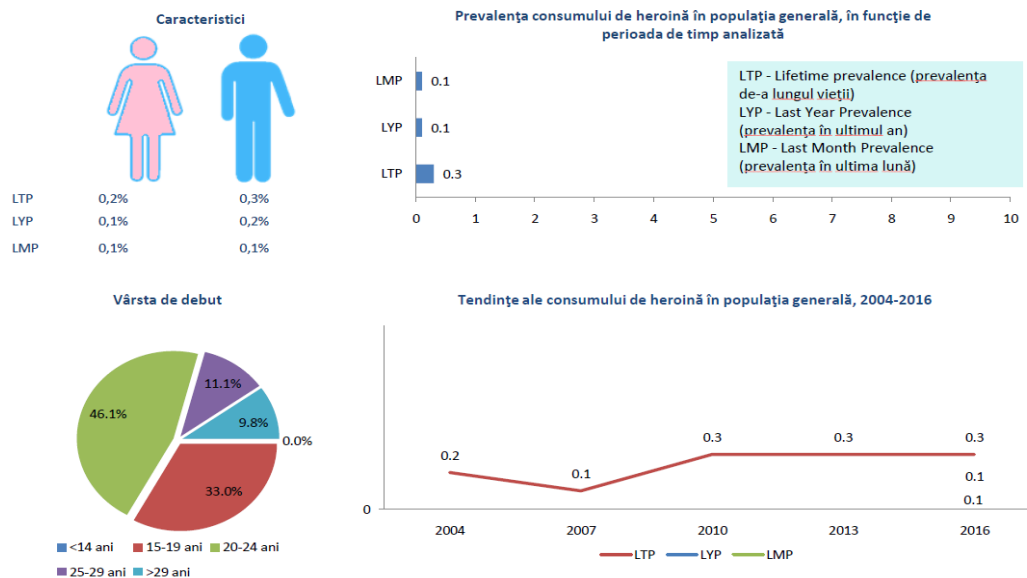
La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de heroină de 0,3%. Prevalența atât în ultimul an, cât și în ultima lună, prezintă aceeași valoare, 0,1%.

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

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

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

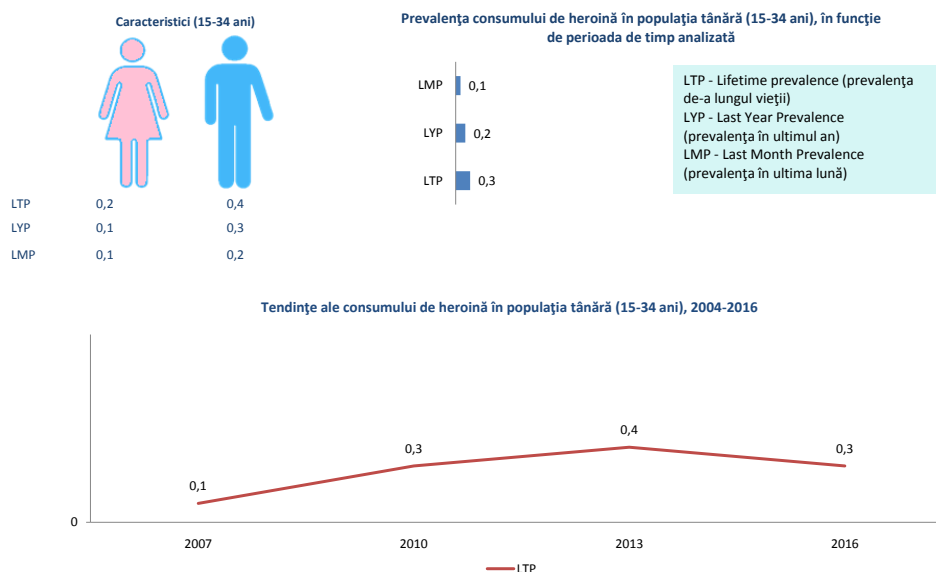
Grafic 2 - 23: Caracteristici ale consumului de heroină în populația generală



Sursa: ANA

În populația tânără (15-34 ani), se remarcă aceleași caracteristici și model al consumului ca și în populația generală, prevalențele fiind la un nivel scăzut, așa cum am menționat anterior, anchetele populaționale captând doar un număr mic de consumatori de alte droguri decât canabisul.

Grafic 2 - 24: Caracteristici ale consumului de heroină în populația tânără (15-34 ani)



Sursa: ANA

2.3.2. Estimarea consumului de opiacee

2.3.2.1. Estimarea consumului de opiacee în populația generală

În 2017, numărul estimat de consumatori problematici de opioide, la nivel național, este 20288 (95% CI: 10084-36907), rata fiind 1,6⁵⁹ (95% CI: 0,8 – 2,9) consumatori problematici de opioide la 1000 de locuitori din România. Estimarea s-a realizat prin metoda captură-recaptură, utilizând 3 baze de date "caz cu caz": baza privind admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri (n=915 cazuri unice), baza de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite (n=236 cazuri unice) și baza privind programele de schimb de seringi (n=1655 cazuri unice). Primele două sunt baze naționale de date, ultima acoperă doar zona Bucureștiului, unde sunt dezvoltate astfel de servicii. Majoritatea consumatorilor problematici de opioide din cele trei baze analizate sunt bărbați (81%), tineri, cu vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (47,1%), heroina fiind drogul principal de consum (95,6%).

2.3.2.2. Estimarea consumului de opiacee în sub-populații

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri în București, la nivelul anului 2017, s-a utilizat un multiplicator rezultat în urma aplicării „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București - Behavioural Surveillance Survey 2015”.

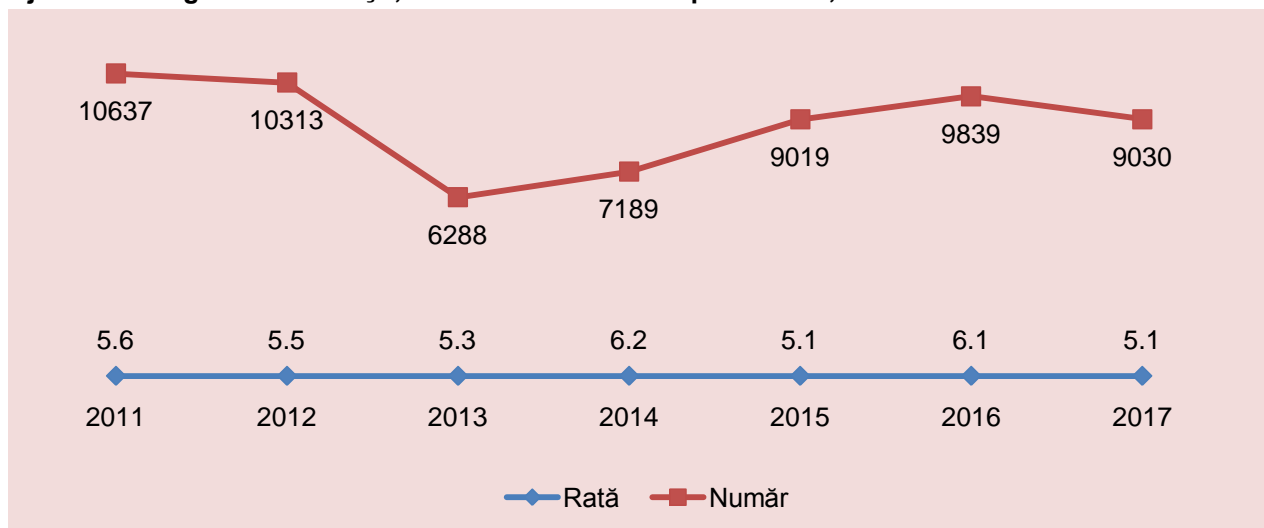
Având în vedere influențele observate în cazul multiplicatorului rezultat din studiul BSS 2012, respectiv, supra-reprezentarea în eșantion a persoanelor care își injectează droguri înregistrate (PCID) în servicii de tratament, procesul de recrutare a urmărit înrolarea, în studiul aplicat în anul 2015, preponderent, a subiecților din populația ascunsă (care nu au avut contact în ultimele 12 luni cu serviciile specializate de asistență pentru consumatorii de droguri).

Multiplicatorul astfel rezultat a fost ajustat în baza celui determinat din analiza datelor privind înregistrarea persoanelor care își injectează droguri în serviciile de urgență, prin încrucișarea cazurilor identificate în ambele tipuri de servicii (urgență și servicii specializate de asistență pentru consumatorii de droguri).

Astfel, numărul estimat de persoane care își injectează droguri din București în anul 2017, rezultat din analiza datelor, este 9030 (95% CI: 6696-13861), rata fiind 5,1 (95% CI: 3,8-7,9) persoane care își injectează droguri la 1000 de locuitori din București.

⁹ 12935000 locuitori cu vârsta între 15-64 înregistrați la 1 ianuarie 2017 în România, conform datelor prezentate de Institutul Național de Statistică

Grafic 2 - 25: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane¹⁰) și a numărului de persoane care își injectează droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2017



Sursa: ANA

Din cei 587 persoane care își injectează droguri aflate în tratament (benchmark), 93,9% au menționat heroina ca și drog principal de consum, 1,2% metadonă și 4,4% noi substanțe psihoactive (restul reprezentând consumatori de alte opioide).

Raportul bărbați/ femei care își injectează droguri din București aflați în serviciile de tratament este de aproximativ 5:1, fiind constant în ultimii ani. Perioada medie de latență dintre vârsta de debut în consum și admiterea la tratament este de 9,1 ani, vârsta medie de debut în consum fiind 19,5 ani. Cohorta este una îmbătrânită, peste 75% dintre persoanele care își injectează droguri din București având vârsta peste 30 ani.

2.3.3. Injecția și alte căi de administrare a opioideelor

Din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (3577 persoane) în anul 2017, 885 (24,7%) dintre consumatori au declarat administrarea pe cale injectabilă a drogului în ultimele 30 de zile de consum.

87,9% din totalul consumatorilor de opioide admiși la tratament în anul 2017 și-au injectat drogul cel puțin o dată cândva în viață, aceștia reprezentând 22,6% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință (n=3577).

În ceea ce privește consumatorii curenți de opioide injectabile (care în ultimele 30 de zile calendaristice și-au administrat drogul pe cale injectabilă), aceștia (n=587) reprezentau 61,1% din totalul consumatorilor de opioide (n=918) și 16,4% din totalul celor admiși la tratament (n=3577). 69,3% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injecție de peste 10 ani, urmași de cei cu istoric de injecție între 5-10 ani (10,7%).

În funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre următorul profil al populației de consumatori curenți (consum injectabil în ultimele 30 de zile calendaristice) de opioide

¹⁰ 1759847 locuitori cu vârsta între 15 - 64 ani înregistrați la 1 ianuarie 2017 pe raza regiunii București - Ilfov, conform datelor prezentate de Institutul Național de Statistică

administrare injectabil, admiși la tratament în anul 2017: bărbat (84,3%), din grupa de vârstă 25-34 de ani (52,9%), care a debutat în consum între 15-19 ani (43,5%), cu un consum zilnic de droguri injectabile anterior admiterii la tratament (88,4%), tratat ambulatoriu (52,8%), care locuiește cu familia de origine (51,4%) în București (99,3%), cu studii gimnaziale (76,5%), admis anterior la tratament (57,9%), a utilizat în comun echipamente de injectare, dar nu în ultimele 12 luni (41,2%).

În ceea ce privește populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați, în 2017, în programele de schimb de seringi (2974 persoane), 89,5% din totalul celor care au declarat drogul principal consumat (n=1838) sunt consumatori de heroină.

2.3.4. Bolile infecțioase asociate consumului de opiacee

Din analiza cazurilor de persoane care și-au administrat drogul pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile, admise la tratament în 2017, rezultă următoarele informații privind prevalența HIV, HBV și HCV în rândul acestei sub-populații:

În funcție de statusul serologic auto-declarat de beneficiari, în anul 2017, se înregistrează o prevalență a HIV de 15,4%, a VHC de 45,1% și a VHB de 7,2%, cifre similare cu cele înregistrate în cazul întregii populații de persoane care își injectează droguri admise la tratament în anul de referință¹¹. Heroina fiind principalul drog administrat pe cale injectabilă (98,2%), tendința înregistrată în prevalența bolilor infecțioase fiind atribuită, în principal acestei substanțe și, în consecință, a căii de administrare a sa.

2.3.5. Tratamentul pentru heroină și alte opiacee

Pentru al treilea an, consumul de opioide ocupă locul al doilea, după cannabis, în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (25,7%) . Din această clasă, heroina este substanța pentru care s-au înregistrat cele mai multe admiteri la tratament (24,2%). Populația consumatoare de opioide, în principal heroină, este reprezentată de persoane care au mai fost anterior în tratament (57% din numărul total de cazuri), procentul celor care au fost admiși pentru prima dată la tratament fiind de 14,1% (din numărul cazurilor noi). Raportul bărbați femei consumatori de opioide înregistrat în sistemul de tratament este 4,4:1.

Deși ponderea (36%) populației adulte, în vârstă de peste 35 ani care a fost admisă la tratament pentru consum de opioide, este mai mare față de cea înregistrată pentru consumul altor substanțe, aproximativ 2/3 (64%) dintre persoanele admise la tratament pentru consum de opioide fac parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

Majoritatea persoanelor s-au adresat serviciilor de tratament pentru consumul de opioide din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor (61% dintre consumatorii de opioide și 54% pentru consumatorii de opioide care nu au mai fost anterior în tratament). În schimb, sistemul de aplicare a legii a referit 14% dintre cazurile noi admise la tratament pentru consum de opioide și 11% din numărul total de cazuri admise la tratament pentru consum de opioide, medicii de medicină generală (medicii de familie) fiind cei care au

¹¹ vezi capitolul 6: 15,9% HIV, 45,6% VHC, respectiv 7,4% VHB

”compensat” situația (13% din numărul total de cazuri fiind referiți către serviciile specializate la recomandarea lor și 16% pentru cazurile noi).

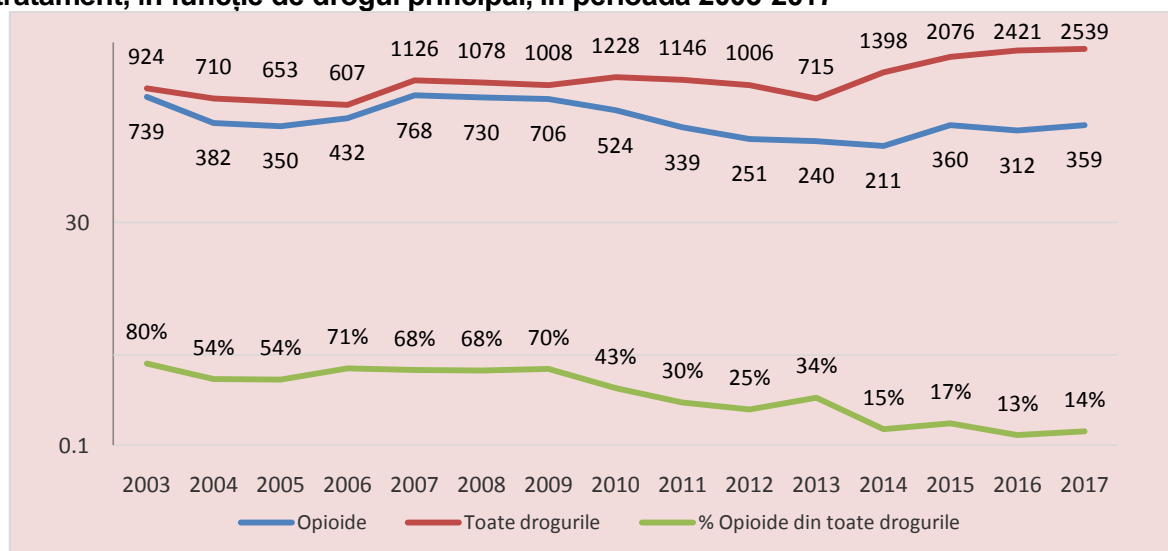
Din punct de vedere al situației locative, 75% dintre consumatorii de opioide din serviciile de tratament locuiește cu familia de origine sau cu partenerul și copiii într-o locuință stabilă, indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență.

Nivelul de educație absolvit de cei mai mulți (71,1%) dintre consumatorii de opioide din tratament l-a reprezentat învățământul liceal.

Serviciile de tratament pentru consum de opioide, respectiv heroină sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în majoritatea cazurilor (57%) s-a înregistrat admitere la un centru ambulatoriu, în 38% s-a înregistrat admitere într-un centru rezidențial (intra-spitalicesc), în regim penitenciar fiind înregistrate doar 5% din cazuri.

Analiza tendințelor pe termen lung, arată menținerea, la cea mai mică pondere (14%), înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare, a cazurilor noi admise la tratament pentru consum de opioide din numărul total de cazuri noi admise la tratament în anul 2017.

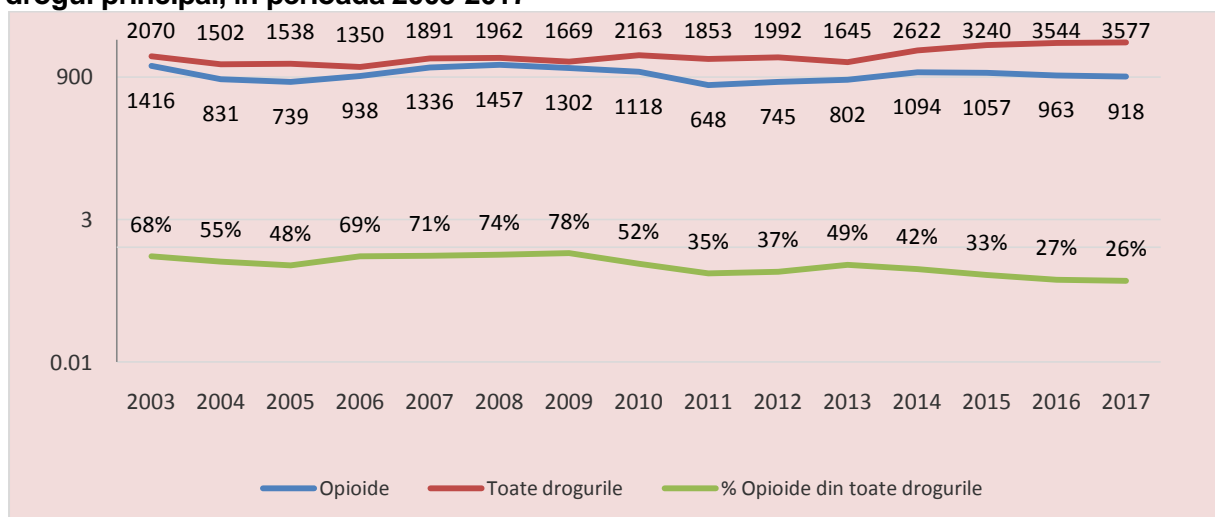
Grafic 2 - 26: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

Ca și mai sus, analiza tendințelor pe termen lung, arată cea mai mică pondere (26%), înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare, a cazurilor admise la tratament pentru consum de opioide din numărul total de cazuri admise la tratament în anul 2017.

Grafic 2 - 27: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

Opioidele, în principal heroina, au reprezentat principalul drog pentru care a fost solicitat tratament în România până în anul 2010. Începând cu anul 2011, ca urmare a modificărilor intervenite în modelele de consum (prin apariția pe piața drogurilor din România a noilor substanțe psihoactive), cererea de tratament pentru consumul de opioide (în principal heroină) își pierde din „supremație”, numărul solicitărilor diminuându-se de la un an la altul. În anul 2014, ca urmare a modificărilor legislative, admiterea la tratament pentru consum de opioide scade și mai mult, ajungând pe locul trei, după solicitările de tratament pentru consum de cannabis și noi substanțe psihoactive pentru cazurile noi (care nu au mai fost niciodată în tratament).

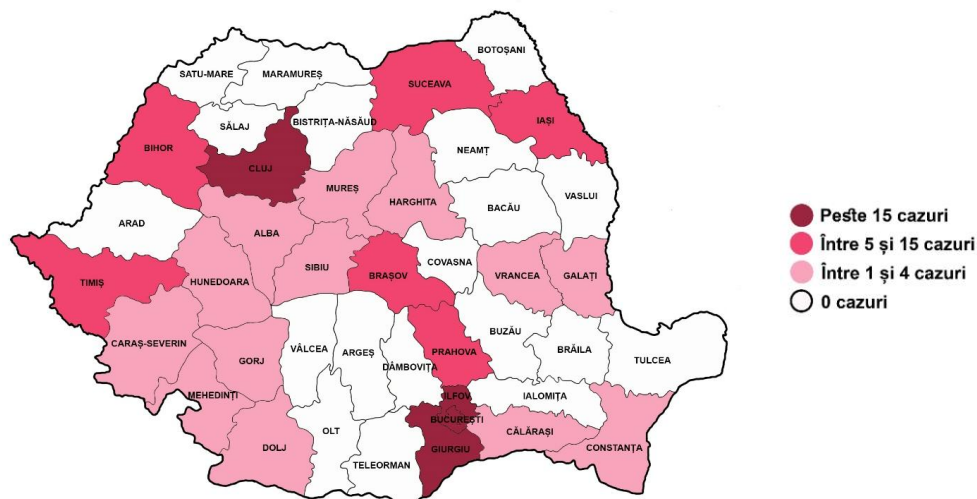
2.3.6. Alte consecințe ale consumului de opiacee

2.3.6.1. Urgențe medicale datorate consumului de opiacee

În 2017, au fost raportate 294 cazuri de urgențe medicale cauzate de consumul de opioide (consum singular sau în combinație).

În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de opioide, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (58,5%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în alte două județe mari ale României – Cluj și Giurgiu, cele două unități teritoriale, cumulând 16,7% din toată cazuistica.

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

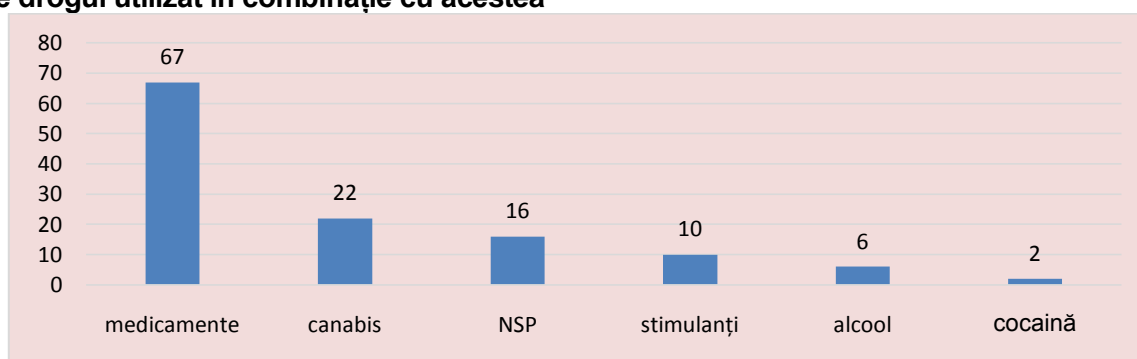


Sursa: ANA

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de opiacee (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu dependență – 58,2%. Acest diagnostic a fost urmat de intoxicație – 28,9%, tulburări mentale și de comportament – 3,7%, sevraj – 2,4%, supradoză – 1,7%, utilizare nocivă – 0,3%, iar în 4,1% din cazuri au fost menționate alte diagnostice și în 0,7% din cazuri a fost solicitată recoltarea de probe biologice.

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

Grafic 2 - 28: Distribuția cazurilor de urgențe cauzate de consumul de opiacee, în funcție de drog utilizat în combinație cu acestea

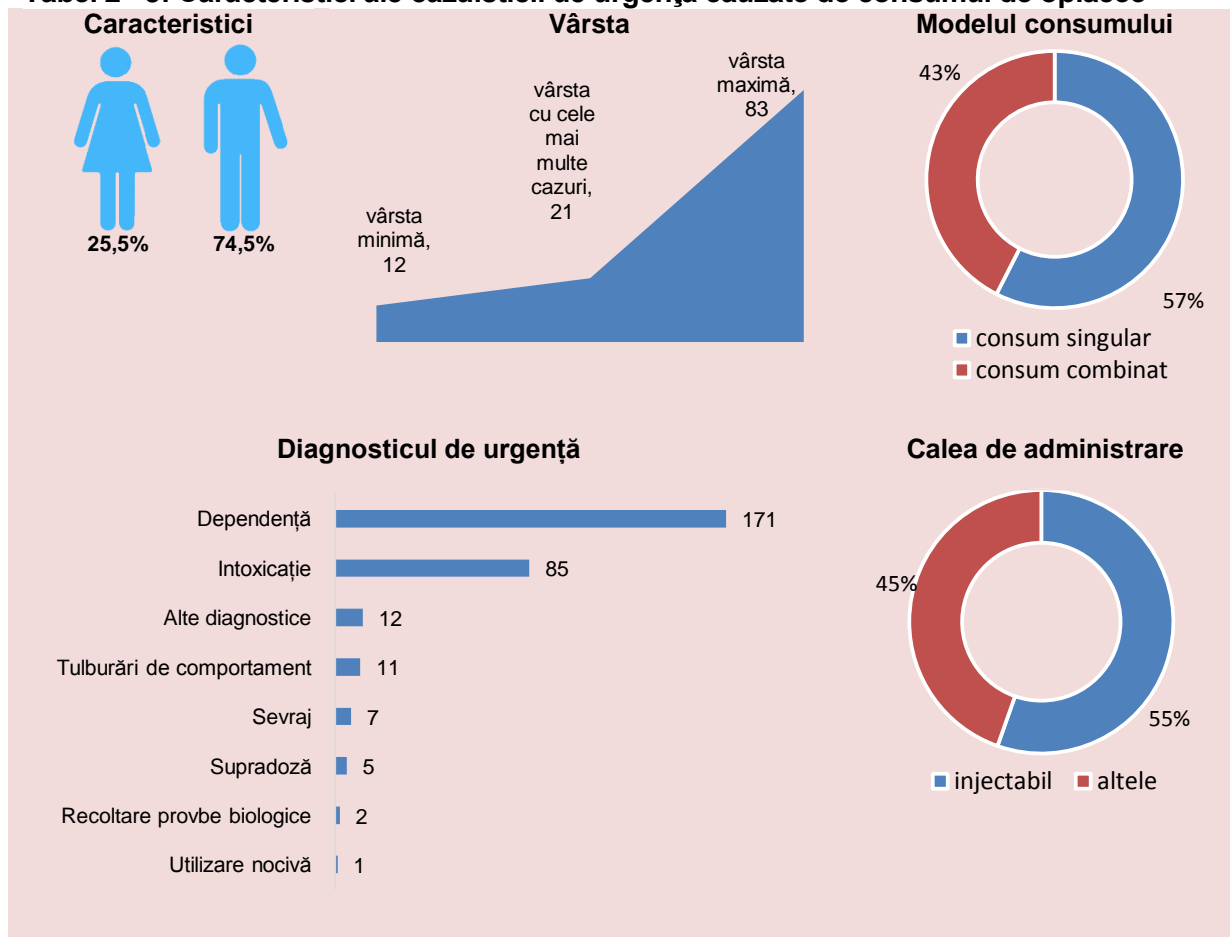


Sursa: ANA

În majoritatea cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee, administrarea s-a făcut injectabil (55,4%).

Spre deosebire de situațiile prezentate anterior, raportul dintre adulții tineri (15-34 ani) consumatori de opiacee din urgență și adulți (35-64 ani) este de 1,6:1. În 21,7% dintre cazurile analizate, persoanele aveau vârsta sub 25 ani, în 39,8% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în 36% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-64 ani, în timp ce, în 2,5% cazuri persoanele aveau vârsta peste 64 ani.

Tabel 2 - 5: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de opiacee

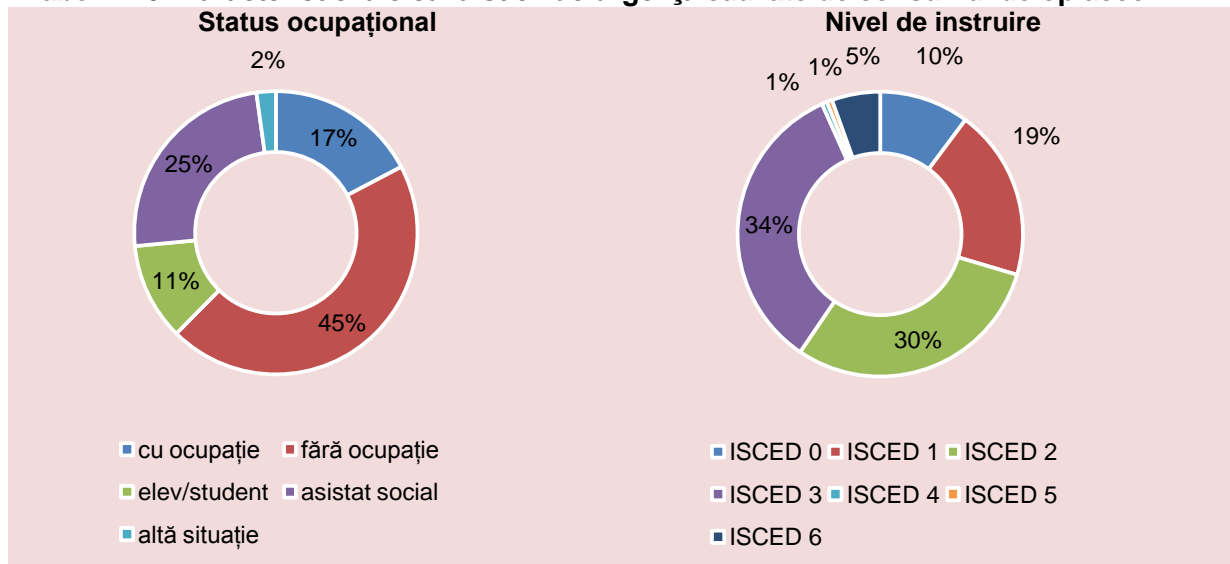


Sursa: ANA

În privința nivelului de instruire pe care îl au persoanele consumatoare de opioide care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme cauzate de acest tip de consum, (număr de cazuri cu informații) majoritatea (63,5%) au absolvit cel mult un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

Ca și caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme cauzate de consumul de opioide (număr de cazuri cu informații), aproximativ o jumătate (45,1%) au declarat că sunt fără ocupație.

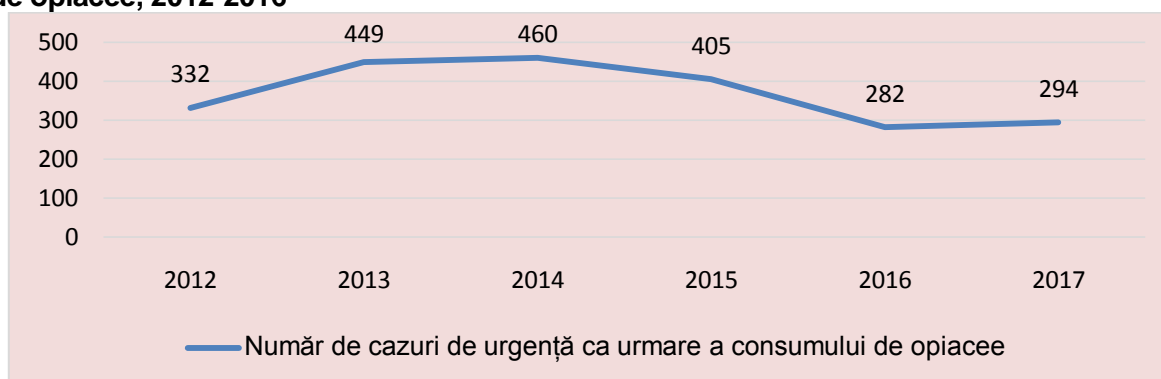
Tabel 2 - 6: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de opiacee



Sursa: ANA

În anul 2017 se observă că numărul cazurilor înregistrate este într-o ușoară creștere față de anul 2016 când a fost înregistrat cel mai mic nivel din ultimii 5 ani.

Grafic 2 - 29: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de opiacee, 2012-2016



Sursa: ANA

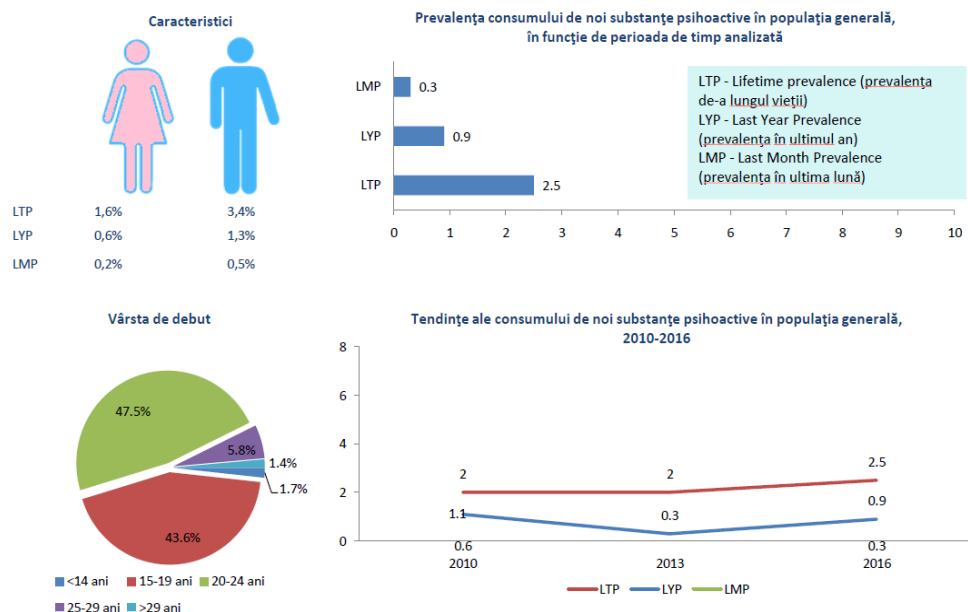
2.4. NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

2.4.1. Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP în populația generală

Conform rezultatelor GPS 2016, după canabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive. Astfel, 2,5% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani inclusă în eșantion a experimentat consumul de NSP, 0,9% dintre persoanele intervievate au declarat consum de NSP în ultimul an, în timp ce, doar 0,3% au menționat că au consumat și în ultima lună.

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

Grafic 2 - 30: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală



Sursa: ANA

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

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

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

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

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

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

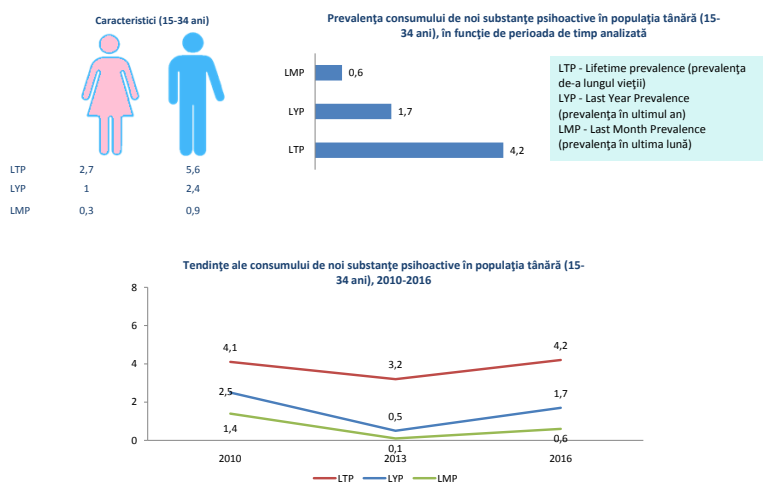
de 0,3%, în mediul rural, în timp ce, consumul actual înregistrat în mediul urban este de 0,5%, față de 0,1% în mediul rural.

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

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

Noile substanțe psihoactive sunt consumate cu precădere de populația tânără (15-34 ani), toate prevalența și valorile caracteristicilor de utilizare fiind aproape dublă în comparație cu populația generală.

Grafic 2 - 31: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația tânără (15-34 ani)



Sursa: ANA

2.4.2. Prevalență și tendințe înregistrate în consumul de NSP în populația școlară

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

Cele mai consumate NSP sunt cele care se prezintă sub forma amestecurilor de ierburi de fumat cu efecte asemănătoare drogurilor, consumul recent de astfel de amestecuri fiind

declarat de 2,7% dintre adolescenții intervievați, în timp ce 0,4% dintre elevi au declarat că au consumat NSP sub formă de pulberi, cristale sau tablete asemănătoare drogurilor. 0,2% dintre participanții la studiu au declarat consum de NSP, fără a preciza forma sub care s-au prezentat acestea.

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

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

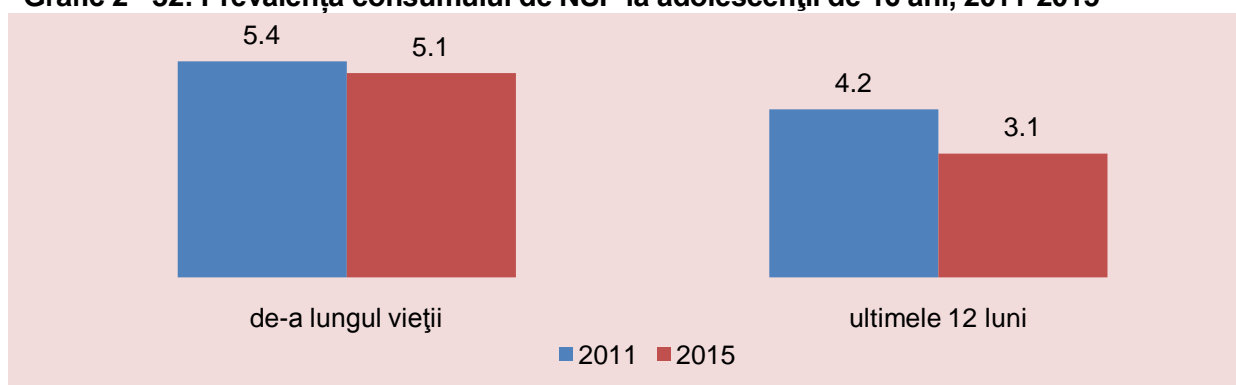
Noile substanțe psihoactive se situează pe locul trei (după inhalante și canabis) în categoria drogurilor declarate la debutul precoce în consum, 1,3% dintre elevi menționând că au experimentat consumul de astfel de substanțe la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Se remarcă diferențe între sexe, în ceea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

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

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

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

Grafic 2 - 32: Prevalența consumului de NSP la adolescenții de 16 ani, 2011-2015



Sursa: ANA

În opinia respondenților, noile substanțe psihoactive se pot cumpăra ușor astfel: “la discotecă, într-un bar” – 25%, “pe stradă, în parc” – 20,6%, “cu ajutorul Internetului” – 20,6%, “în casa dealerului” – 14,8%, “la cafenea” – 9,5%, “la școală” – 7,4%. Analizând răspunsurile privind locațiile de procurare a celor două categorii de droguri prezentate (cannabis – NSP) se observă o disponibilitate mare a cannabisului și a NSP în mediile de petrecere a timpului liber – discoteci, baruri, cafenele, străzi și parcuri, dar și o percepție bună asupra posibilității de a le procura cu ajutorul Internetului.

Tabel 2 - 7: Distribuția respondenților în funcție de locul unde ar putea procura unele droguri ESPAD, 2015 (%)

Locul procurării	Tipul drogului	
	cannabis	NSP
La discotecă, într-un bar etc,	24,9%	25,0%
Cu ajutorul Internetului	17,0%	20,6%
Pe stradă, în parc	21,6%	20,6%
În casa <i>dealerului</i>	16,4%	14,8%
La școală	9,7%	7,4%
La cafenea	6,5%	9,5%
Altul(ele), te rugăm să descrii	4,0%	2,1%
Total	100,0	100,0

Sursa: ANA

2.4.3. Tratatment pentru consumul de NSP

Similar ultimilor 2 ani, consumul de NSP se poziționează pe locul al treilea în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (19,4%) și pe locul al doilea în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 17,8%). Populația consumatoare de NSP admisă la tratament în anul 2017 a fost reprezentată aproape în totalitate de bărbați, 92,5%, față de 7,5%, procentul înregistrat pentru femei. Cele mai multe (33,1%) dintre persoanele consumatoare de noi substanțe psihoactive admise la tratament în anul 2017 au debutat în consum în intervalul 15-19 ani.

Cele mai multe cazuri admise la tratament pentru consum de NSP au fost referite în anul 2017 prin intermediul altor servicii de sănătate, medicale sau sociale (41% din totalul surselor de referință), în timp ce, doar 25,9% s-au adresat serviciilor de asistență din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor. Calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal de consum (NSP) a fost fumat sau inhalat (84,2%), consumul zilnic fiind declarat de 37,2% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de substanțe psihoactive.

În funcție de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), consumatorii de NSP care au solicitat servicii de asistență fac parte din populația tânără de 15-34 ani (96%), pentru cazurile care au mai fost în tratament anterior anului 2017, cele mai multe persoane având vârsta cuprinsă în intervalul 15 - 24 ani (63,4%), majoritatea cazurilor noi situându-se în intervalul 20-29 ani (59,4%).

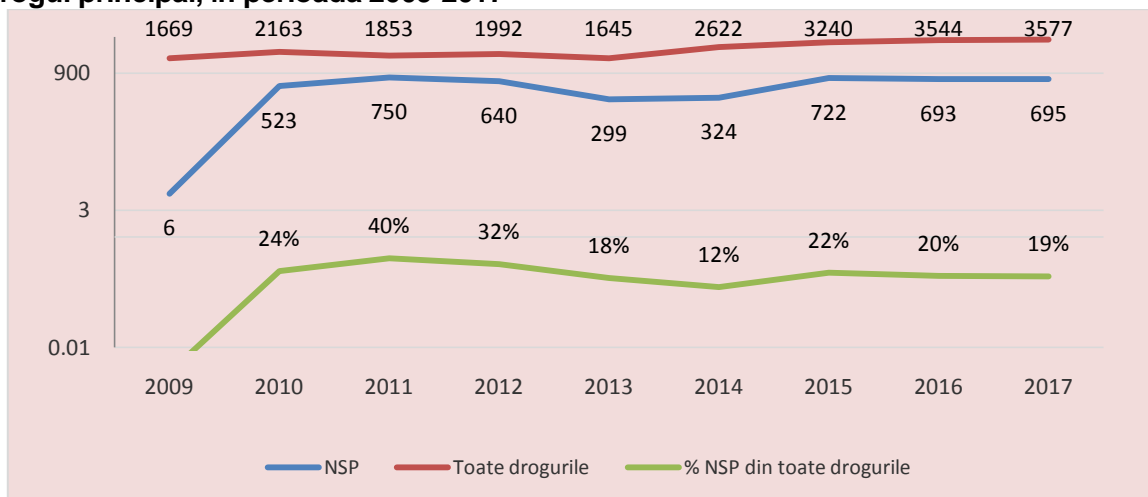
Majoritatea (70,1%) consumatorilor de NSP care au fost admiși la tratament în anul 2017 au absolvit studii de învățământ secundar.

Cei mai mulți dintre consumatorii de NSP care au solicitat tratament în anul 2017 locuiau cu familia de origine (58,4%), în locuințe stabile (78,7%).

Serviciile de tratament pentru consumul de noi substanțe psihoactive sunt disponibile la nivel național atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, s-a înregistrat în anul 2017 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament pentru consum de NSP: 63,7% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive au fost internate, în timp ce, 36,3% au fost admise în centre în care le-au fost acordate servicii în regim ambulatoriu.

Cererea de tratament ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive, cât și admițerile la tratament cauzate de consumul de opioide prezintă, începând cu anul 2015, o evoluție de tip „staționar”, curbele descrise de cele două variabile fiind aproape paralele.

Grafic 2 - 33: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2009-2017



Sursa: ANA

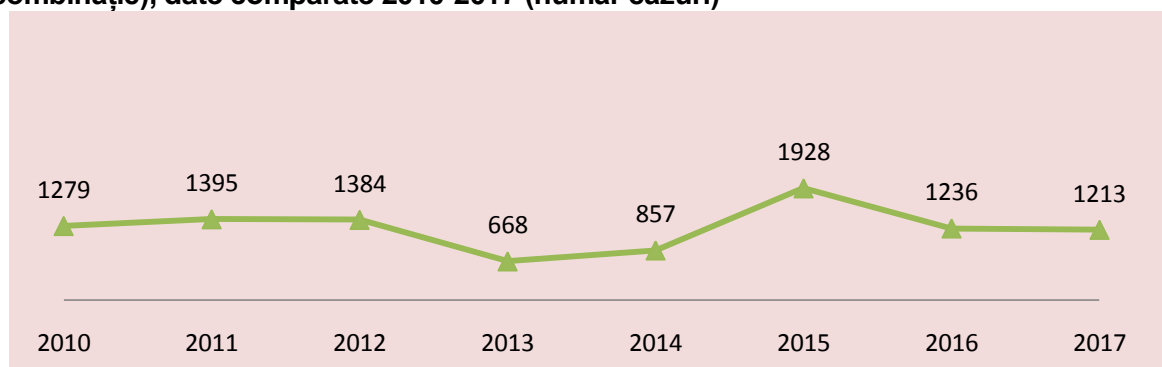
2.4.4. Consecințe ale consumului de NSP

2.4.4.1. Urgențe medicale datorate consumului de NSP

În 2017, au fost raportate 1213 cazuri de urgențe medicale cauzate de consumul de NSP (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o menținere la același nivel cu cel înregistrat în 2016 (1236 cazuri).

Noile substanțe psihoactive, prin consecințele asupra sănătății, pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihoactive, continuă să ocupe locul central în problematica urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2017, fiind menționate în 40,2% dintre cazuri.

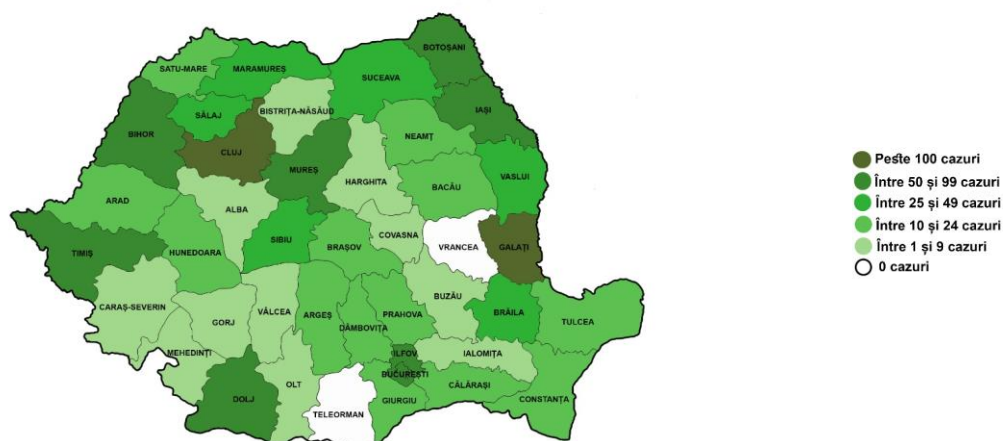
Grafic 2 - 34: Evoluția urgențelor medicale cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2017 (număr cazuri)



Sursa: ANA

La nivel teritorial, cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de cannabis rămâne concentrată în 9 unități teritoriale (Bihor, Botoșani, Dolj, Municipiul București, Cluj, Galați, Iași, Mureș, Timiș), unde se înregistrează 62,3% din toată cazuistica.

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



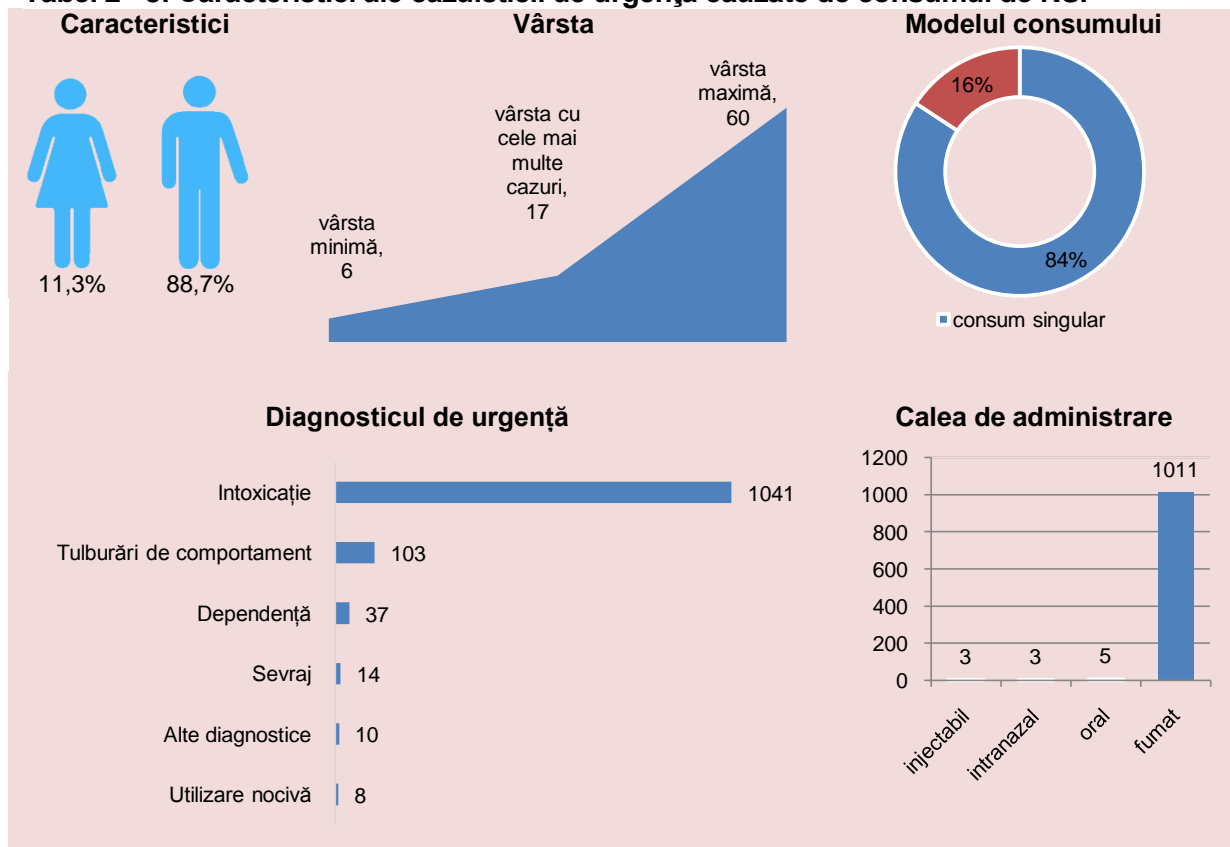
Sursa: ANA

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de NSP (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 85,8%. Acest diagnostic a fost urmat de tulburări mentale și de comportament – 8,5%, dependență – 3,1%, sevraj – 1,2%, alte diagnostice – 0,8%, utilizare nocivă – 0,7%.

Consumul singular de NSP a fost menționat în 84,3% din cazuri. În ceea ce privește consumul de droguri multiple NSP a fost raportat în combinație cu consumul de alcool, cannabis, opiacee și medicamente.

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

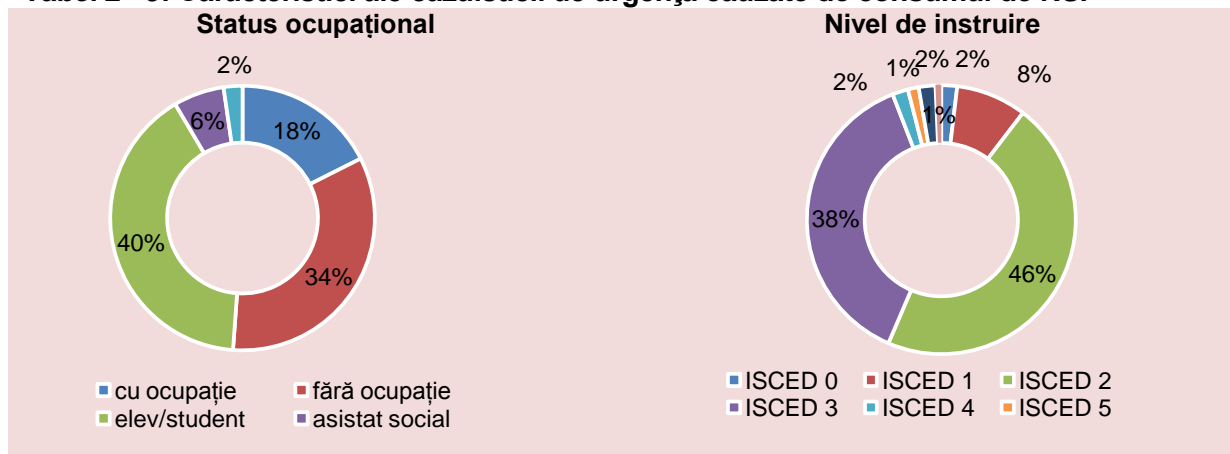
Tabel 2 - 8: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de NSP



Sursa: ANA

În corelație cu vârsta persoanelor consumatoare de NSP care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme cauzate de acest tip de consum, 83,8% dintre pacienți (număr de cazuri cu informații) au declarat că au absolvit cel mult nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

Tabel 2 - 9: Caracteristici ale cazuisticii de urgență cauzate de consumul de NSP



Sursa: ANA

2.5.SURSE DE DATE UTILIZATE

GPS 2004: <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%202004.pdf>

GPS 2007: <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%202007.pdf>

GPS 2010: <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%202010.pdf>

ESPAD 1999: [http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD1999%20RN1999 .pdf](http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD1999%20RN1999.pdf)

ESPAD 2003: <http://www.ana.gov.ro/studii/espada%202003%20sinteza.pdf>

2.6.METODOLOGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au fost excluse:

- clasele de învățământ special (pentru copii cu deficiențe senzoriale, mentale, deoarece se consideră că gradul de dificultate al chestionarului nu este adaptat nevoilor lor)
- clasele cu altă limbă de predare decât româna
- clasele care se aflau în practică sau în alte activități și elevii nu au putut fi convocați în formația de clasă.

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

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

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

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

2.7. BIBLIOGRAFIE

Agencia Națională Antidrog (2015). Studiul național în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri GPS – 2013. *Studii în domeniul drogurilor*, 2, (1).

<http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>

Agencia Națională Antidrog (2013). Studiul național în populația școlară privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD - 2011.

http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD_2013.pdf

Agencia Națională Antidrog (2016). Studiul național în populația școlară privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD - 2015. *Drug studies*, 1, (2).

<http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD%202015.pdf>

2.8. CONCLUZII

- Consumul oricărui drog ilicit prezintă prevalențe de două ori mai mari în rândul adulților tineri (grupa de vârstă 15-34 ani), față de cele înregistrate în populația generală (15-64 ani), dar ratele sunt similare celor identificate în populația școlară (16 ani).
- Dintre toate drogurile ilicite, cannabisul continuă să fie cel pentru care toți indicatorii de monitorizare prezintă cele mai mari valori, de la prevalența consumului, la capturile realizate.
- Principalele droguri stimulante ilicite disponibile în România sunt ecstasy, cocaina, și amfetaminele. Pentru drogurile stimulante, valorile înregistrate de indicatorii de monitorizare sunt mici, tendințele în consum fiind diferite în funcție de tipul drogului și populația studiată, dar se constată creșterea solicitărilor pentru serviciile de tratament.
- Numărul estimat de consumatori problematici de opioide, la nivel național, este 20288 (95% CI: 10084-36907), rata fiind 1.6⁵¹² (95% CI: 0,8 – 2,9) consumatori problematici de opioide la 1000 de locuitori din România. Heroina rămâne cel mai consumat drog din această clasă, administrarea sa pe cale injectabilă continuând să reprezinte o problemă de sănătate publică. Analiza cazurilor noi admise la tratament pentru consum de opioide din numărul total de cazuri noi admise la tratament în anul

¹² 12935000 locuitori cu vârsta între 15-64 înregistrați la 1 ianuarie 2017 în România, conform datelor prezentate Institutul Național de Statistică

2017, indică menținerea acestora la cea mai mică pondere înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare (2003-2017).

- Cu toate că, indicatorii de monitorizare indică, pentru ultimii 3 ani, tendințe de stabilizare în consumul și traficul de noi substanțe psihoactive, având în vedere provocările și consecințele în planul sănătății publice și în plan social, se impune o monitorizare continuă a acestor categorii de substanțe.

3. PREVENIRE

În condițiile în care principalele caracteristici ale contextului național al drogurilor s-au menținut relativ stabile în ultimul an, prevenirea consumului de droguri în anul 2017 a reprezentat un element de continuitate în formularea unui răspuns integrat la dinamica fenomenului consumului de droguri în planul educației, sănătății și ordinii publice, răspuns corelat direct cu politicile publice naționale antidrog, respectiv Strategia Națională Antidrog 2013 - 2020.

Toate proiectele și intervențiile au fost în concordanță cu obiectivul general al pilonului orizontal „reducerea cererii de droguri” - reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca finalitate integrarea socială.

Corelat cu abordările științifice în domeniu, scopul politicilor de intervenție antidrog la nivel național a fost prevenirea, întârzierea debutului sau reducerea consumului de droguri și/ sau a efectelor negative ale acestuia în cadrul populației generale sau a subpopulațiilor identificate ca fiind vulnerabile/ la risc. Astfel, toate demersurile tehnice, concretizate în programe, proiecte și activități derulate la nivel național sau local, au fost subsumate obiectivelor tehnice globale de prevenire.

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

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

Au fost identificate diferențe în ceea ce privește modul de abordare a prevenirii între diferiți actori sociali cheie, guvernamentali și neguvernamentali, în sensul în care, pe de o parte, există tendința unor abordări mai ample, bazate pe comunitate și promovarea media (ex. campania media de informare și conștientizare a populației generale și populație școlare în legătură cu riscurile consumului de cannabis „Pot Altfel”) și, pe de altă parte, tendința de utilizare a unor programe dovedite a fi eficiente, în baza unor manuale standard (ex. „Necenzurat”).

Astfel, prin strategii de dezvoltare și consolidare a factorilor de protecție, dar și prin informarea și conștientizarea asupra factorilor de risc, beneficiarii programelor de prevenire a consumului de droguri, selectați pe baza studiilor științifice, au fost abordați într-o manieră sistemică și adaptată profilului educațional și psihologic, în scopul capacitării adaptării acestora la normele sociale, la condițiile socio-economice și culturale actuale, precum și la influențele grupului de egali.

3.1. PROFIL NAȚIONAL

3.1.1. Politici și organizare

3.1.1.1. Obiectivele politicilor publice în domeniul prevenirii consumului de droguri

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

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

❖ Prevenirea în școală:

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

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

❖ Prevenirea în familie:

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

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

❖ Prevenirea în comunitate:

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

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

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

❖ Campaniile de reducere a cererii de droguri:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

medicină sportivă. Unul dintre obiectivele strategice ale Ministerului Sănătății vizează asigurarea accesului echitabil al tuturor categoriilor de populație la serviciile esențiale și optimizarea acestor servicii, cu accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv, inclusiv prin programe, proiecte, campanii și intervenții de prevenire universală a consumului de alcool și tutun, cu responsabilitatea de a iniția propuneri de acte normative sau lege ferenda în domeniul prevenirii consumului de alcool și tutun și dezvoltării serviciilor de asistență pentru consumatorii și consumatorii dependenți de alcool și tutun.

- **Directiile de sănătate publică județene**, respectiv a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, subordonate Ministerului Sănătății, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel local, care realizează politicile și programele naționale de sănătate, elaborează programe locale, organizează structurile sanitare, evidențele statistice pe probleme de sănătate, precum și de planificare și derulare a investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate.

❖ **Ministerul Afacerilor Interne** prin intermediul celor 3 structuri:

- **Agencia Națională Antidrog** care, în contextul misiunii sale de elaborare, implementare, monitorizare și evaluare a politicilor publice antidrog, prin creșterea calității programelor de prevenire universale, selective și indicate a consumului de droguri și serviciilor de asistență integrată medicală, psihologică și socială, asigură cadrul normativ și metodologic pentru dezvoltarea programelor, proiectelor și intervențiilor de prevenire adresate populației generale și grupurilor la risc.
- **Inspectoratul General al Poliției Române (IGPR)** care, în contextul misiunii sale de asigurare a unui serviciu public de bază pentru populație, cu finalitate în asigurarea securității și siguranței cetățeanului, dezvoltă și proiecte de prevenire a criminalității organizate, inclusiv de prevenire a consumului de alcool și droguri, prin structura sa de specialitate, respectiv Institutul de Cercetare și Prevenire a Criminalității.
- Pe verticală, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul IGPR, se face prin Inspectoratele județene de poliție, respectiv Direcția Generală de Poliție a Municipiului București.

❖ **Ministerul Justiției**, prin Administrația Națională a Penitenciarelor, este responsabil cu aplicarea regimului de detenție și cu asigurarea intervenției recuperative, în condiții care garantează respectarea demnității umane, facilitând responsabilizarea și reintegrarea în societate a persoanelor private de libertate și contribuind la creșterea gradului de siguranță a comunității, la menținerea ordinii publice și a securității naționale.

- **Administrația Națională a Penitenciarelor** aplică în domeniile de competență strategia Guvernului României privind executarea pedepselor și măsurilor privative de libertate pronunțate de instanțele judecătorești. Administrația Națională a Penitenciarelor este un serviciu public ce contribuie la apărarea ordinii publice și a siguranței naționale, prin asigurarea pazei, escortării, supravegherii, aplicarea regimului de detenție/ internare, având un rol social deosebit, determinat de funcțiile sale punitiv-educative și de reinsertie socială a persoanelor private de libertate.
- Pe verticală, coordonarea metodologică a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANP, se face prin intermediul rețelei naționale formate din cele 44 de unități penitenciare, din care 1 penitenciar pentru femei la Târgșor, 6 penitenciare spital (București Jilava, București Rahova, Mioveni, Dej,

Poarta Albă și Târgu Ocna) și patru centre de reeducare pentru tineri și minori (Centrul de Detenție Brăila-Tichilești, Centrul de Detenție Craiova, Centrul Educativ Buziaș, Centrul Educativ Târgu-Ocna).

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

- **Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție** a cărei misiune este de a monitoriza respectarea drepturilor tuturor copiilor și de a lua toate măsurile pentru a contribui la crearea unei societăți demne pentru copii, implicând în acest proces autoritățile administrației publice locale și centrale, societatea civilă, părinții și copiii, și care, în contextul asigurării monitorizării implementării politicilor publice de protecție a copilului și legislației în materia drepturilor copilului, elaborează și implementează, în colaborare cu alte instituții publice sau organizații neguvernamentale, proiecte și intervenții de prevenire selectivă a consumului de droguri.
- Pe verticală, coordonarea metodologică a proiectelor și intervențiilor de prevenire în cadrul ANPDCA, se face prin cele 41 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), respectiv Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, a municipiului București.
- **Agencia Națională pentru Egalitate de Șanse între Femei și Bărbați** care, subsumat misiunii sale de promovare a egalității de șanse între femei și bărbați și de combatere a stereotipurilor de gen, elaborează și implementează campanii naționale de conștientizare și informare publică pe diverse arii (discriminare, violență domestică etc.) care pot include și intervenții de prevenire a consumului de droguri.

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

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

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

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

- Organizația „Salvați Copiii” România;
- Confederația Caritas România;
- Asociația de Luptă Antidrog (AMA);
- Federația Internațională a Comunităților Educative din România (FICE România);
- Asociația pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT);
- Centrul European pentru Prevenirea Adicțiilor;
- Alianța Internațională Antidrog (AIA);
- Biserica Ortodoxă Română, Biserica Romano-catolică etc.

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

Planul de acțiune 2017-2020 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020, ca act normativ secundar, se află în proces de avizare la structurile autorităților publice centrale cu atribuții în materie.

Obiectivul general în domeniul prevenirii consumului de droguri este cel din documentul strategic principal (Strategia Națională Antidrog), respectiv reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire, în concordanță cu evidențele științifice, sistem ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate.

Prevenirea în școală:

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

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

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

3.1.2. Intervenții în domeniul prevenirii consumului de droguri

3.1.2.1. Introducere

În condițiile în care, conform datelor Studiului în școli privind consumul de alcool, tutun și droguri ilicite în România - ESPAD 2015, sunt evidențiate creșteri semnificative ale prevalenței consumului de-a lungul vieții pentru cannabis, cocaină, droguri injectabile, heroină și ciuperchi halucinogene, proiectele și intervențiile de prevenire a consumului de droguri au reprezentat, în perioada de referință, un răspuns emergent la dinamica fenomenului consumului de droguri, un răspuns în planul educației, sănătății și ordinii publice, corelat direct cu politicile publice naționale antidrog, concretizate în Strategia Națională Antidrog 2013 - 2020 și Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2013 – 2016.

Corelat cu abordările științifice în domeniu, **scopul asumat al politicilor preventive** la nivel național a fost prevenirea, întârzierea debutului sau reducerea consumului de droguri și/ sau a efectelor negative ale acestuia, în cadrul populației generale sau a subpopulațiilor identificate ca fiind vulnerabile/ la risc. Astfel, toate demersurile tehnice concretizate în programe, proiecte și activități derulate la nivel național sau local, au fost subsumate obiectivelor tehnice globale de prevenire: întârzierea debutului consumului de droguri, promovarea comportamentelor de nonconsum, reducerea frecvenței și/ sau cantității în cazul utilizării, prevenirea trecerii de la consumul recreațional de uz/ abuz/ dependență, prevenirea sau reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.

În acord cu documentul principal de politici publice și cu evidențele științifice, în 2017, a continuat consolidarea sistemului național de prevenire a consumului de droguri, prin dezvoltarea sau continuarea de programe, proiecte și intervenții universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală și comunitate.

În anul de referință, în funcție de resursele financiare limitate alocate de ordonatorul principal de credite Agenției Naționale Antidrog, a continuat implementarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, aprobat prin HG nr. 684/2015. Implementarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 permite parțial și limitat, în funcție de bugetul de venituri și cheltuieli aprobat și de celelalte reurse disponibile, continuarea și consolidarea, la un standard de calitate superior, a proiectelor de prevenire și serviciilor integrate de asistență dezvoltate de Agenția Națională Antidrog, în calitate sa de coordonator al polițiilor publice antidrog.

Principalul element de plusvaloare, atât la nivel teoretico-conceptual, cât și în planul implementării și eficientizării intervențiilor preventive, a fost reprezentat de abordarea sistemică a intervențiilor de prevenire selectivă, cu o componentă indicată, în complementaritate cu serviciile și intervențiile specializate de asistență integrată medicală, psihologică și socială destinate consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți (tip cursuri de calificare în diferite ocupații, în acord cu piața muncii, în scopul creșterii gradului de incluziune socială a categoriei vulnerabile a consumatorilor de droguri), **prin asigurarea sustenabilității celor 2 proiecte (unul tip grant și, celălalt, de tip strategic) din Fondul Social European, în paralel cu asigurarea continuității aplicării principiilor inovative ale justiției terapeutice în procesul de reinserție socială a consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți.** Sustenabilitatea a fost asigurată prin promovarea proiectelor în cadrul unor întâlniri tehnice interinstituționale și prin urmărirea rezultatelor în rândul grupurilor țintă.

Un alt progres înregistrat este reprezentat de elaborarea și implementarea campaniei naționale de prevenire a consumului de cannabis “#POT ALTFEL”, având ca scop dezvoltarea unor atitudini și practici de viață sănătoasă, precum și promovarea unor modalităților sănătoase de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri, la nivelul populației generale 15-64 de ani, cu accent pe populația școlară 15-24 de ani, complementar cu extinderea numărului și calității proiectelor de prevenire a consumului de droguri în școală.

3.1.2.2. Intervenții de prevenire universală

În anul de referință a fost asigurată, în principal, continuitatea unor proiecte de prevenire universală având ca scop informarea, conștientizarea și sensibilizarea populației generale cu

privire la efectele bio-psiho-sociale ale consumului de droguri, tutun, alcool și noi substanțe psihoactive, prin dezvoltarea mecanismelor individuale de construire a unor atitudini de refuz față de consumul de droguri, de construire și dezvoltare a încrederii în sine, de învățare a celor mai eficiente strategii de coping și abilităților de viață socială, precum și încurajarea participării populației țintă la activități de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri.

PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2017, o pondere importantă a programelor, proiectelor, campaniilor și intervențiilor în domeniu a fost reprezentată de cele implementate de Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu structurile deconcentrate și ONG-urilor cu atribuții în domeniu.

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

PROIECTE NAȚIONALE

1. **PROIECTUL CONCURS “MESAJUL MEU ANTIDROG”**, ediția a XV-a, a avut ca obiectiv general dezvoltarea unor atitudini și practici de viață sănătoasă, precum și promovarea modalităților sănătoase de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri, pentru un număr estimat de 150.000 de elevi din învățământul gimnazial și liceal, în anul școlar 2017-2018.

Obiectivele specifice au fost:

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

Grupul țintă a fost reprezentat de 150.000 de elevi din învățământul gimnazial și liceal.

Proiectul a fost implementat în 41 județe și sectoare ale Municipiului București participante, fiind evaluate, în etapa națională, un număr de 287 de lucrări, din care 35 lucrări au fost declarate câștigătoare, iar din cei 2632 de elevi finaliști la etapa națională, un număr de 53 elevi fiind premiați în etapa de evaluare națională.

2. **PROIECTUL „NECENZURAT”** a avut ca obiectiv general formarea, pentru un număr estimat de 5875 de elevi (cu vârsta cuprinsă între 12 și 14 ani), a unor abilități de viață, necesare luării unor decizii informate, corecte și responsabile în legătură cu consumul de tutun, alcool și droguri, la nivel național, în anul școlar 2017-2018.

Obiectivele specifice ale proiectului:

- formarea de abilități de viață sănătoasă, în rândul populației școlare cu vârsta cuprinsă între 12-14 ani, în cadrul a 12 sesiuni/activități interactive;

- formarea, în rândul grupului țintă, a unui set de abilități generale care să contribuie la consolidarea relațiilor familiale și soluționarea conflictelor;
- exersarea comunicării în familie și formarea de atitudini potrivite cu privire la consumul de droguri, în special alcool și tutun.

Proiectul a fost implementat în 47 județe, fiind formate 48 cadre didactice în vederea implementării proiectului într-un număr de 260 clase, numărul beneficiarilor direcți fiind de 5697 elevi și 2397 părinți. Structurile deconcentrate care au sprijinit implementarea proiectului au fost: Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională și Casele Corpului Didactic, în parteneriat cu ONG-urile.

3. **PROIECTUL NAȚIONAL „ABC-UL EMOȚIILOR”** a avut ca obiectiv general dezvoltarea emoțională a elevilor din clasele I și a II-a (9400 de elevi), în vederea neînceperii sau întâzierii debutului consumului de droguri, la nivel național, în anul școlar 2017-2018.

4. **PROIECTUL NAȚIONAL “CUM SĂ CREȘTEM SĂNĂTOȘI”** a avut ca obiectiv general promovarea unui stil de viață sănătos în rândul copiilor, cu vârsta între 5-7 ani (9400 de preșcolari de grupă mare și școlari din clasa pregătitoare), pentru prevenirea comportamentelor cu risc pentru sănătate, precum și pentru neînceperea sau întâziera debutului consumului de droguri, la nivel național, în anul școlar 2017-2018.

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

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

5. **PROGRAMUL NAȚIONAL DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ÎN ȘCOALA ROMÂNEASCĂ** are drept obiectiv reducerea consumului de droguri și a infecțiilor asociate acestuia în rândul copiilor și tinerilor, prin formarea de comportamente sănătoase, responsabile. Programul are în componență campanii de informare și conștientizare, derulate în școlile și liceele din țară cu sprijinul voluntarilor Salvați Copiii sau altor organizații neguvernamentale. Sesiunile de informare au drept metode de lucru educația de la egal la egal (peer to peer education).

Programul este coordonat metodologic și monitorizat de Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice și implementat de Inspectoratele școlare județene, în parteneriat cu Organizația „Salvați Copiii” România sau alte structuri ale societății civile.

Prin elaborarea unei oferte de curriculum școlar de tipul "Educație pentru sănătate", ca disciplină opțională, s-a urmărit promovarea cunoștințelor corecte privind diverse aspecte ale sănătății și formarea de atitudini și deprinderi indispensabile unui comportament responsabil și sănătos, inclusiv aspect subsumate prevenirii consumului de droguri sau formării unor comportamente de viață cu rol de factori de risc în consumul de droguri. Școala, prin

autoritatea morală pe care o are, poate aduce o contribuție substanțială în transmiterea acestor cunoștințe de educație pentru sănătatea elevilor, și are abilitatea și capacitatea de a cuprinde și de a se adresa, în timp, unui procent ridicat de populație.

Obiectivele urmărite în cadrul Programului Național "Educația pentru sănătate în școala românească" vizează:

1. promovarea sănătății și a stării de bine a elevului, respectiv:
 - funcționarea optimă din punct de vedere somatic, fiziologic, mintal, emoțional, social și spiritual;
 - formarea unui stil de viață sănătos.
2. dezvoltarea personală a elevului, respectiv:
 - autocunoașterea și construirea unei imagini pozitive despre sine;
 - comunicare și relaționare interpersonală;
 - controlul stresului;
 - dezvoltarea carierei personale.
3. prevenire, respectiv:
 - prevenirea accidentelor și a comportamentelor cu risc pentru sănătate;
 - prevenirea atitudinii negative față de sine și viață;
 - prevenirea conflictelor interpersonale, a dezadaptării sociale și a situațiilor de criză.

Programul național și curriculum-ul de Educație pentru sănătate urmăresc:

- să asigure educarea populației școlare pentru un stil de viață sănătos;
- să faciliteze accesul la o informație corectă, avizată, atât în mediul urban cât și în mediul rural;
- să realizeze, în mod indirect, educația adulților;
- să conducă la diminuarea numărului de îmbolnăviri și reducerea comportamentelor cu risc pentru sănătate;
- să contribuie la creșterea calității actului medical.

Programul național "Educația pentru sănătate în școala românească" oferă în ansamblul său, din perspectiva strategiei sale de realizare, dezvoltarea componentei de educație pentru sănătate atât în cadrul unui curriculum cât și ca activități extracurriculare și extrașcolare.

6. Introducerea disciplinei "**Cultură civică**" în programa de învățământ destinată elevilor claselor a VII-a și a VIII-a, disciplină a creat premisele abordării în cadrul domeniului competență cheie "competențe sociale și civice" a unor aspecte legate de prevenirea consumului de alcool, droguri și droguri ilicite, precum și strategii de învățare a unor comportamente cu rol de factori de protecție în consumul de droguri.

Pornind de la importanța competențelor pentru viața activă în societatea cunoașterii, specifică secolului al XXI-lea, programele școlare de Cultură civică pentru clasele a VII-a – a VIII-a, elaborate pe baza modelului de proiectare curriculară centrat pe competențe, vizează înzestrarea elevului cu un ansamblu structurat de competențe de tip funcțional. Recomandarea Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene privind competențele-cheie din perspectiva învățării pe parcursul întregii vieți (2006/962/EC) conturează, pentru absolvenții învățământului obligatoriu, un „profil de formare european” structurat pe opt domenii de competențe-cheie:

- Comunicare în limba maternă,
- Comunicare în limbi străine,
- Competențe matematice și competențe de bază în științe și tehnologii,

- Competență digitală, A învăța să înveți,
- Competențe sociale și civice,
- Spirit de inițiativă și antreprenoriat,
- Sensibilizare și exprimare culturală.

Structurarea acestor competențe-cheie se realizează la intersecția mai multor paradigme educaționale și vizează aspecte inter- și transdisciplinare, metacognitive, realizabile prin efortul conjugat al mai multor arii curriculare.

Alte proiecte/ campanii/ intervenții semnificative în prevenirea universală a consumului de droguri în mediul școlar:

1. Programul „**Să știi mai multe, să fii mai bun**”, implementat de Ministerul Educație Naționale, a avut ca și componentă distinctă a parteneriatului interinstituțional MEN-ANA sau MEN - alte structuri specializate ale MAI, organizarea “Orei antidrog altfel”, adresată elevilor cu vârste între 10-18 ani (ciclurile gimnazial și liceal), ce a cuprins activități de prevenire antidrog cu caracter nonformal: concursuri tip “Cine știe câștigă”, competiții sportive, desene pe asfalt, vizionări de filme și spoturi antidrog, activități cultural artistice etc.

2. Campania “**19 zile de prevenire a abuzurilor și violenței asupra copiilor și tinerilor**”, implementată de FICE – Romania în parteneriat cu ANA, prin 166 de activități desfășurate la nivel local, având 8000 de elevi, studenți și tineri și, respectiv, 654 cadre didactice ca beneficiari direcți.

PROIECTE LOCALE DE PREVENIRE UNIVERSALĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

În perioada de referință, Agenția Națională Antidrog, prin rețeaua locală, formată din cele 47 C.P.E.C.A., în parteneriat cu organizațiile neguvernamentale și/ sau Inspectoratele Școlare județene, Direcțiile Județene de Tineret și Sport - structuri teritoriale ale Ministerului Tineretului și Sportului, a implementat 167 proiecte/ campanii preventive în mediul școlar, din care:

- în mediul preșcolar: 11 proiecte, cu un număr de 296 activități, având un număr de 2.165 copii ca beneficiari direcți și, respective, 837 părinți și 6.964 membri de familie și cadre didactice, ca beneficiari indirecti.
- în mediul școlar (primar, gimnazial și liceal), prin 236 activități punctuale și 149 proiecte, implementate prin 2533 activitati, având un număr 83.375 beneficiari direcți și, respectiv, 109.235 elevi, părinți și cadre didactice, ca beneficiari indirecti ;
- în mediul universitar: 7 proiecte, implementate prin 46 activități, având 2.319 studenți și cadre didactice, ca beneficiari direcți și, respectiv, 2.782 studenți și cadre didactice, ca beneficiar indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

Începând cu luna februarie 2017, Salvați Copiii a inițiat un proiect pilot ce își propune să sprijine dezvoltarea unei culturi școlare de promovare a sănătății copilului, fizică și emoțională, precum și de protecție a acestuia împotriva oricărui comportament violent. Proiectul “Alegeri sănătoase” și-a propus să transpună valorile de educație și protecție în conținuturi, competențe și activități specifice, destinate copiilor din toate ciclurile de școlaritate.

Principalele activități ale proiectului constau în desfășurarea unor sesiuni de informare pentru copii și tineri (grădiniță, ciclul primar, ciclul gimnazial, liceu), adaptate fiecărei grupe de vârstă și structurate în patru module tematice:

- modul destinat educației sexuale
- modul destinat nutriției și exercițiului fizic
- modul destinat comportamentului de consum (alcool, fumat, drog)
- modul de prevenire a violenței și promovare a relațiilor pozitive (sănătatea emoțională a copiilor).

Activitățile contribuie la formarea unor alegeri sănătoase și relațiilor non-violente în rândul elevilor, iar sesiunile interactive de informare de la egal la egal sunt coordonate de tineri voluntari, special pregătiți pentru această activitate.

În anul 2017, în cadrul proiectului au fost atinse următoarele rezultate:

- 150 instituții de învățământ implicate în proiect (37 de grădinițe, 74 de școli generale și 39 de licee);
- 251 de voluntari formați și implicați în susținerea sesiunilor informative;
- 420 de profesori formați și implicați în susținerea sesiunilor informative;
- 44 de cadre medicale școlare formate și implicate în susținerea sesiunilor informative;
- 210 părinți informați;
- 15.182 de elevi informați.

Programul de informare livrat elevilor a fost implementat atât în mediul urban, cât și în cel rural, în 24 de locații: București, Jilava, Iași, Comuna Golăiești, Mangalia, Craiova, Târgu Mureș, Comuna Batoș, Timișoara, Suceava, Brașov, Comuna Viștea de Jos, Petrița, Comuna Pui, Reșița, Pitești, Piatra Neamț, Negrești, Târgoviște, Comuna Vulcana-Pandele, Constanța, Comuna Corbu, Cluj-Napoca, Comuna Florești

PREVENIREA ÎN FAMILIE

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

Agenția Națională Antidrog, prin intermediul structurilor sale locale și în parteneriat cu organizații cu atribuții în domeniu, a implementat 39 proiecte, având 1.058 intervenții/activități la nivel local, atât în mediul urban și rural și având un număr de 18.567 beneficiari direcți - părinți, asistenți maternali, copii, tineri, și reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor de protecție a copilului, și, respectiv, 27.379 copii, tineri, părinți, asistenți maternali, specialiști, reprezentanți ai organizațiilor de protecție a copilului, ca beneficiari indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

Proiectul "Aici pentru tine" (ediția IV) a avut ca obiectiv general dezvoltarea abilităților sănătoase de viață a 400 de familii, prin implicarea a 12 voluntari antidrog în activități de informare, educare și socializare, alături de 400 de copii internați, în Spitalul Județean de Urgență Bacău (Secția Pediatrie și Secția Chirurgie și Ortopedie Pediatrică) și 400 de părinți ai acestora, în perioada septembrie - decembrie 2017.

Pentru ca un proces de învățare să fie eficient se combină metodele folosite pentru a aborda toate cele 4 stiluri de învățare propuse de David Kolb și dezvoltate de Peter Honey și Alan Mumford: activ, reflexiv, teoretic și pragmatic. Metodele dezvoltate în cadrul educației non-formale se concentrează tocmai pe implicarea tuturor stilurilor de învățare, permitând participanților să își folosească toate simțurile, ceea ce duce la experiențe cu totul noi care

sa creeze acestora o stare de bine sau de împlinire. Proiectul a avut 1.453 beneficiari, din care 1.002 copii și adolescenți internați temporar la SJU Bacău (496 copii și 506 adolescenți) și 451 părinți/ aparținători, internați alături de copiii lor în cele două secții pentru copii din cadrul SJU Bacău și, respectiv 1.400 beneficiari indirecti (părinți, frați, prieteni).

PREVENIREA ÎN COMUNITATE

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

CAMPANII ȘI PROIECTE NAȚIONALE

1. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN” (31 MAI 2017), având tema (stabilită anual de OMS) ”Tutunul – o amenințare în calea dezvoltării”, a fost implementată prin 373 activități de informare și conștientizare cu privire la riscurile la care se expun fumătorii activi și sunt expuși și fumătorii pasivi, precum și activități de petrecere a timpului liber într-un mod sănătos, fiind distribuite un număr de 15.054 materiale informative și promoționale imprimate cu mesajul campaniei distribuite.

Activitățile au fost implementate în cele 3 medii după cum urmează:

- În mediul școlar: 273 activități, având 466.670 beneficiari direcți, din care 45 de preșcolari, 465.820 de elevi de gimnaziu și liceu, 192 de studenți și 613 de cadre didactice;
- În mediul familial: 15 activități, având 686 de părinți și asistenți maternali, ca beneficiari direcți;
- În comunitate: 85 activități, având 13.261 de persoane (deținuți, persoane aflate în servicii sociale, persoane aflate în parcuri, cluburi etc.), ca beneficiari direcți.

În cadrul acestei campanii, complementar, au fost implementate activități de informare și sensibilizare a populației generale și de către Ministerul Sănătății, prin direcțiile județene de sănătate publică.

2. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA TRAFICULUI ȘI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI” (26 Iunie 2017), având tema (stabilită anual de UNODC): „Întâi ascultă! Ascultându-i pe copii și tineri, realizezi un prim pas pentru a-i crește sănătos și în siguranță!, cu mesajul secundar „Colorează-ți viața altfel”.

La nivelul municipiului București, activitățile au fost realizate în Parcul “Al. I. Cuza”, la data de 25 iunie 2017, cu sprijinul Primăriei Sectorului 3 București, Corpului Național al Polițiștilor, Departamentului pentru Situații de Urgență, Asociației Prev-Asis Addict, Clubului Copiilor sector 6 și Decathlon România. Conceptul evenimentului a fost centrat pe următoarele activități și work-shop-uri destinate unui număr de 2000 beneficiari direcți:

La nivel teritorial, au fost implementate 121 activități în spații recreaționale intens frecventate de membrii comunităților locale, respectiv parcuri, ștranduri, concerte, parcuri al copiilor, tabere. Au mai fost organizate activități de tip panotaj, expoziții de pictură, workshop-uri în Centre de Plasament, Penitenciare, instituții publice locale partenere (maternități, spitale, primării, centre pentru persoane vârstnice). Numărul beneficiarilor direcți ai campaniei naționale (excluzând municipiul București) a fost de 31.085. În cadrul campaniei au fost diseminate 26.000 materiale informative (afișe, fly-ere și promoționale: șepci, tricouri, baloane, pixuri, mingi de fotbal, bandane, mingi cu mâner și riglete de informare).

În 5 orașe (Constanța, Brașov, Cluj-Napoca, Craiova, Târgu Mureș, Ploiești), în parteneriat cu Decathlon România, au fost derulate activități sportive tip yoga, fotbal, plimbări cu trotinete și biciclete, alergare și concursuri sportive în cadrul cărora au fost oferite premii câștigătorilor.

În cadrul acestei campanii, complementar, au fost implementate activități de informare și sensibilizare a populației generale și de către Ministerul Sănătății, prin direcțiile județene de sănătate publică.

3. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA „ZILEI NAȚIONALE FĂRĂ TUTUN“ (17 NOIEMBRIE 2016) a avut ca scop creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației generale cu privire la efectele consumului de produse derivate din tutun în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de tutun.

La nivel național, au fost implementate 360 activități în toate mediile (școlar, familial și în comunitate, în diferite spații recreative) destinate unui număr total de 24.874 beneficiari direcți. Astfel, funcție de mediul de implementare, activitățile implementate de CPECA au fost:

- în mediul preșcolar: 10 activități de educare în scopul formării deprinderilor sănătoase, având ca beneficiari 615 preșcolari;
 - în mediul școlar: 277 de activități, având ca beneficiari: 256 de elevi din învățământul primar, 8.689 elevi de gimnaziu, 6.996 elevi de liceu și 1.157 de cadre didactice;
 - în mediul universitar: 11 activități având ca beneficiari 1.351 studenți;
 - în mediul familial: 15 activități, cu un număr de 1.243 de părinți, aparținători legali și asistenți maternali;
 - în mediul comunitar: 47 activități având ca beneficiari 4.439 de membri ai comunităților locale, în special tineri, dar și deținuți și personal din cadrul penitenciarelor.
- Activitățile au fost promovate atât în mediul online, în presa scrisă și televiziune, prin 152 de apariții mass-media (comunicate de presă, articole, reportaje, postări Facebook) și au beneficiat de implicarea a 128 de voluntari din cadrul CPECA.

În cadrul acestei campanii, complementar, au fost implementate activități de informare și sensibilizare a populației generale și de către Ministerul Sănătății, prin direcțiile județene de sănătate publică.

În ceea ce privește prevenirea consumului de tutun în rândul populației și generale și al categoriilor de populație la risc, la nivel național exista, de asemenea, un set normativ și de instrumente de politici publice sectoriale:

- Strategia Națională de Sănătate 2014 – 2020;
 - Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate;
 - Legea nr. 15/2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din Tutun
- Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate a fost elaborat pentru punerea în aplicare a direcțiilor strategice prevăzute în Strategia Națională de Sănătate 2014 – 2020, răspunzând nevoilor de sprijinire a populației în vederea adoptării unor comportamente favorabile sănătății.

Acestea au ca scop creșterea constantă, în perioada 2014-2020, a proporției populației cu comportament favorabil sănătății, în special în rândul copiilor. Categoriile de populație vizate sunt: copiii (preșcolari și școlari), persoanele din comunitățile rurale, persoanele din grupuri vulnerabile și femeile însărcinate.

Planul este implementat la nivelul comunităților, prin programe multianuale integrate de promovare a sănătății și educație pentru sănătate, care își propun modificarea unor comportamente ce constituie factori de risc pentru principalele probleme de sănătate publică. Comportamentele abordate sunt: comportamentele alimentare cu risc pentru sănătate, sedentarismul, consumul de alcool, consumul de droguri ilegale și consumul abuziv de medicamente, fumatul, comportamentele violente și comportamentele sexuale cu risc.

Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate și Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 constituie fundamentele cheie pentru descurajarea fumatului în rândul generațiilor tinere și a reducerii incidenței fumatului în rândul adulților.

Reprezentanți ai societății civile și ai societăților profesionale ale medicilor au elaborat și propus spre dezbatere Strategia „2035 – Prima Generație fără Tutun a României”. Obiectivul principal al acestei strategii este reducerea consumului de tutun la minimum posibil, adică la 5% din populația adultă, prag considerat de OMS ca fiind echivalent cu „finalul jocului devastator cu tutunul”, într-un interval de timp rezonabil. Pentru ca România să își îndeplinească obligația asumată în cadrul Planului global de acțiune împotriva bolilor netransmisibile de reducere a consumului de tutun până în anul 2025 cu 30% față de anul 2010, este necesar ca prevalența fumatului curent (zilnic și ocazional) să ajungă în anul 2025 la 21,8% iar a fumatului zilnic – la 18,4% din populația cu vârsta peste 15 ani.

În perioada de referință, Ministerul Sănătății a adoptat Ordinul nr. 565/2017 pentru aprobarea normelor de aplicare a prevederilor art. 11 din Legea nr. 201/2016 privind stabilirea condițiilor pentru fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe și de modificare a Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, privind etichetarea produselor din tutun pentru fumat, altele decât țigarele, tutunul de rulat și tutunul pentru narghilea (în vigoare de la 19 mai 2017).

4. CAMPANIA NAȚIONALĂ MEDIA DE PREVENIRE A CONSUMULUI DE CANABIS “#POT ALTFEL”

Campania a fost finanțată prin Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, aprobat prin H.G. nr. 684/2015 - Subprogramul III „Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu proprietăți psihoactive” a avut ca obiectiv general dezvoltarea unor atitudini și practici de viață sănătoasă, precum și promovarea unor modalităților sănătoase de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri, la nivelul populației generale 15-64 de ani, cu accent pe populația școlară 15-24 de ani, prin implementarea la nivel național a unei campanii de prevenire cu componentă media, a consumului de canabis, în perioada septembrie 2017-iulie 2018.

În anul 2017, în luna septembrie, a fost organizată conferință de presă pentru lansarea campaniei, eveniment care a avut loc la sediul ANA, prin participarea 53 de persoane-resursă din cadrul Institutului de Cercetare și Prevenire a Criminalității, Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copiilor și Adopție, primăriilor de sector, DIICOT și jurnaliști.

La nivel național, au fost organizate organizate, de CPECA, 40 de conferințe de presă la care au participat 1.006 de persoane-resursă, din care 292 de reprezentanți ai presei și mass-media locale, 478 de reprezentanți ai instituțiilor publice locale, instituțiilor de

învățămint și elevi, 136 de voluntari și 100 de specialiști CPECA. La nivel fiecărui CPECA fost distribuite materiale promoționale și informative realizate în cadrul campaniei: câte 20 de agende, 20 de pixuri, afișe și flyere.

În perioada septembrie 2017-decembrie 2017, la nivel teritorial au fost implementate un număr de 940 activități în mediul școlar și în comunitate (în spații recreaționale), având un număr total de 34.026 beneficiari direcți și 58.882 beneficiari indirecti

VOLUNTARIATUL ÎN A.N.A. - Numărul total al voluntarilor: **478, din care 221 voluntari nou contactați în perioada de referință.** Cu suportul acestora, au fost implementate **643 proiecte locale și 313 activități punctuale de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar și în comunitate.**

PROIECTE LOCALE DE PREVENIRE UNIVERSALĂ ÎN COMUNITATE:

În anul 2017, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au fost implementate 53 proiecte, prin 643 activități și 313 intervenții/ activități de prevenire a consumului de droguri la nivel local, în mediul urban și rural, având un număr de 50.150 tineri, adulți, voluntari, ca beneficiari direcți și, respectiv, 65.380 beneficiari indirecti.

MODELE DE BUNE PRACTICI

Proiectul „**Voluntariat – resursă pentru comunitate - 2017**” a avut ca scop creșterea gradului de implicare activă a tinerilor din județul Satu Mare la viața comunității, prin promovarea educației nonformale și voluntariatului activ.

Plusvaloarea proiectului este reprezentată de promovarea metodelor de învățare nonformală. Și impactul asupra creșterii toleranței, nondiscriminării și promovării solidarității sociale, în primul rând la nivel individual și, în al doilea rând, la nivel de comunitate, prin oportunitățile create pentru tineri de a-și pune în valoare talentul și cunoștințele asimilate pe parcursul proiectului.

3.1.2.3. Intervenții de prevenire selectivă

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

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN MEDIUL ȘCOLAR

*Proiectul „**FRED GOES NET- „INTERVENȚII TIMPURI PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ**” are ca obiectiv general realizarea de intervenții timpurii, în anul școlar 2017-2018, pentru un număr estimat de 2500 de elevi (cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani) care au fost identificați/depistați pentru prima oară în legătură cu consumul de droguri, în scopul evitării transformării consumului experimental și ocazional în consum regulat.*

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

Grupul țintă a fost format din 530 adolescenții și tinerii care au consumat droguri și au fost identificați la primul istoric de consum, dar care nu au devenit încă dependenți. Accentul s-a pus pe adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 14-21 ani, cu posibilitatea extinderii până la 25 ani.

Tot în anul 2017, prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în parteneriat cu autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale relevante în domeniu, au implementat 2 proiecte locale de prevenire selectivă, implemenetate prin 53 activități și având un număr de 210 beneficiari direcți și, respectiv, 363 beneficiari indirecti.

PREVENIREA SELECTIVĂ ÎN COMUNITATE

Asigurarea sustenabilității proiectului “**Egalitate de șanse pe piața muncii – ȘANSA TA LA UN VIITOR MAI BUNI!**”, prin promovarea proiectului în grupurile intersectoriale și interinstituționale de experți, în scopul asigurării vizibilității bunelor practici în materie.

Proiectul a reprezentat un nou tip de abordare, sistemic-comprehensivă, având o componentă de prevenire selectivă și una de asistență specializată. Grupul țintă al proiectului a fost format din 465 femei consumatoare de droguri sau la risc de consum și 75 femei aparținând altor grupuri vulnerabile în conformitate cu definiția acestora din Memorandumul JIM, ratificat de România);

Pe parcursul anului 2017, în toate **unitățile penitenciare**, s-au desfășurat activități și programe de educație privind consumul de droguri, la care au participat 1539 persoane private de libertate. Obiectivul general al programelor este prevenirea consumului de droguri, precum și conștientizarea, în rândul populației carcerale, a cauzelor care au dus la consumul de droguri.

3.1.2.4. Intervenții de prevenire indicată

În anul de referință, ANA nu a implementat proiecte de prevenire indicată iar, din datele disponibile ale actorilor sociali guvernamentali sau nonguvernamentali, sunt evidențiate proiecte și intervenții de acest tip implementate de către Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT), organizație non-guvernamentală și non-profit, o asociație de profesioniști în sănătate mintală (psihiatri, psihologi, asistenți sociali), fondată în 1993, care desfășoară activități în domeniul prevenirii și tratamentului problemelor legate de consumul de alcool. În prezent, în ALIAT lucrează peste 20 de specialiști implicați în diverse proiecte de prevenire și tratament ale abuzului și dependenței de substanțe.

Un proiect relevant de prevenire indicată este **Cortul de Chill**, implementat anual, în Vama Veche din anul 2015, timp de trei weekenduri în sezonul estival (weekendul de 1 mai și ultimele weekenduri din lunile iulie și august). Rezultatele evaluărilor AUDIT privind consumul propriu de alcool, aplicate de specialiștii și voluntarii ALIAT, arată că 45% dintre românii care ne-au vizitat au un consum nepericulos pentru sănătate, 31% – consum riscant, 7% – consum nociv și 8% – consum extrem de nociv.

Cortul de Chill face parte din programul Alcohel, un proiect de lungă durată realizat și implementat de Asociația ALIAT, cu sprijinul financiar al HEINEKEN România. Printre inițiativele programului se numără și Caravana Alcohel, linia telefonică de sprijin și informare AlcoLine 021.9335, aplicația Alcohel și forumul www.alcohel.ro.

Aflat la a patra ediție la malul mării, acest program, de altfel primul de acest tip din România, a oferit gratuit turiștilor veniți în Vamă un spațiu liniștit, cool și primitiv în care să poată lua o pauză de la consumul de alcool, în care să afle în ce măsură felul în care beau alcool le afectează sănătatea, ce înseamnă prea mult și ce soluții există. Astfel, Cortul de Chill a beneficiat de expertiza psihologilor și a psihoterapeuților ALIAT, a asistenților sociali și a voluntarilor implicați în această ediție. De asemenea, 8 medici (6 rezidenți și 2 specializați în primiri urgențe UPU) au oferit voluntar servicii medicale și inclusiv primul ajutor.

Cei interesați și-au putut evalua consumul de alcool într-un spațiu prietenos, completând Testul AUDIT recomandat de Organizația Mondială a Sănătății. Acesta constă în 10 întrebări despre cantitatea și obiceiurile de consum de alcool într-o zi obișnuită și la ocazii speciale. Totodată, specialiștii și voluntarii ALIAT le-au explicat beneficiarilor ce înseamnă un consum moderat de alcool, care sunt efectele consumului abuziv și ce înseamnă să petreci având grijă de sănătatea ta și a celorlalți, iar noaptea, specialiștii ALIAT au străbatut plaja pentru a identifica persoane aflate la risc și pentru a le oferi sprijin la nevoie.

Complementar, ALIAT a lansat, în ianuarie 2017, o linie telefonică se adresează celor care sunt în proces de a face o schimbare în comportamentul lor de consum sau rudelor consumatorilor de alcool - ALCOLINE. De asemenea, Alcoline are și rol de informare și prevenire universală, datorită informațiilor legate de consumul abuziv de alcool pe care le oferă operatorii în cadrul intervenției telefonice. Numărul scurt 021.9335 poate fi apelat de orice persoană adultă, de luni până vineri, în intervalul 10:00 – 17:00, aplicându-se tariful standard pe apel. Serviciul este confidențial. 75% din cei care au apelat linia telefonică AlcoLine au întrebat de serviciile disponibile pentru cei care se confruntă cu adicțiile, 15% au avut nevoie de consiliere, 9% au vrut să afle mai multe despre dependența de alcool, iar 1% au fost cazuri urgente. Durata medie a unui apel este de 25 de minute. Consilierii ALIAT au oferit informații despre ce înseamnă dependența de alcool și despre resursele terapeutice pe care ALIAT și alte organizații le oferă în marile regiuni ale țării, precum și despre serviciile existente în domeniu, dar și sfaturi și consiliere, în funcție de fiecare caz în parte.

Echipa aflată în spatele acestei inițiative este formată din specialiști (psihologi și asistenți sociali cu experiență în gestionarea persoanelor dependente de alcool), precum și foști consumatori recuperați sau rude ale unor consumatori de alcool și membri ai Asociației Persoanelor cu Probleme legate de consumul de Alcool (APPA). Toți au parcurs un training de specialitate și lucrează sub supervizarea unui specialist în dependențe, acreditat de Ministerul Sănătății, pentru a oferi sprijin și sfaturi cât mai eficiente și empatic.

AlcoLine este un proiect realizat în întregime și asumat profesional de specialiștii ALIAT, cu sprijinul financiar transparent și necondiționat al Heineken România.

3.1.3. Asigurarea calității intervențiilor de prevenire

În perioada de referință, standardizarea de calitate a proiectelor de prevenire a consumului de droguri a fost pre-testată exclusiv în rețeaua de servicii a Agenției Naționale Antidrog, sub

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

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

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

3.2. PROGRESE ÎNREGISTRATE

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

Un alt progres înregistrat este reprezentat de elaborarea și implementarea campaniei naționale de prevenire a consumului de cannabis **“#POT ALTFEL”**, având ca scop dezvoltarea unor atitudini și practici de viață sănătoasă, precum și promovarea unor modalităților sănătoase de petrecere a timpului liber, ca alternativă la consumul de droguri, la nivelul populației generale 15-64 de ani, cu accent pe populația școlară 15-24 de ani, complementar cu creșterea numărului și calității proiectelor de prevenire în mediul școlar.

3.3. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

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

- diversificarea metodelor și mijloacelor de de prevenire.

- adaptarea serviciilor de prevenire la modificările permanente ale tipologiei beneficiarilor;
- evaluarea serviciilor oferite, prin chestionarea periodică a beneficiarilor acestora (ex. chestionare de măsurare a satisfacției beneficiarilor actului de prevenire).
- informarea și sensibilizarea populației generale și a mass- media cu privire la respectarea drepturilor omului, nediscriminarea consumatorilor de droguri, informarea și responsabilizarea populației generale cu privire la măsurile care pot fi luate pentru a ajuta consumatorii de droguri, serviciile existente etc.
- asigurarea resurselor financiare, logistice și umane adecvate nevoilor de prevenire.

3.4. SURSE ȘI METODOLOGIE

- www.mai.gov.ro
- www.ana.gov.ro
- www.politiaromana.ro
- www.edu.ro
- www.ms.ro
- www.just.ro
- www.anp.gov.ro
- www.mmuncii.ro
- www.mts.ro
- www.mae.ro
- www.salvaticopiii.ro
- www.caritasromania.ro
- www.aliat-ong.ro
- www.asociatiacepa.ro
- www.ficeromania.ro
- www.winnity.ro
- www.ciado.ro
- www.patriarhiaromana.ro
- www.catholica.ro
- <https://www.facebook.com/alcoholhelp.aliat?fref=ts>; <http://www.alcoholhelp.ro/ro/audit>
- Hotărârea Guvernului nr. 784/ 2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020
- Hotărârea Guvernului privind nr. 684/ 2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018

4. TRATAMENT

4.1. REZUMAT

O dată cu înființarea Agenției Naționale Antidrog, în anul 2003, a fost aprobată și prima Strategie Națională Antidrog (pentru perioada 2003-2004).

În acest moment, ne aflăm la cea de-a treia Strategie Națională Antidrog, strategia în vigoare fiind aplicabilă din 2013 până în 2020 și se implementează prin două planuri de acțiune, fiecare dintre acestea având durata de câte 4 ani: 2013-2016 și 2017-2020.

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

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

De asemenea, la nivelul sistemului penitenciar, au fost dezvoltate servicii de asistență, acordate de specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de personalul de specialitate al Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în cadrul celor 34 unități penitenciar, 4 centre de reeducare, 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciar.

În 2017, 3577 persoane au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de droguri, ceea ce înseamnă o menținere a numărului de persoane asistate la nivelul anului anterior (doar 33 persoane au fost înregistrate în plus în sistemul de asistență, comparativ cu anul anterior).

Majoritatea admișterilor au vizat acordarea de tratament pentru consumul de cannabis (49,3%), numărul solicitărilor pentru acest tip de drog crescând doar cu 2,6%, față de anul anterior. Astfel, în cel de-al patrulea an de la intrarea în vigoare a prevederilor Codului de Procedură Penală (2014), potrivit cărora, în timpul urmăririi penale, persoanele consumatoare de droguri, care au săvârșit infracțiuni la regimul juridic al drogurilor, sunt evaluate, la cererea procurorului, în scopul includerii lor în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, asistăm la o stabilizare a solicitărilor de acest tip. Cu toate acestea, tabloul drogurilor pentru care se solicită asistență specializată în România își menține distribuția generată de această modificare legislativă, întrucât cele mai multe dintre aceste persoane se declară consumatoare de cannabis.

În ceea ce privește cererea de tratament pentru consumul de opioide, se observă tendința descendentă conturată anterior (scădere cu 4,7%). Solicitățile pentru acest tip de consum rămân în continuare la un nivel ridicat în tabloul drogurilor pentru care se solicită asistență specializată în România, acestea reprezentând aproximativ un sfert (25,7%) din numărul total al celor admiși la tratament pentru consum de droguri în 2017.

Solicitările de tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive se mențin la aceleași valori, atât ca număr, cât și ca pondere (scădere doar de la 697 cazuri, la 694 cazuri; reprezentând 19,4% din totalul admiterilor).

4.2.PREZENTARE GENERALĂ

Cunoașterea numărului și a caracteristicilor persoanelor care au beneficiat de tratament pentru dependența de droguri furnizează informații deosebit de utile despre situația și tendințele consumului de droguri și oferă modele de predicție, necesare atât în planificarea serviciilor de asistență, cât și în elaborarea măsurilor de intervenție. În acest scop, la nivel european a fost dezvoltat indicatorul „Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri”, care asigură culegerea datelor relevante referitoare la beneficiarii sistemului de asistență integrată specifică dependenței de droguri.

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

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

Obiectivele asistenței persoanelor consumatoare de droguri sunt implementate de:

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

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

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

Obiective specifice:

1. Diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri;
2. Dezvoltarea intervențiilor de identificare, atragere și motivare a persoanelor consumatoare de droguri care nu au contact cu serviciile de asistență specializată, în special pentru persoanele cu istoric îndelungat de consum, persoanele consumatoare marginalizate sau excluse social, grupurile etnice, persoanele

consumatoare care practică sexul comercial, bărbați care fac sex cu bărbați, femeile și copiii consumatori;

3. Îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele privative de libertate;
4. Dezvoltarea capacității de răspuns interinstituțional a serviciilor sociale, serviciilor juridice, serviciilor de urgență, unităților de poliție și de arest, evidența populației, în vederea optimizării intervențiilor adresate consumatorilor de droguri care nu sunt incluși în programele specializate de asistență;
5. Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

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

Obiective specifice:

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

4.2.1. Politici și coordonare

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

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

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

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

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

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

Subprogramul IV urmărește, pe de o parte, întărirea serviciilor de tip programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri, iar, pe de altă parte, creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

Subprogramul V își propune adaptarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistență la nevoile individuale ale consumatorilor și la modelele de consum, cu accent pe policonsum, consum combinat de substanțe, consum de medicamente fără prescripție, consum de substanțe non-opioide, precum și consum de noi substanțe psihoactive, dar și dezvoltarea de servicii inter-instituționale integrate pentru consumatorii de droguri, care au săvârșit fapte penale cu pericol social redus, în vederea includerii acestora în circuitul integrat de asistență.

Cel de-al doilea program, “Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018”, propune o serie de obiective și direcții de acțiune și transformare (cu orizont de timp 2018), menite să avanseze obiectivele generale ale viziunii strategice instituționale, în contextul necesității unui răspuns adecvat și adaptat dinamicii fenomenului, în planul educației, sănătății, incluziunii sociale și ordinii publice. Prin acest program se urmărește pilotarea și promovarea modelelor de bune practici în domeniul reducerii cererii de droguri, conform standardelor europene și internaționale în domeniu, măsurile prevăzute în cadrul său vizând creșterea disponibilității, accesibilității și gradului de acoperire a serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistență a consumatorilor și a consumatorilor dependenți de droguri, prin dezvoltarea și implementarea politicilor adecvate și necesare. Prin completarea rețelei serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri, adaptate nevoilor consumatorilor de droguri care nu au accesat serviciile sistemului de asistență, se dorește atât identificarea, atragerea, motivarea și trimiterea acestora spre serviciile cu nivel crescut de specializare, cât și abordarea necesităților sociale și medicale de bază, corelat cu resursele existente în circuitul integrat de asistență. Prin dezvoltarea de servicii de tip adăpost pentru consumatorii de droguri, de servicii de tip centru social pentru copii străzii, de servicii de tip outreach în

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

Față de cele două programe amintite anterior, Ministerul Sănătății derulează Programul național de sănătate mintală, în cadrul căruia sunt prevăzute următoarele activități: asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență și testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului¹³.

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

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

4.2.2.1.1. Organizarea sistemului ambulatoriu de asistență integrată

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

Dintre acestea, doar centrele Agenției Naționale Antidrog asigură acoperire națională, fiind dezvoltate în cele 41 reședințe de județ și în cele șase sectoare ale municipiului București. Centrele Agenției Naționale Antidrog și cele dezvoltate de Ministerul Sănătății oferă servicii gratuite pentru persoanele consumatoare de droguri.

În cadrul sistemului penitenciar din România, pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în detenție, sunt oferite servicii de asistență medicală, psihologică și socială de către echipele mixte din cadrul Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Aceste servicii sunt acordate în cele 34 unități penitenciar și cele 4 centre de reeducare.

De asemenea, începând cu anul 2016, specialiștii din cadrul Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog acordă servicii de asistență medicală, psihologică și socială persoanelor consumatoare de droguri aflate în arestul poliției.

¹³ <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Ordin%20nr.245-Norme%20tehnice%20afere%20programelor%20na%20ionale%20de%20s%20C4%83n%20C4%83tate%20curative%20pentru%20anii%202017.pdf>

Tabel 4 - 1: Caracteristicile centrelor ambulatorii

	Număr total de unități	Definiția Națională (Caracteristici/ Tipul centrului)	Numărul total de clienți
Centre specializate de asistență	57	Aproximativ 71,8% din totalul persoanelor consumatoare de droguri care au fost tratate în regim ambulatoriu în anul 2017 au fost raportate de Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog care, în unele județe, reprezintă principalii furnizori de servicii pentru tratamentul dependenței de droguri în regim ambulatoriu. La rețeaua teritorială de asistență de tip ambulatoriu, dezvoltată de Agenția Națională Antidrog, se adaugă Centrele de tratament ambulatoriu dezvoltate de Ministerul Sănătății (3,4% din totalul persoanelor consumatoare de droguri care au fost tratate în regim ambulatoriu în anul 2017), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor din sistemul privat de sănătate (3,7% din totalul persoanelor consumatoare de droguri care au fost tratate în regim ambulatoriu în anul 2017) și ONG-urile specializate în tratamentul dependenței de droguri (10,7% din totalul persoanelor consumatoare de droguri care au fost tratate în regim ambulatoriu în anul 2017). Acestea asigură servicii de asistență medicală, psihologică și socială, precum și managementul de caz pentru persoanele consumatoare de droguri.	2095
Centre cu prag minim de acces	0		
Unități de asistență medicală generală	0		
Unități medicale de psihiatrice	0		
Penitenciare	38	În anul 2017, la nivelul sistemului penitenciar, au fost dezvoltate servicii de asistență, acordate de personalul de specialitate al Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în cadrul a 15 unități penitenciar. De asemenea, specialiștii din cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au asistat persoane consumatoare de droguri aflate în arestul poliției, în 28 județe.	247

Sursa: ANA

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

Numărul beneficiarilor

În anul 2017, 2342 persoane au fost tratate pentru dependența de droguri în centre de tratament ambulatoriu, comparativ cu 2016, observându-se o creștere cu 1% pentru acest tip de servicii. Similar anilor anteriori, și în anul 2017, proporția celor care au apelat la asistență specializată pentru dependența de droguri în regim ambulatoriu se menține la același nivel, respectiv de 65,5% (față de 65,4% în anul anterior). Din aceștia, 1891 beneficiari au solicitat pentru prima dată asistență pentru probleme datorate consumului de droguri, aceștia reprezentând 80,7% din numărul total al celor admiși la tratament în regim ambulatoriu în 2017.

Sexul și vârsta beneficiarilor

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

- 89,3% (2091 persoane) din beneficiarii înregistrați la centrele de tratament ambulatoriu sunt de sex masculin. Vârsta medie a celor care au apelat la serviciile de asistență în regim ambulatoriu este de 27,2 ani, aceasta fiind mai mică în cazul bărbaților (27,7 ani vârsta medie pentru femei);
- majoritatea (87,7% - 2053 beneficiari) sunt persoane cu vârsta sub 34 ani, 12,2% (286 beneficiari) sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 ani, iar restul (0,1% - 3 beneficiari) sunt persoane cu vârsta de peste 54 ani;
- atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare a cazurilor este grupa 20-29 ani (54,1% - bărbați, 45,0% - femei);
- pentru beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu, vârsta medie de debut în consumul de droguri a fost de 20,2 ani, în timp ce, vârsta medie la prima internare a fost de 26,1 ani.

Drogul principal de consum și calea de administrare

Drogul principal pentru care s-a solicitat cu preponderență asistență în anul 2017 în sistemul de tratament ambulatoriu este cannabisul – 63,1% (n=1477), acesta fiind urmat de heroină, pentru care au fost înregistrați 22,2% dintre beneficiari (n=519). Comparativ cu anul anterior, se menține atât ponderea, dar și numărul celor s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu pentru a beneficia de asistență integrată pentru probleme datorate consumului de cannabis (în 2016 – 62,8% pondere și 1456 beneficiari). În schimb, pentru cei care au declarat ca drog principal de consum heroina, scade atât ponderea, cât și numărul acestora (în 2016: 26% pondere și 603 beneficiari). Totodată, se observă o creștere a ponderii, dar și a numărului celor care au fost admiși la tratament ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul de noi substanțe psihoactive – 11% și 258 beneficiari (față de 8,4% și 194 beneficiari). Alte droguri pentru care s-a solicitat asistență în 2017, în regim ambulatoriu, au fost: cocaină – 1,1%, MDMA/ ecstasy – 1,2%, amfetamine – 0,7%, solvenți – 0,3%, metadonă, benzodiazepine, alte opioide – câte 0,1%, LSD și alte hipnotice și sedative, ketamină – câte 0,04%.

În funcție de drogul principal de consum, se observă diferențe între cele două categorii de sexe. Astfel, dacă 65% dintre bărbații tratați în centrele de tratament ambulatoriu au apelat la tratament de specialitate pentru probleme cauzate de consumul de cannabis, iar 20,3% dintre ei au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de heroină, în rândul femeilor, această repartiție este mai echilibrată, dar și în favoarea cererilor de tratament pentru dependența de heroină: 37,8% dintre femeile care s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu au solicitat tratament pentru consumul de heroină, iar 46,6% pentru consumul de cannabis.

În ceea ce privește tipul contactului, ca și în anul anterior, se observă o pondere mai mare a beneficiarilor care au declarat că nu au fost tratați niciodată pentru probleme de sănătate datorate consumului de droguri, comparativ cu cei care au mai beneficiat de un astfel de tratament (81,7% - niciodată tratați, 18,3% - au mai fost tratați). Similar anului anterior, în rândul celor admiși pentru prima dată la un tratament specializat pentru consumul de droguri, predomină persoanele care au declarat ca și drog principal de consum cannabisul - 73,9% (față de 77,1%, în 2016), în timp ce, în rândul celor care au beneficiat anterior de astfel de tratamente, doar 15,4% (față de 11,6% în 2016) au declarat consumul de cannabis. În schimb, doar 10,8% dintre cazurile nou admise la tratament, au declarat consumul de

heroină, în timp ce, în rândul celor care au mai fost admiși la un astfel de tratament, predomină persoanele care au acuzat probleme de sănătate datorate consumului de heroină – 73% din totalul celor care au mai fost în tratament pentru consum de droguri.

În corelație directă cu drogul principal de consum pentru care s-a solicitat asistență în sistemul ambulatoriu, pentru majoritatea beneficiarilor sistemului ambulatoriu, calea cea mai frecventă de administrare a drogului este fumatul (76,4%), această modalitate de administrare a drogului fiind declarată de consumatorii de cannabis (99,9%, n=1474), dar și de o parte a celor care au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (92,6% din totalul celor care au fost admiși la tratament pentru probleme cauzate de consumul acestor substanțe și-au administrat drogul prin fumat sau inhalat, n=237 persoane). Concomitent cu scăderea numărului beneficiarilor care au declarat ca drog principal de consum heroina, scade ponderea celor care își administrează în mod frecvent drogul prin injectare – de la 44,3% în 2014, la 30,7% în 2015, la 24,7% în 2016, ajungând în 2017 la 18%. Calea de administrare prin injectare a fost utilizată preponderent de consumatorii de heroină (97,7% din totalul celor care au declarat consum injectabil au fost admiși la tratament pentru consum de heroină, n=420 persoane).

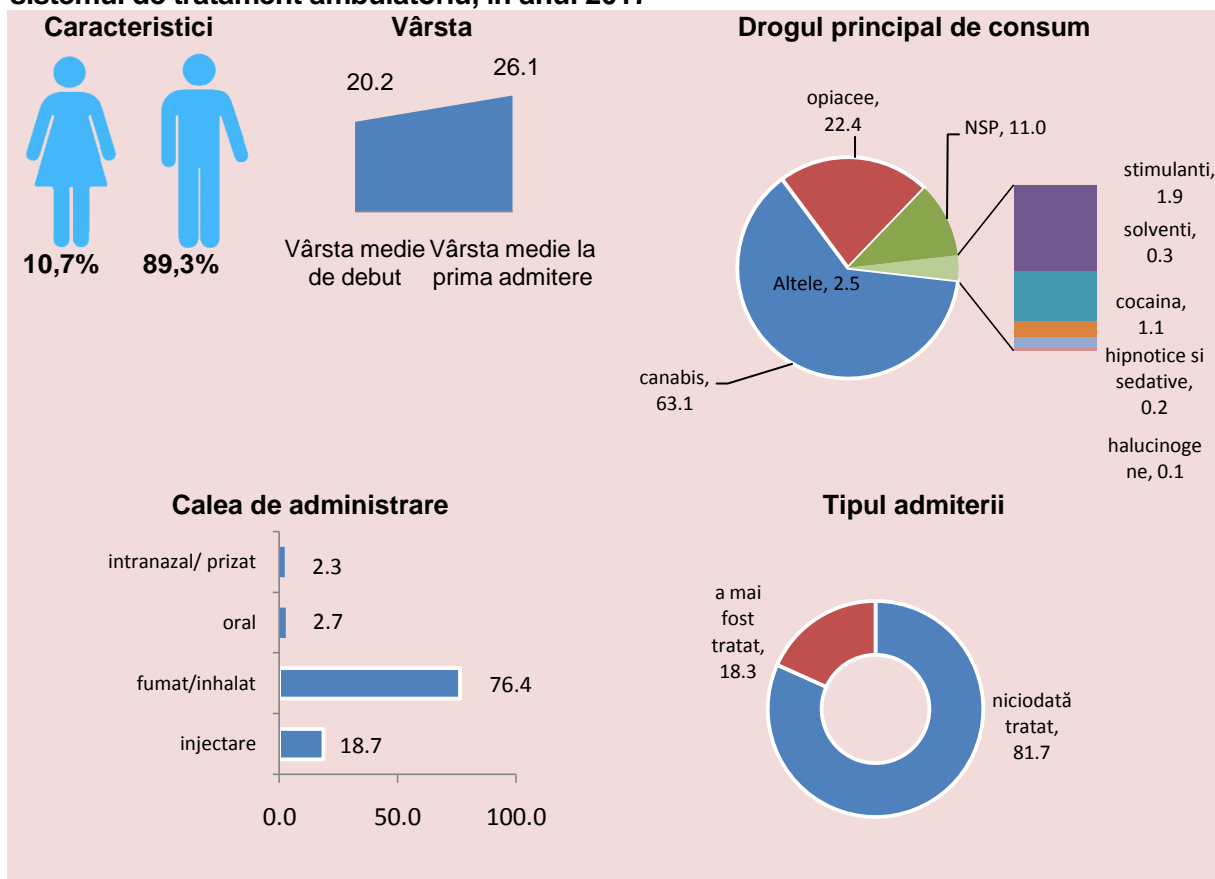
În ceea ce privește frecvența utilizării drogului principal, consumul zilnic a fost declarat de aproximativ 19,5% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu în 2017 (față de 16,3%, în 2016), în timp ce, 58,5% dintre beneficiarii tratați în regim ambulatoriu au declarat că nu au consumat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament (față de 65,5%, în 2016). Această distribuție este explicată de procedurile de referire sau de admitere în unele centre de tratament ambulatoriu. Astfel, în anumite centre de tratament, abținerea este un criteriu de admitere, ceea ce explică faptul că 11,2% dintre cei care nu au declarat consum în ultima lună au fost admiși la tratament pentru consum de heroină (n=153). Totodată, o parte dintre beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu au fost referiți de organele de cercetare ca urmare a aplicării prevederilor Codului de Procedură Penală, în vederea evaluării medicale, psihologice și sociale, ceea ce explică prezența în rândul celor admiși la tratament în sistemul ambulatoriu a 78,3% persoane care nu au consum în ultima lună și care, cu toate acestea, au declarat cannabisul ca drog principal de consum (n=1073). Dintre cei care au declarat consum zilnic, 65,6% sunt persoane care au apelat la tratament specializat pentru probleme datorate consumului de heroină (n=299), în timp ce, doar 18,4% au fost admiși la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive (n=84), iar 14,7% pentru cel de cannabis (n=67).

Sursa de referință

Similar anului anterior, majoritatea beneficiarilor tratați în regim ambulatoriu au fost referiți de către poliție sau de structurile de aplicare a legii (instanță, parchet, servicii de probațiune): 66,4%, față de 67,7%, în 2016. Admiterea la tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea celor apropiați (familie sau prieteni) reprezintă a doua sursă importantă de referire pentru cei tratați în regim ambulatoriu, acesta fiind raportată de aproximativ 24,3% din totalul beneficiarilor tratați în regim ambulatoriu (față de 23,2% în 2016). În mod similar, pentru majoritatea cazurilor nou admise la tratament pentru consum de droguri în regim ambulatoriu, referirea a fost făcută de către poliție sau de către structurile de aplicare a legii – 76,9% (n=1455), în timp ce, doar 15,5% (n=294) s-au adresat centrelor specializate din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau prietenilor. În schimb, dintre cei care au mai beneficiat de tratament pentru consum de droguri, 64,5% (n=273) au apelat la tratament

din proprie inițiativă și doar 22,9% (n=97) dintre aceștia au fost referiți de către organele de cercetare.

Tabel 4 - 2: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul de tratament ambulatoriu, în anul 2017



Sursa: ANA

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

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

4.2.2.2.1. Organizarea sistemului rezidențial de asistență integrată

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

La nivelul municipiului București, se regăsesc 6 centre de dezintoxicare de tip spitalicesc, o comunitate terapeutică (în cadrul sistemului penitenciar) și un spital-penitenciar.

În cadrul sistemului penitenciar din România, pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în detenție, sunt oferite servicii de asistență medicală, psihologică și socială de către specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor în 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciare.

Tabel 4 - 3: Caracteristicile centrelor rezidențiale

	Număr total de centre	Caracteristici/ tipul centrului	Numărul total de beneficiari
Centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc	60	Spitalele de Psihiatrie, Spitalele Județene de Urgență care au secție de psihiatrie	1179
Centre de tratament rezidențiale (nеспitalicești)	0		0
Comunități terapeutice	1	Comunități terapeutice	2
Penitenciare	6	Penitenciarul-Spital București-Rahova, Penitenciarul-Spital București-Jilava, Penitenciarul-Spital Mioveni, Penitenciarul-Spital Dej, Penitenciarul Spital Constanța-Poarta Albă, Penitenciarul-Spital Târgu Ocna	54

Sursa: ANA

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

Numărul beneficiarilor

În anul 2017, în unitățile care funcționează în regim rezidențial, au fost înregistrate 1235 persoane care au solicitat tratament pentru consum de droguri. Pentru acest tip de servicii, creșterea numărului beneficiarilor este de mică amploare (cu doar 0,8%), fiind similară celei înregistrate pentru serviciile de tratament de tip ambulatoriu. Aproximativ o treime din cei care au început tratamentul în 2017 (34,5% - 1235 beneficiari din 3577) au fost înregistrați în sistemul de asistență de tip rezidențial. Din totalul de 1235 beneficiari, majoritatea (n=1179) au primit asistență în centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc, în timp ce, restul au fost tratați în sistemul penitenciar (n=54) sau în comunități terapeutice (n=2).

Sexul și vârsta beneficiarilor

Majoritatea beneficiarilor tratați în centrele rezidențiale au fost de sex masculin (85,1%, n=1051), în mod preponderent sunt tineri (81,9% fiind cu vârsta sub 34 de ani), pentru această categorie de beneficiari înregistrându-se o vârstă medie de 27,6 ani. În schimb, persoanele de sex feminin tratate în anul 2017 în regim rezidențial sunt în continuare într-o proporție de aproape 6 ori mai mică, comparativ cu cea a bărbaților, fiind de asemenea în majoritate tinere (au o vârstă medie de 31,8 ani, 75,0% dintre acestea având vârste sub 34 de ani). Similar anului anterior, majoritatea celor care au beneficiat de asistență în sistem rezidențial (54,3%) nu au mai fost tratați anterior.

Drogul principal de consum și calea de administrare

Deși se menține tabloul general al drogurilor pentru care se solicită asistență de tip rezidențial, cea mai mare parte a celor care au beneficiat de un astfel de tratament declarând ca **drog principal de consum** noile substanțe psihoactive (35,4%, n=437), se observă o diminuare a ponderii acestui tip de consum în rândul consumatorilor de droguri tratați în regim de internare (de la 40,7%, la 35,4%). Comparativ cu situația prezentată în

regim ambulatoriu, se observă o pondere de peste 3 ori mai mare a consumatorilor de noi substanțe psihoactive, care este determinată pe de o parte de volumul numeric al acestui tip de solicitări observat în regim rezidențial - de aproape 1,7 ori mai mare: 437 solicitări în regim de internare, față de 258 beneficiari în regim ambulatoriu, iar pe de altă parte de predominanța solicitărilor de asistență pentru consumul de cannabis observată în regim ambulatoriu (63,1% față de 23,2% în regim ambulatoriu). Diferențele constatate pot fi explicate prin efectele aplicării Codului Procedură Penală, dar și prin tipul asistenței acordate pentru afecțiunile cauzate de consumul de NSP, care necesită de cele mai multe ori spitalizare. Pe poziția secundă, se plasează cererea pentru tratamentul dependenței de opiacee (28%, n=346), în timp ce, pe locul al treilea se situează solicitările pentru tratamentul problemelor determinate de consumul de cannabis (23,2%, n=287). Totodată, se menține și "ierarhia" observată anul anterior, în cea mai mare parte, cererea de tratament în regim rezidențial fiind împărțită între cele 3 categorii de droguri: noile substanțe psihoactive, heroina și cannabisul. În continuare, cererea de tratament ca urmare a problemelor datorate consumului de hipnotice și sedative este la un nivel foarte scăzut, în 2017 înregistrându-se doar 3,9% dintre solicitări pentru acest tip de dependență.

Pe de altă parte, dintre cei care au solicitat tratament de tip rezidențial pentru consum de opioide, majoritatea au menționat heroina (87,8%, n=346) ca drog de consum, în timp ce, 5,8% (n=23) au declarat ca drog principal de consum metadona.

În funcție de drogul principal de consum, pentru majoritatea drogurilor (opiacee, cannabis, stimulante, halucinogene, solvenți și noi substanțe psihoactive), distribuția pe sexe a beneficiarilor sistemului de tratament rezidențial indică o predominanță a persoanelor de sex masculin, cea mai elocventă fiind în rândul consumatorilor de halucinogene și catinone sintetice, unde toți beneficiarii sunt bărbați, precum și în rândul celor care au solicitat asistență ca urmare a problemelor datorate consumului de noi substanțe psihoactive (93,4% beneficiarii de sex masculin) și al consumatorilor de solvenți (96,2% beneficiarii de sex masculin). Excepție de la această repartitie se observă în cazul hipnoticelor și sedativelor, unde predomină beneficiarii de sex feminin – 62,5%, față de 37,5% în cazul bărbaților.

În ceea ce privește calea de administrare a drogului principal, se observă menținerea la un nivel crescut a ponderii celor care declară administrarea drogului prin fumat sau inhalat (55,6%, față de 58,7% în 2016). Deși cu o mică diminuare a ponderii acestora în ansamblul celor care fumează sau inhalează drogul, cea mai mare parte a celor care au declarat fumatul ca modul cel mai frecvent de administrare a drogului principal o reprezintă persoanele consumatoare de noi substanțe psihoactive (52,4%, față de 55%, în 2016), acestea fiind urmate de cele consumatoare de cannabis (41,9%, față de 36,1%, în 2016), a căror pondere crește ușor. Totodată, se remarcă menținerea ponderii celor care își administrează drogul prin injectare (27,3% în 2016, 27,9% în 2017).

În cazul persoanelor consumatoare de droguri injectabile aflate în tratament de tip rezidențial, 89,2% (față de 87,2%, în 2017) dintre acestea sunt consumatoare de heroină, 7,5% consumă noi substanțe psihoactive, 2,7% metadonă și 0,6% alte opioide. Deși cu un ritm de dinamică mic, se remarcă o tendință crescătoare a ponderii persoanelor consumatoare de heroină în segmentul celor care își administrează drogul pe cale injectabilă.

În privința **frecvenței** cu care și-au administrat drogul principal de consum, aproape jumătate dintre cei admiși la tratament în regim rezidențial în 2017, au declarat consumul zilnic (51,5%, n=636). Dintre aceștia, 45,1% (n=287) sunt consumatori de heroină, 27,5% (n=175) au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive, iar 15,3% (n=97) au beneficiat de tratament pentru consumul de canabis.

În schimb, doar 5,3% (n=66) dintre beneficiarii admiși la tratament nu au utilizat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament.

Sursa de referire

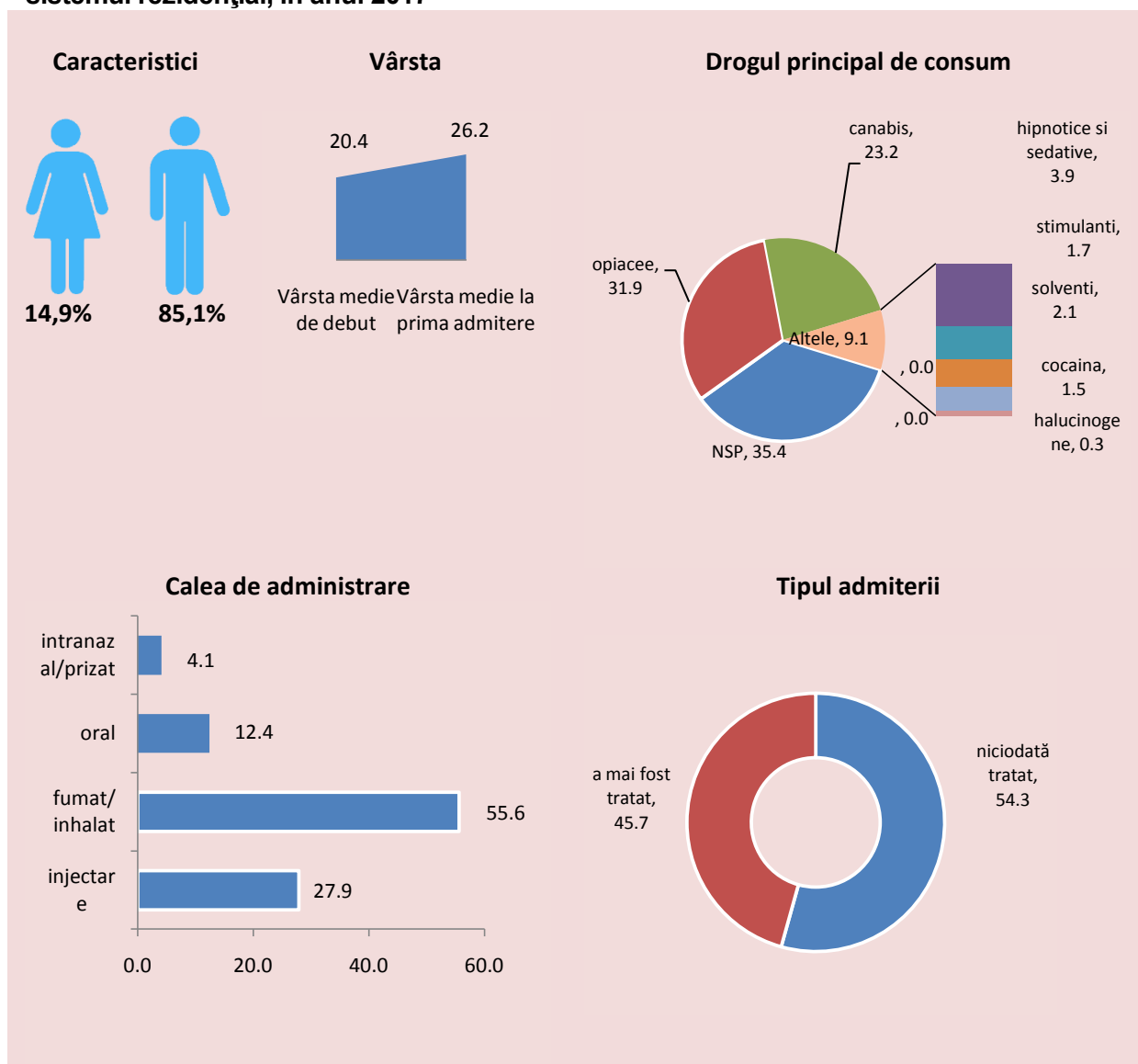
Se menține ponderea crescută a persoanelor referite de serviciile medicale/ sociale (46,2%, n=570) observată în anul anterior, în detrimentul celor referite de alte două surse importante luate în considerare la analiza factorilor determinați în accesare serviciilor de tratament specializat: proprie inițiativă și familia sau prietenii (30,5%, n=377).

Dintre serviciile medicale/ sociale care au îndrumat persoanele consumatoare de droguri către un centru de asistență de tip rezidențial, cea mai importantă contribuție în direcționarea persoanelor consumatoare de droguri către un centru de tratament specializat au avut-o serviciile de urgență, care au recrutat 94,6% (n=539) din totalul beneficiarilor sistemului de asistență de tip rezidențial. Majoritatea celor referiți de serviciile de urgență (43%, n=245) sunt persoane admise la tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive.

Astfel, adresabilitatea crescută a persoanelor consumatoare de noi substanțe psihoactive la sistemul de tratament de tip rezidențial (62,9% dintre aceștia s-au adresat centrelor de tratament rezidențial, în timp ce, doar 37,1% au apelat la tratament ambulatoriu) este justificată, pe de o parte, de nevoia acestora de a apela la serviciile de urgență ca urmare a problemelor acute de sănătate pe care le generează consumul noilor substanțe psihoactive, iar pe de altă parte, de coexistența secțiilor de psihiatrie și a celor de urgență în aceeași unitate spitalicească, care determină referirea consumatorilor către serviciile de tratament de tip rezidențial.

Totodată, adresabilitatea crescută a acestui tip de consumatori la serviciile de urgență și, implicit, la cele de tratament rezidențial, a determinat configurarea în ultimii 3 ani a unui alt tablou al drogurilor pentru care s-a solicitat tratament rezidențial.

Tabel 4 - 4: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2017



Sursa: ANA

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

4.2.3. Date relevante

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

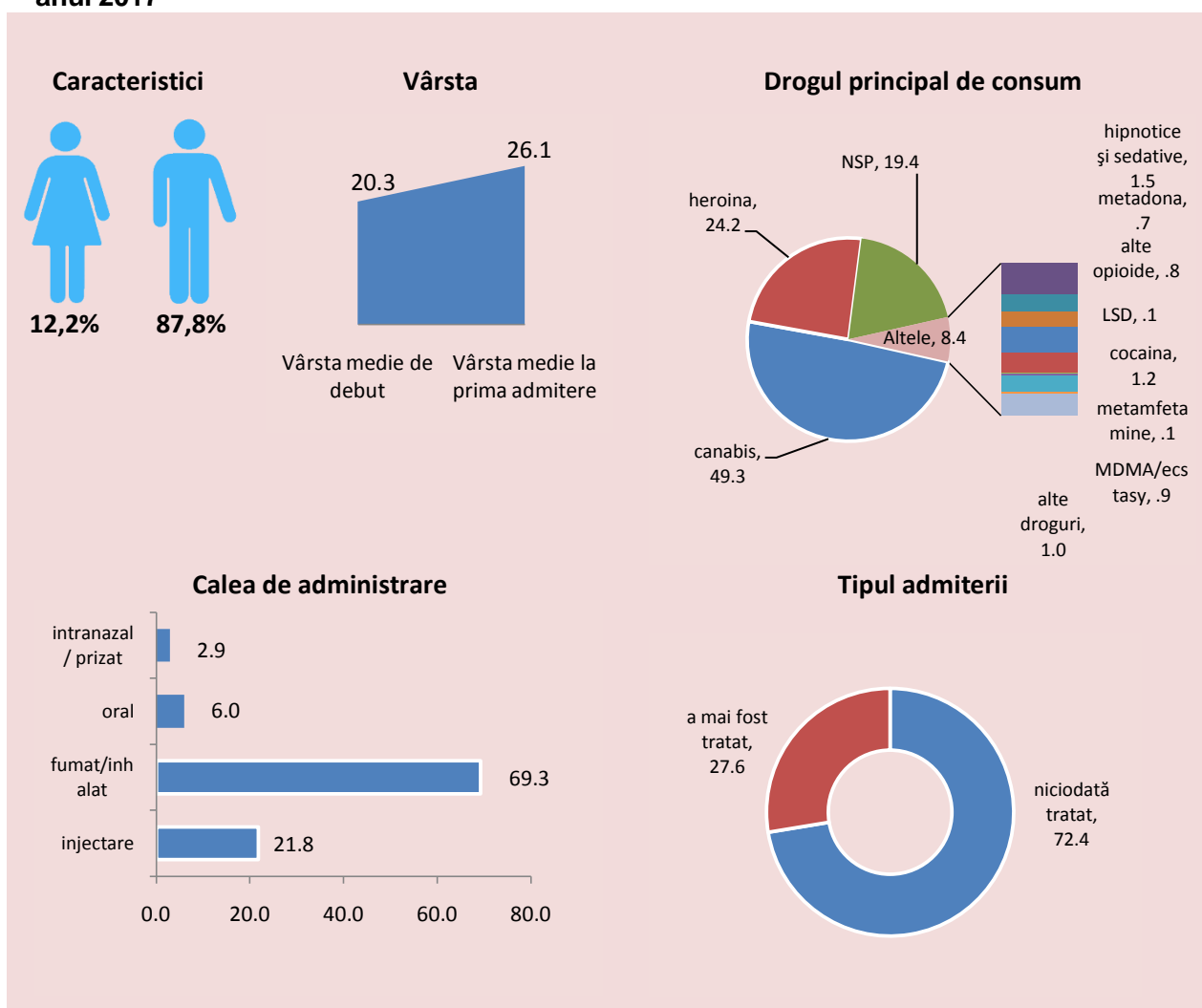
În anul 2017, au fost admise la tratament 3577 persoane consumatoare de droguri, înregistrându-se și în acest an cea mai mare valoare a acestui indicator. Totodată, valori maxime se observă și pentru numărul persoanelor care au beneficiat de tratament în anul de referință (4998 persoane), cât și pentru numărul celor care au urmat un tratament substitutiv de tip opioid (1530 persoane).

În funcție de drogul principal, se observă cea mai mare cerere de tratament înregistrată până în prezent pentru probleme datorate consumului de cannabis (1764 persoane, creștere cu doar 2,6%).

Cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de opioide continuă să scadă (scădere cu 4,7%), atingând o valoare similară anului 2006. Cu toate acestea, se observă o creștere a numărului de cazuri noi (cu 15,1%), în timp ce, numărul consumatorilor de opioide care au mai fost în tratament scade (cu 15,2%).

În schimb, se remarcă o menținere aproape "fotografică" pentru cererea de tratament datorată consumului noilor substanțe psihoactive.

Tabel 4 - 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2017



Sursa: ANA

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

T.1.3.2. Distribuția populației admise la tratament în 2017, în funcție de drogul principal

În baza datelor colectate în anul 2017, au fost admise la tratament 3577 persoane consumatoare de droguri. Similar anului anterior, când cele mai multe cereri de tratament au fost adresate ca urmare a consumului de cannabis, și în acest an, se observă o predominanță

a acestui tip de solicitări. Spre deosebire de anii anteriori, când se înregistrau creșteri atât ale numărului acestora, cât și ale ponderii lor în ansamblul beneficiarilor de servicii de asistență specializată, în 2017, se remarcă o menținere la nivelul anului anterior a celor doi indicatori luați în discuție (49,3% din numărul total al beneficiarilor, față de 48,5%; 1764 consumatori de cannabis înregistrați în 2017 în servicii de tratament, față de 1719 câți au fost raportați în 2016). În același timp, proporția celor care au solicitat tratament pentru consumul de opioide continuă să scadă, ponderea acestora ajungând în 2017 la 25,7% din numărul total al admitterilor (n=918, față de 27,2% și n=963, în 2016). În ceea ce privește cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de noi substanțe psihoactive, se observă menținerea numărului de solicitări la nivelul anului anterior, creșterea acestora în 2017 fiind doar cu 0,3%. Similar anului anterior, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament se menține la nivelurile observate anterior: solvenți/ substanțe volatile – 0,9% (față de 1,1%), cocaină – 1,2% (față de 1%), MDMA/ ecstasy – 0,9% (față de 0,6%), amfetamine – 0,8% (față de 0,4%), metamfetamine – 0,1% (față de 0,2%), LSD – 0,1% (0,2%).

Dacă se includ în categoria "alte droguri" cazurile celor pentru care tratamentul a vizat consumul noilor substanțe psihoactive, cât și cele pentru care problemele s-au datorat consumului de solvenți, celui de halucinogene, respectiv celui de hipnotice și sedative, se observă că, din totalul admitterilor la tratament din 2017, în această categorie au fost înregistrate 21,9% dintre cereri (785 beneficiari). Majoritatea cazurilor incluse în această subgrupă o reprezintă persoanele care au solicitat asistență pentru consumul de noi substanțe psihoactive, aceștia reprezentând, similar anului anterior, 88,5% din cei 785 beneficiari (n=695). Dificultățile de testare toxicologică a acestui tip de substanțe nu permit o clasificare a acestora pe categorii. Ținând cont de calea de administrare (86,3% dintre beneficiari au declarat că au fumat/ inhalat aceste substanțe), se poate presupune că majoritatea dintre aceste noi substanțe psihoactive sunt canabinoizi sintetici.

În corelație directă cu drogul principal consumat, două treimi (69,3%) din persoanele admise la tratament în anul 2017 își administrează drogul prin fumat, în timp ce, aproape 2 din 10 (21,8%), utilizează calea injectabilă. Scăderea ponderii, dar și a numărului celor care își administrează drogul pe cale injectabilă se reflectă în evoluția bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în special în ceea ce privește prevalența infecției cu HVC¹⁴.

Spre deosebire de anul anterior, crește proporția consumatorilor care au solicitat pentru prima dată tratament specializat (de la 68,6% la 72,4%), în acest mod, proporția persoanelor care au mai fost înregistrate în serviciile de asistență pentru probleme cauzate de consumul de droguri reducându-se la aproape un sfert din totalul consumatorilor admiși la tratament în anul de referință.

În anul 2017, se remarcă o creștere cu 6,6% a numărului de persoane care au beneficiat de tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, acesta atingând cea mai mare valoare din toată perioada de monitorizare (de la 4690, la 4998).

¹⁴ Aceste informații se regăsesc în Harms and harms reduction workbook 2018

Tabel 4 - 6: Beneficiari aflați în tratament, în anul 2017

	Număr de beneficiari
Număr total de beneficiari aflați în tratament în 2016	4998
Număr total de beneficiari aflați în tratament de substituției de tip opioid	1530
Număr total de beneficiari care au fost admiși la tratament în 2016	3577

Sursa: ANA

Din cele 4998 persoane consumatoare de droguri care s-au aflat de-a lungul anului 2017 în tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, 1530 urmau un tratament substitutiv de tip opioid. Pe de altă parte, dintre cei tratați în anul 2017 pentru probleme datorate consumului de droguri, 3577 persoane au fost admise la tratament în acest an, iar dintre aceștia 72,4% s-au aflat la primul contact cu un astfel de centru.

4.2.3.2. Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament

Majoritatea persoanelor (87,8%), care au beneficiat de asistență pentru problemele cauzate de consumul de droguri în 2017, au fost bărbați. De altfel, aceasta este una dintre caracteristicile populației consumatoare de droguri din România, indiferent de drogul consumat. Astfel, exceptând cererea de tratament pentru consumul de hipnotice și sedative, unde predomină femeile (63,5%), pentru toate celelalte categorii de droguri pentru care s-a solicitat asistență specializată în anul 2017, în cea mai mare parte, beneficiarii sunt bărbați. În funcție de substanța declarată ca drog principal, se observă că vârsta medie a persoanelor consumatoare de hipnotice/ sedative admise la tratament este de 47,3 ani, pentru opioide este de 33,7 ani, pentru cocaină, 28,3 ani, pentru stimulanti (alții decât cocaina), 25,6 ani, iar pentru cannabis, 25,5 ani.

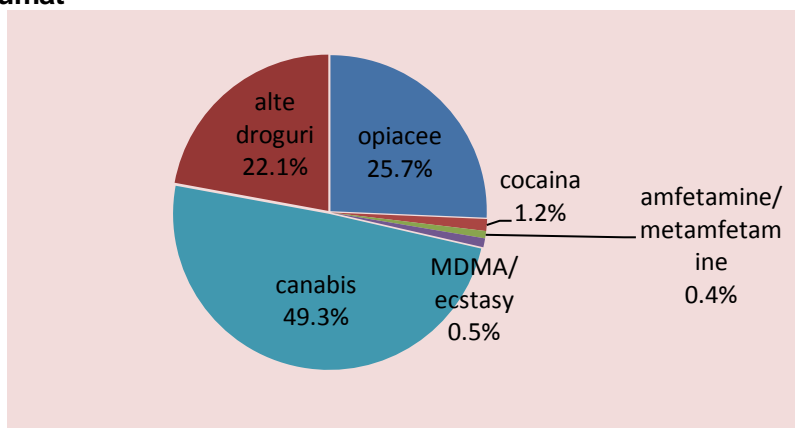
Nivelul educațional al persoanelor consumatoare de droguri admise la tratament în anul 2017 se menține în aceeași distribuție, observată în ultimii 3 ani: aproximativ trei sferturi dintre beneficiari (70,9% - 2537 beneficiari) au finalizat nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), 14,4% (516 beneficiari) au finalizat nivelul superior de educație (ISCED 4, ISCED 5 și ISCED 6), 5,9% (210 beneficiari) au finalizat nivelul I de educație (ISCED 1), iar 2,6% (93 beneficiari) nu au mers niciodată la școală/ nu au finalizat nivelul I de educație.

Referitor la condițiile de locuire în care trăiesc persoanele consumatoare de droguri care au beneficiat de servicii de tratament pentru dependența de droguri, analiza statusului locativ al acestora indică în continuare o proporție mare (55,1%, n=1881) a celor care locuiesc cu familia de origine, cei care locuiesc singuri fiind prezenți într-o proporție de doar 10,6% (n=362). Totodată, se observă că 83,2% (n=2845) beneficiau de o locuință stabilă, 3% (106 beneficiari) se aflau în detenție, în timp ce, pentru 10,3% (n=368) locuința era o problemă, aceștia nedispunând de o locuință stabilă.

Contrar anilor anteriori, după 3 ani de scăderi succesive, proporția celor care se adresează centrelor de tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei/ prietenilor se stabilizează ajungând să reprezintă aproximativ un sfert din totalul beneficiarilor (26,5%, n=947). În mod similar, se menține și ponderea celor care au fost referiți de organele de cercetare (la 44,6% față de 45,5% în 2016), cele două tipuri de surse de referire amintite furnizând împreună aproape două treimi din numărul total al persoanelor consumatoare de droguri care au apelat la servicii de asistență integrată pentru dependență. Într-o proporție

similară celei înregistrate în anul anterior, 17,4% beneficiari (față de 19% în 2016) au fost îndrumați către furnizorii de servicii de asistență integrată de alte servicii medicale sau sociale la care aceștia au apelat (servicii medicale de urgență, servicii specializate de asistență socială, medic de familie etc.).

Grafic 4- 1: Proporțiile persoanelor admise la tratament în anul 2017, în funcție de drogul principal consumat



Sursa: ANA

4.2.4.Modalități de tratament

4.2.4.1.Servicii ambulatorii de tratament

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

4.2.4.2.Servicii rezidențiale de tratament

Rețeaua rezidențială de tratament din România asigură servicii specializate (medicale, psihologice și sociale) în vederea reintegrării psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Dintre acestea, cele mai importante sunt programele de dezintoxicare și serviciile medicale psihiatrice.

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

4.2.5. Tratamentul de substituție cu opioide (OST)

4.2.5.1. Principalii furnizorii ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee (OST)

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

Dezvoltarea unui program de tratament de menținere cu metadonă are șanse de reușită dacă acesta este accesibil, includerea în asistență fiind realizată cât mai grabnic cu putință, iar menținerea în tratament nefiind condiționată pentru o anumită perioadă de timp. Factorii care pot influența participarea beneficiarilor în cadrul unui asemenea program constau în: numărul sau locația centrelor care furnizează astfel de servicii, programul de lucru al centrului, procedurile de evaluare, precum și gradul de pregătire al specialiștilor din punct de vedere medical, psihologic și social.

În conformitate cu legislația în vigoare în domeniul de referință, tratamentul substitutiv al dependenței de opiacee este disponibil în unitățile sanitare și centrele de tratament pentru consumatorii de droguri. Acest tratament este implementat, atât ambulatoriu, cât și rezidențial, fiind disponibil și în sistemul penitenciar.

Principalii furnizori ai tratamentului substitutiv al dependenței de opiacee sunt:

Agenția Națională Antidrog

Programele de tratament substitutiv dezvoltate de Agenția Națională Antidrog au fost disponibile în anul 2017 doar la nivelul municipiului București. Aceste servicii au fost derulate prin 3 Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Până în anul 2015, serviciile de tratament substitutiv au fost disponibile și în municipiile reședință de județ Oradea și Iași. De asemenea, începând cu anul 2016, specialiștii Agenției Naționale Antidrog au acordat servicii de tratament substitutiv cu metadonă în secțiile de arest ale Poliției Române.

Ministerul Sănătății

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

Administrația Națională a Penitenciarelor

Persoanele private de libertate beneficiază de tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxico-dependență. Acest program este inclus în Programul de sănătate mintală, implementat de Ministerul Sănătății și este derulat în 11 unități penitenciare, și anume: Penitenciarul-Spital București Rahova, Penitenciarul București-Rahova, Penitenciarul-Spital București-Jilava, Penitenciarul București-Jilava, Penitenciarul Constanța-Poarta Albă, Penitenciarul Craiova, Penitenciarul Mioveni, Penitenciarul Giurgiu, Penitenciarul Iași, Penitenciarul Ploiești - Târgșorul Nou și Penitenciarul Mărgineni¹⁵.

¹⁵ Informații referitoare la serviciile de asistență acordate în anul 2017 persoanelor private de libertate se regăsesc și în Prisons workbook 2017

Furnizori privați/ ONG

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

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

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

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

Astfel, în bazele de date conținând cazurile aflate în tratament în anul de referință au fost selectate mai întâi cazurile admise la tratament pentru consumul unui drog ilicit, dintre acestea au fost reținute cazurile unice (conform definiției Protocolului 3.0), respectiv primul episod de admitere înregistrat în baza de prevalență pentru un beneficiar, iar din selecția rezultată au fost reținute cazurile de admitere la tratament pentru consum injectabil de heroină, metadonă sau opiacee generic.

Potrivit acestor date, din cele 4998 persoane care se aflau înregistrate în tratament în anul 2017, 1530 au beneficiat anterior de tratament substitutiv de tip opioid.

Din cei 1530 beneficiari ai unui tratament substitutiv de tip opioid, 82,1% sunt bărbați, iar 17,9% sunt femei. Majoritatea dintre aceștia (33,7%, n=511) nu se aflau la primul tratament pentru consumul de droguri, în timp ce, peste jumătate dintre ei (54,4%, n=832) au declarat că au mai beneficiat de un tratament substitutiv de tip opioid. Comparativ cu anul anterior, se observă reducerea la jumătate a numărului consumatorilor de droguri admiși pentru prima dată la un tratament de tip opioid, în timp ce, numărul consumatorilor de droguri care au mai beneficiat de tratament substitutiv se menține la același nivel.

Peste o treime (38,1%) dintre persoanele aflate în tratament substitutiv de tip opioid au solicitat tratament în anul 2017, restul fiind incluși în astfel de programe de tratament în anii anteriori (61,9% din anii anteriori). Comparativ cu anul anterior, se remarcă scăderea numărului, dar și a ponderii persoanelor admise în anul de referință la tratament substitutiv.

Peste trei sferturi (81,2%) dintre ei s-au adresat centrelor de tratament în regim ambulatoriu și doar 18,8% au solicitat tratament în regim rezidențial, fiind păstrată repartiția observată în anul anterior.

Aproape două treimi (62,2%) dintre consumatorii de droguri aflați în tratament substitutiv de tip opioid au vârste sub 35 ani, un sfert (25,5%) au vârstele cuprinse între 35 și 39 ani, în timp ce, 12,4% sunt cu vârsta de 39 ani și peste.

Majoritatea beneficiarilor de tratament substitutiv de tip opioid (85,1%) au debutat în consumul de droguri la vârste mici (sub 24 ani). Decalajul între debutul în consumul de droguri și momentul în care s-a solicitat tratament specializat este în medie de 9,3 ani, în timp ce, perioada medie de injectare a fost de 13,2 ani.

Peste trei sferturi dintre cei incluși în tratament substitutiv de tip opioid (80,5%) au atins un nivel educațional secundar (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 17,8% nu au fost niciodată la școală sau au finalizat doar un nivel primar de educație (ISCED 1).

Aproape trei sferturi (73,5%) dintre beneficiarii tratamentului substitutiv de tip opioid s-au adresat centrelor de tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor.

În corelație directă cu vârsta, peste jumătate (52,6%) dintre ei locuiesc cu familia de origine, 28,3% cu partenerul/ copiii, 7,3% trăiesc singuri și doar 0,8% locuiesc în instituții sociale, adăposturi sau altele similare. Cea mai mare parte a beneficiarilor de tratament substitutiv de tip opioid (84,7%) dispun de o locuință stabilă, doar 8,2% dintre ei fiind fără locuință sau având o locuință instabilă.

4.2.6. Asigurarea calității serviciilor de asistență

Agenția Națională Antidrog a dezvoltat Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri care oferă cadrul general pentru obținerea consistenței, echității, continuității ofertei de asistență adresate consumatorilor de droguri. Acestea sprijină factorii de decizie, de coordonare, dar și specialiștii în dezvoltarea unui sistem eficient și eficace de asistență a consumatorilor. Prin intermediul standardelor, se realizează coordonarea metodologică a asistenței consumatorilor și managementul general al fiecărui caz de-a lungul diferitelor servicii oferite pe niveluri de asistență.

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

Furnizorii de servicii medicale, psihologice și sociale pentru consumatorii de droguri sunt persoanele publice, private sau mixte, autorizate, care prestează servicii conform standardelor de calitate. Criteriile și metodologia de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, precum și Standardele minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri au fost stabilite prin – Ordinul comun al ministrului sănătății, ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și ministrului administrației și internelor nr. 1389/ 513/ 282/ 2008 Centrele de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, prevăzute la art. 29 alin. (1) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/ 2005, cu modificările ulterioare, se autorizează de către Agenția Națională Antidrog.

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

- standarde pentru autorizarea sanitară de funcționare
- standard referitor la cabinete – tipul de cabinete de specialitate necesare
- standard referitor la spațiile de lucru – necesarul și caracteristicile spațiilor de lucru
- standard referitor la asigurarea serviciilor – tipurile de servicii oferite în funcție de tipul centrului
- standard referitor la organizare și funcționare – existența procedurilor/ protocoalelor scrise pentru fiecare tip de serviciu oferit
- standard referitor la structura de personal – necesarul de resurse umane în vederea desfășurării activității.

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

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

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

4.3.TENDINȚE

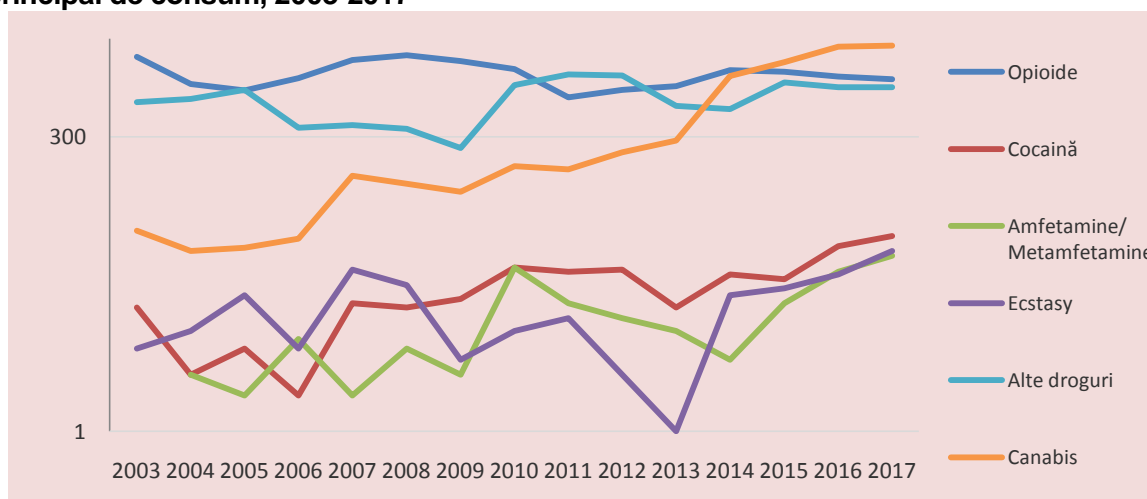
4.3.1. Evoluția pe termen lung a numărului de clienți admiși la tratament, respectiv în OST

Conform protocolului de colectare a datelor corespunzătoare indicatorului „Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri”, în anul 2017, au fost înregistrați în sistemul de asistență din România, 3577 beneficiari unici. Comparativ cu anul 2016, când au fost înregistrați 3544 beneficiari, se remarcă o creștere cu doar 0,9%.

Tendința ascendentă a cererii de tratament pentru probleme datorate consumului de canabis, începută din 2012, se menține și în 2017, când se atinge un alt maxim atât pentru numărul de solicitări de admitere la tratament pentru dependența de canabis, dar și pentru orice alt tip de dependență.

Și în acest an, interesul consumatorilor de opioide pentru includerea în programele de asistență este ușor diminuat, rămânând însă la un nivel relativ mare, aproximativ egal cu media numărului de admiteri înregistrate în cei 15 ani de monitorizare (în medie 961 persoane/ an, față de 918 persoane consumatoare de opioide admise la tratament în 2017).

Grafic 4 - 2: Tendințe ale numărului de clienți admiși la tratament, în funcție de drogul principal de consum, 2003-2017



Sursa: ANA

Evoluția cererilor de tratament pentru dependența de noile substanțe psihoactive poate fi urmărită prin prisma tendințelor înregistrate de numărul admișilor din categoria „alte droguri”, cu mențiunea că acest tip de solicitări reprezintă cea mai mare parte a cazurilor incluse în clasa amintită anterior. În anul 2017, se menține la același nivel numărul de admișii înregistrate ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive, cererea pentru tratament situându-se în continuare peste numărul mediu de admișii/ tip de drog.

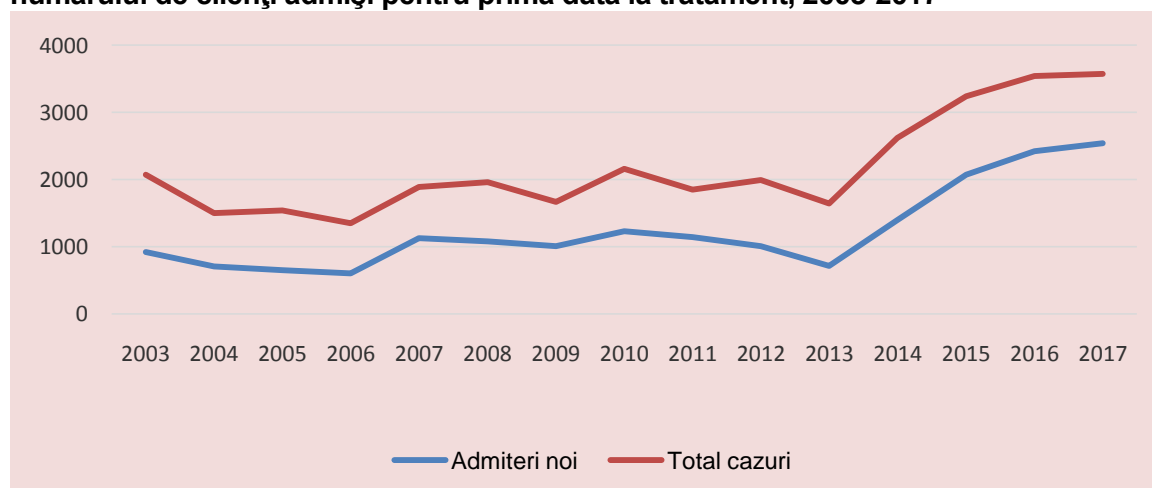
Cererea de tratament ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive, cât și admișii la tratament cauzate de consumul de opioide prezintă, începând cu anul 2015, o evoluție de tip „staționar”, curbele descrise de cele două variabile fiind aproape paralele.

Cu excepția drogurilor analizate anterior, valorile înregistrate pentru celelalte tipuri de droguri sunt mult mai scăzute, de-a lungul celor 15 ani de monitorizare luați în considerare, observându-se următoarele evoluții (care trebuie privite însă cu rezervă din perspectiva valorilor mici la care facem referire):

- numărul admișilor pentru dependența de cocaină continuă să crească și înregistrează cea mai mare valoare din întreaga perioadă de monitorizare (de 2 ori mai mare decât unul dintre „vârful” istorice pentru acest tip de consum, înregistrat în anul 2012);
- evoluția cererilor de tratament pentru consumul de amfetamine/ metamfetamine își continuă tendința ascendentă începută în anul 2015, în acest an depășindu-se maximumul de admișii înregistrate pentru acest tip de dependență, care data din anul 2010;
- în mod similar, se comportă și evoluția numărului de cereri de tratament pentru consumul de ecstasy, care își continuă tendința ascendentă începută în anul 2015. Și în acest caz, se înregistrează un maximum istoric al admișilor la tratament pentru consumul de ecstasy, care îl devansează pe cel stabilit în anul 2007.

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

Grafic 4 - 3: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament, respectiv ale numărului de clienți admiși pentru prima dată la tratament, 2003-2017



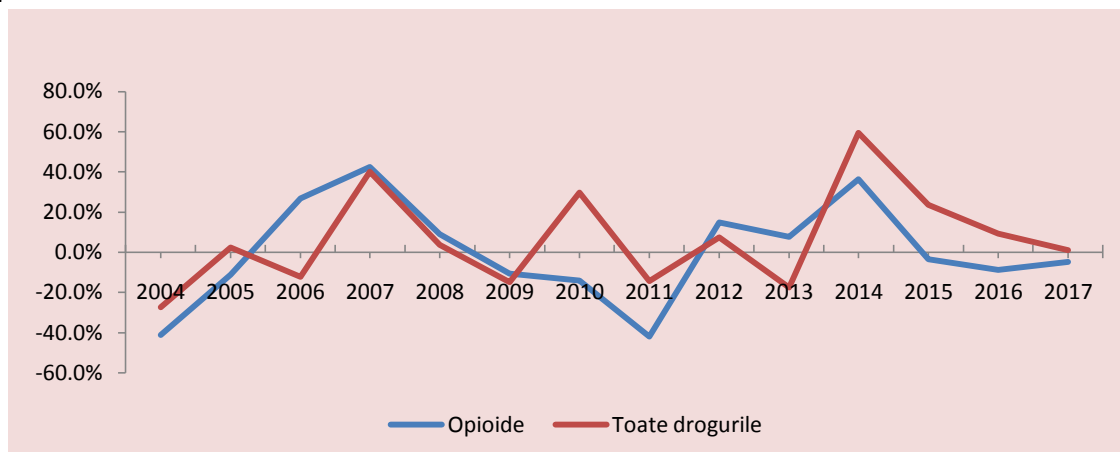
Sursa: ANA

4.3.2. Alte evoluții ale cererii de tratament

În funcție de drogul principal, analiza ritmului de dinamică în lanț a numărului de beneficiari admiși la tratament, în perioada 2003 – 2017, indică următoarele:

- **Opioide:** Admiterea la tratament ca urmare a consumului de opioide cunoaște al treilea an de scădere succesivă, ritmul de dinamică în lanț fiind de - 4,7%. Se observă o periodicitate a evoluției acestui tip de cerere, din 3 în 3 ani, schimbându-se tendința: 2003-2005: scăderi succesive; 2006-2008: creșteri succesive; 2009-2011: scăderi succesive; 2012-2014: creșteri succesive; 2015-2017: scăderi succesive. Această evoluție oscilantă, cu creșteri care anulează scăderile și, invers, conduce în cele din urmă, la înregistrarea, în 2017, a unui număr de beneficiari admiși la tratament pentru consumul de opioide, cu 37% mai mic decât al numărului maxim observat în 2007 pentru acest tip de consum. Cel mai mare ritm de dinamică în lanț pentru cererea la tratament ca urmare a consumului de opioide a fost înregistrat în anul 2007 – când s-a observat o creștere cu 42,4%, în timp ce, cel mai mic a fost sesizat în anul 2015, când numărul admitterilor la tratament pentru dependența de opioide a scăzut cu doar 3,4%. De altfel, perioada ultimilor 3 ani se caracterizează ca fiind cea mai echilibrată sub aspectul variațiilor de dinamică în lanț, nivelul solicitărilor de asistență ca urmare a consumului de opioide părând să se stabilizeze. Această concluzie este susținută și de evoluția ponderii acestui tip de solicitări, care ajunge să reprezinte în anul 2017 aproape un sfert din totalul admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri (25,7%).

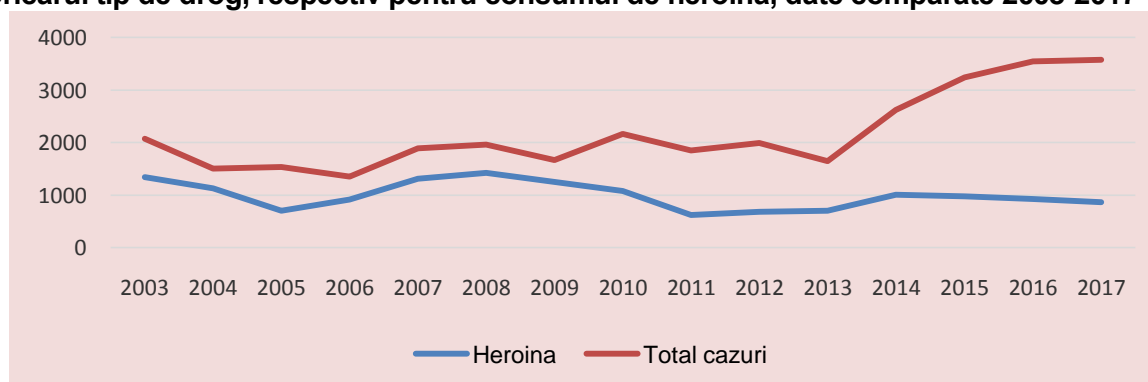
Grafic 4 - 4: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărul total de beneficiari admiși la tratament ca urmare a consumului de opioide, respectiv orice drog, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

- Heroină:** Din categoria opioidelor, heroina reprezintă drogul pentru care s-a solicitat cu preponderență tratament în anul 2017, 94,2% din totalul solicitărilor înregistrate în această grupă raportând ca drog principal de consum heroina. Până în anul 2010, heroina a reprezentat principalul drog pentru care a fost solicitat tratament pentru dependența de droguri în România. Începând din acest an, ca urmare a modificărilor intervenite în modelele de consum (prin apariția pe piața drogurilor din România a noilor substanțe psihoactive), cererea de tratament pentru consumul de heroină își pierde din „supremație”, numărul solicitărilor diminuându-se de la un an la altul. Astfel, în corelație directă și cu evoluția numărului de solicitări pentru tratamentul dependenței de cannabis, dar și cu menținerea interesului pentru consumul de noi substanțe psihoactive, heroina se clasează și în acest an pe poziția a doua în ”clasamentul” drogului principal consumat pentru care se solicită tratament specializat în România.

Grafic 4 - 5: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament pentru consumul oricărui tip de drog, respectiv pentru consumul de heroină, date comparate 2003-2017

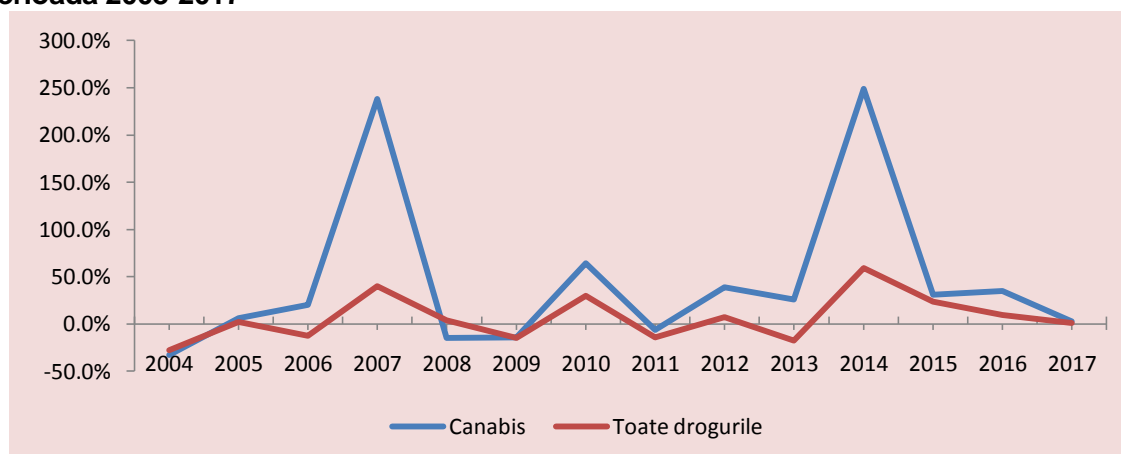


Sursa: ANA

- Canabis:** Spre deosebire de tratamentul pentru dependența de opioide, cererile de tratament pentru consumul de cannabis prezintă, începând cu anul 2014, o tendință ascendentă, aflată în corelație directă cu intrarea în vigoare a Codului de Procedură Penală. Deși în 2017, se înregistrează cel mai mare număr de beneficiari înregistrați în tratament pentru dependența de cannabis (1764 persoane), ritmul de dinamică în lanț

este redus substanțial (2,6%), fiind de peste 10 ori mai mic decât cel observat în 2016. Se constată o stabilizare și în cazul cererii de tratament ca urmare a consumului de cannabis.

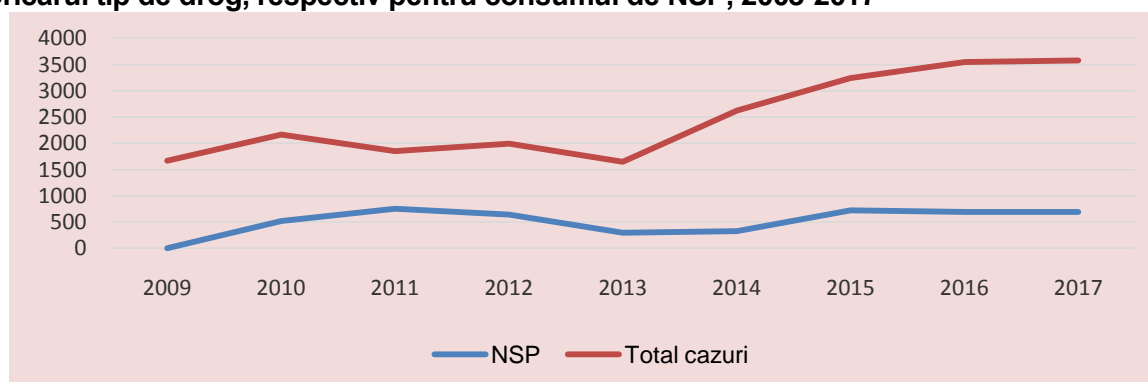
Grafic 4 - 6: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărului de beneficiari admiși la tratament ca urmare a consumului de cannabis, respectiv consumului oricărui drog ilicit, în perioada 2003-2017



Sursa: ANA

- **NSP:** În ceea ce privește admiterea la tratament ca urmare a consumului de noi substanțe psihoactive, în anul 2017, se constată menținerea acestui tip de cerere la un nivel aproape identic cu cel din 2016 (695 cazuri, față de 693 cazuri anterior). Astfel, aplicarea măsurilor legislative privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, precum și campaniile de prevenire având ca obiectiv conștientizarea populației, în special a celei tinere, cu privire la efectele nocive ale consumului de noi substanțe psihoactive au determinat stabilizarea acestui tip de consum, la nivelurile observate anterior.

Grafic 4 - 7: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament pentru consumului oricărui tip de drog, respectiv pentru consumul de NSP, 2003-2017



Sursa: ANA

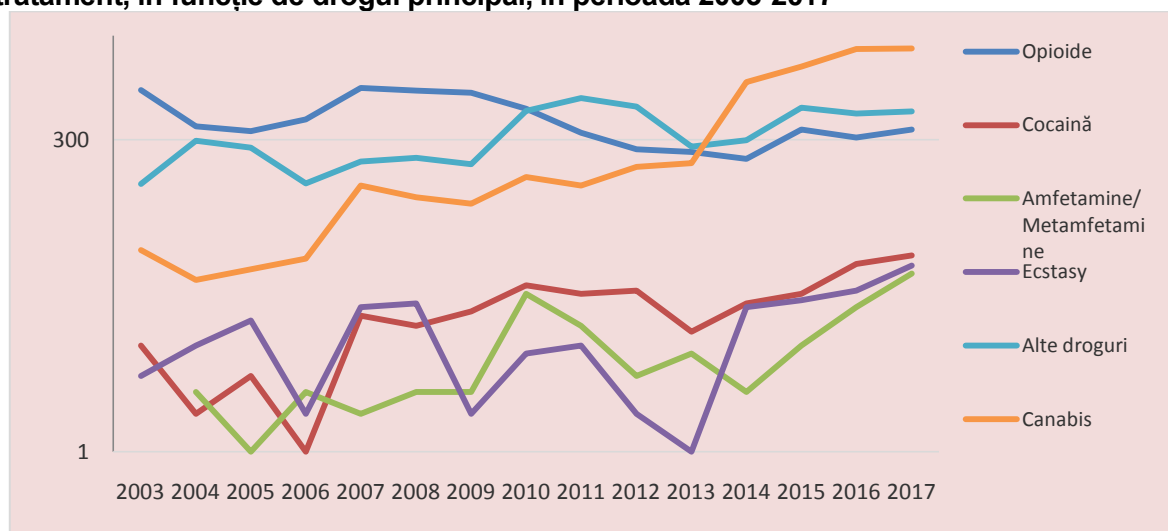
În ceea ce privește tendințele înregistrate de numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003 – 2017, se observă următoarele:

- **Opioid:** Numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament pentru dependența de opioide (în principal, heroină) cunoaște în 2017 o nouă schimbare de

tendință și revine la nivelul celui înregistrat în anul 2015 (creștere cu 15,1%). Cu toate acestea, valoarea observată în anul 2017 (n=359 beneficiari), reprezintă mai puțin de jumătate din maximumul acestui indicator, înregistrat în 2007 (768 beneficiari).

- **NSP:** O evoluție similară se constată și în ceea ce privește admiterile noi la tratament pentru consumul de noi substanțe psihoactive. Astfel, după regresul acestui tip de cazistică observat anul anterior (-11,5%), în anul 2017 se observă o menținere a numărului de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament la un nivel similar anului anterior, creșterea ușoară semnalată (+4,6%) nefiind de natură să se încadreze într-o schimbare veritabilă de tendință.
- **Canabis:** Deși în anul 2017 se înregistrează cele mai multe admiteri noi pentru toată perioada de monitorizare, evoluția admiterilor noi la tratament pentru dependența de cannabis se stabilizează (+1,3%). Amploarea creșterilor succesive observate începând cu anul 2014 (+340% în 2014, +32,5% în 2015, +37,6% în 2016) se diminuează în mod semnificativ.

Grafic 4 - 8: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017

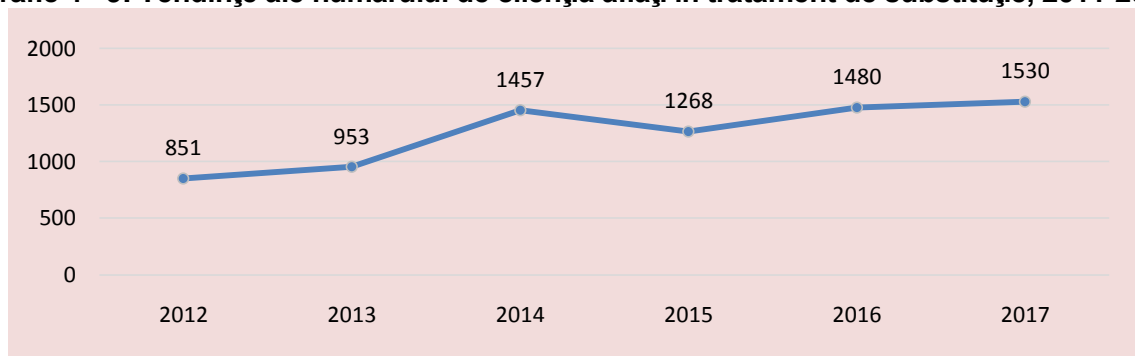


Sursa: ANA

În ceea ce privește tendințele înregistrate de numărul de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid, în perioada 2011 – 2017, se observă următoarele:

- Numărul de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid atinge un nou maximum în anul 2017 (1530 cazuri). După creșterea semnificativă înregistrată în anul 2014 (cu 52,9%), explicată prin revenirea consumatorilor de heroină, după experimentarea noilor substanțe psihoactive, la vechiul model de consum, cererea de tratament substitutiv de tip opioid cunoaște ritmuri de dinamică în lanț relativ mici (scădere cu 13% în 2015, creștere cu 16,7% în 2016), care atinge în anul 2017 una dintre cele mai scăzute valori ale sale (creștere cu 3,4%). Corelând această evoluție cu cea a admiterilor la tratament ca urmare a consumului de opioide (care înregistrează o scădere cu 4,7%), se poate deduce că această creștere a numărului de beneficiari aflați în tratament substitutiv de tip opioid este determinată în primul rând de menținerea consumatorilor în acest tip de tratament pe perioade foarte lungi de timp.

Grafic 4 - 9: Tendințe ale numărului de clienți aflați în tratament de substituție, 2011-2017



Sursa: ANA

4.4. INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Și în anul 2017, continuarea aplicării prevederilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ca urmare a intrării în vigoare în 2014 a Codului Penal a constituit principala sursă de referință pentru consumatorii de droguri admiși la tratament. Efectele acestei măsuri legislative se reflectă atât în dinamica admitterilor la tratament ca urmare a consumului de droguri, dar și în "tabloul" general al drogurilor pentru care se solicită asistență specializată.

Conform art. 19 din actul normativ invocat mai sus, în cazul săvârșirii infracțiunilor de cultivare, producere, fabricare, experimentare, extragere, preparare, transformare, cumpărare sau deținere de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, procurorul dispune, în termen de 24 de ore de la începerea urmăririi penale, evaluarea consumatorului de către centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri.

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

Predominanța consumatorilor de cannabis în rândul celor referiți de instanțele de judecată/procurori către centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog pentru realizarea evaluării acestora în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri a determinat "mutații" importante în configurația drogurilor pentru care se solicită asistență integrată ca urmare a consumului de droguri. Acestea se reflectă în special în sistemul de asistență de tip ambulatoriu și pentru categoria pacienților admiși pentru prima dată la tratament.

4.5. CONCLUZII

În 2017, deși se observă o stabilizare a numărului de persoane care solicită asistență pentru dependența de droguri, este depășit maximum înregistrat în anul anterior în ceea ce privește cererea de tratament pentru dependența de droguri, numărul beneficiarilor ajungând la 3577 (ceea ce înseamnă de 2,6 ori mai mulți beneficiari față de minimumul înregistrat în 2006 - 1350 beneficiari).

Comparativ cu perioada 2006-2013, când pentru dependența de heroină se înregistra atât cea mai mare pondere în totalul admitterilor la tratament, cât și cel mai mare număr de

admiteri, în 2017, deși cererea de tratament pentru consumul de cannabis (aflată în ascensiune începând cu anul 2014) se menține la același nivel, tabloul general al drogurilor pentru care s-a solicitat asistență continuă să fie dominat de cannabis.

Similar anului anterior, în 2017, distribuția solicitărilor între cele trei tipuri de droguri „dominante” este neuniform repartizată, cererea de tratament pentru consumul de cannabis tinzând să acopere aproape jumătate din totalul acestora (49,3%), iar numărul de solicitări (1764 beneficiari) depășind maximumul istoric înregistrat în România pentru numărul de admiteri la tratament înregistrate într-un an calendaristic pentru un tip de drog (maximumul istoric al admiterilor la tratament datând din 2016, când au fost înregistrate 1719 persoane care au beneficiat de tratament specific pentru dependența de cannabis).

Pe poziția secundă, se plasează cererea de tratament pentru consumul de opioide cu 25,7% (918 beneficiari), iar pe locul al treilea, cea pentru dependența de noile substanțe psihoactive (19,4% - 695 beneficiari).

În mod similar cu anii anteriori, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament rămâne mult redusă: benzodiazepine – 1,3%, cocaină – 1,2%, inhalanți/ substanțe volatile – 0,9%, MDMA/ ecstasy – 0,9%, amfetamine – 0,8%, metamfetamine – 0,1%.

Tendențele înregistrate în ultimii 4 ani în evoluția admiterilor la tratament pentru dependența de droguri au fost influențate de efectele determinate de punerea în aplicare a modificărilor legislative (cel mai mare impact al acestora fiind observat asupra admiterilor la tratament ca urmare a consumului de cannabis), disponibilitatea locurilor la tratament (OST), precum și de menținerea interesului pentru consumul de noi substanțe psihoactive.

4.6. SURSE DE DATE UTILIZATE

- Agenția Națională Antidrog - (2005) - Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, București
- Prelipceanu, Dan, Cicu, Gabriel - (2010) - Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, Editura Asociației Psihiatrice Române, București
- Hotărârea Guvernului nr. 784/ 2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020
- Hotărârea Guvernului privind nr. 684/ 2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018
- Hotărârea Guvernului nr. 659/ 2015 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018
- Hotărârea Guvernului nr. 860 din 28 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri
- Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/ C/ 125/ 2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor în care sunt conținute și prevederi privind asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri

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

5. BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI

5.1. Politici și coordonare

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

Conform documentelor programatice în materie – Strategia națională antidrog 2013-2020, obiectivul general în domeniul reducerii cererii de droguri este ”reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca finalitate integrarea socială”.

În cadrul pilonului orizontal de reducere a cererii droguri, pentru perioada de referință 2013-2020, sunt formulate în mod echilibrat și sistemic și în acord cu evidențele științifice existente în anul 2012, 20 obiective generale (10 aferente prevenirii consumului de droguri și 10 aferente asistenței medicale, psihologice și sociale destinate consumatorilor de droguri).

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

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

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

Îndeplinirea acestui obiectiv sistemic se realizează, în principal, pe promovarea și implementarea Standardelor sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială destinat consumatorilor de droguri, standarde legiferate printr-un act normativ secundar la legea specială privind drogurile - H.G. nr. 860 din 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

Prin acest act normativ, implicit prin standardizarea sistemului național de asistență, a fost conceput designul unui sistem bazat pe nevoile și particularitățile psihologice ale consumatorilor, cu evidențele științifice existente la acel moment, sistem care a înlocuit

vechiul sistem devenit anacronic și insuficient, de tip longitudinal, cu servicii exclusive de tipul cură de dezintoxicare și postcură.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Complementar, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este dovada angajamentului decidenților din sectorul de sănătate și a Guvernului României de a asigura și promova sănătatea ca determinant cheie al unei dezvoltări durabile a societății românești, inclusiv din punct de vedere social, teritorial și economic, ca motor de progres și prosperitate al națiunii. Documentul este menit să furnizeze cadrul general de intervenție pentru eliminarea punctelor slabe identificate în sectorul de sănătate prin: reducerea inegalităților importante existente în sănătate, optimizarea utilizării resurselor în serviciile de sănătate în condiții de cost-eficacitate crescută folosind medicina bazată pe dovezi și, nu în ultimul rând, la îmbunătățirea capacității administrative și a calității managementului la toate nivelurile.

Strategia este un instrument cadru menit să permită o articulare fermă la contextul european și a direcțiilor strategice formulate în „Strategia Europa 2020” (Health 2020) a Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa și se încadrează în cele 7 inițiative emblematice ale Uniunii Europene.

Una dintre principalele valori promovate de strategie este centrarea pe pacient. Strategia situează pacientul în mijlocul sistemului, acesta având dreptul de a fi reprezentat în

mecanismele decizionale, de a fi tratat cu respectul demnității și drepturilor sale, iar, pe de altă parte, sistemul se bazează pe responsabilizarea populației de a se plia pe cerințele programelor de prevenție și tratament recomandate.

În afara impactului global asupra indicatorilor stării de sănătate prezentați anterior, al căror nivel este expresia combinată a determinantilor din interiorul și din afara sectorului de sănătate, performanța și, implicit, calitatea sistemului de sănătate este apreciată și prin dimensiunile sale directe:

- capacitatea de a răspunde nevoilor beneficiarului (responsivitate),
- echitate și protecție financiară,
- eficiență și sustenabilitate.

Actualmente în România, mare parte din serviciile de sănătate se acordă direct în spital, acest segment fiind mult hipertrofiat, pe când serviciile furnizate în comunitate sunt oferite într-un volum mult sub necesar (ex. servicii de asigurarea sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu, servicii pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet, etc). Ambulatorul trebuie să dețină o pondere mult mai importantă în oferirea de servicii medicale de specialitate și să constituie un filtru eficace în reducerea spitalizărilor evitabile.

Viziunea pentru perioada 2014-2020 este de a răsturna această piramidă viciată a serviciilor – moștenită și ineficientă– și de a asigura gradual o acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriu de specialitate).

Strategia privind sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2014-2020 stabilește prioritățile și cadrul de colaborare interinstituțională și intersectorială pentru atingerea obiectivelor propuse, cu accent pe componenta preventivă și de diagnostic timpuriu și pe problematica specifică vârstei (ex. depistarea precoce a tulburărilor din 42 spectrul autist, a abuzului asupra copilului, a depresiei și riscului de suicid la adolescenți și tineri, etc), care sunt menite să vină în întâmpinarea nevoilor identificate la acest grup populațional important.

Astfel, prioritate sunt programele care să întărească abilitățile parentale, promovarea pregătirii profesioniștilor implicați în sănătate și educație, promovarea aspectelor socio-emoționale în activitățile curriculare și extra-curriculare, cât și în cultura școlară și preșcolară, programele de prevenire a abuzului, intimidării și a violenței împotriva tinerilor și a expunerii lor la excluderea social.

Dintre direcțiile strategice/ măsurile prioritare menționăm:

- a. Politica în domeniul sănătății mintale fundamentată pe dovezi, generarea și folosirea evidențelor de calitate pentru ajustarea intervențiilor și serviciilor la nevoile beneficiarilor (ex. copii, vârstnici, etc.) și în evaluarea rezultatelor și impactului intervențiilor realizate asupra populației;
- b. Creșterea accesului și a calității serviciilor implicate în prevenirea/ identificarea/, recuperarea și menținerea stării de sănătate mintală, în diagnosticul precoce și tratamentul persoanelor cu probleme de sănătate mintală (adulți și copii);

c. elaborarea standardelor de servicii de sănătate mintală, elaborarea/ revizuirea ghidurilor de practică și a protocoalelor adresate specialiștilor din sănătate mintală cu promovarea lucrului în echipe multidisciplinare și a colaborării între specialiști și medici de familie;

d. actualizarea cunoștințelor tuturor celor implicați în prevenirea, identificarea și tratarea persoanelor cu tulburări mintale, inclusiv a celor din sectorul de educație;

Un domeniu important din perspectiva sănătății mintale, dar nu numai, cu un potențial de prevenire încă nevalorificat, este consumul abuziv de alcool la adult și adolescent, problemă de sănătate publică ce necesită o atenție sporită și definirea unei strategii/plan de măsuri eficiente. Aceasta presupune asigurarea accesului consumatorilor de droguri la servicii integrate medicale, psihologice și sociale pentru inserție/ reinsertie socială și creșterea capacității sistemului de a aborda problematica consumului abuziv de alcool, prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice pe componentele cheie ale sistemului (ex. servicii de consiliere, dezintoxicarea, integrarea socială pentru consumatorii de alcool).

Pentru furnizorii de servicii de sănătate, monitorizarea calității nu este o preocupare sistematică.

În acest context este cu atât mai necesar ca resursele limitate ale sistemului de sănătate - în special, fondurile publice - să fie direcționate către servicii de sănătate performante și de calitate și să fie utilizate cât mai eficient.

Direcțiile strategice de acțiune, măsurile sunt:

- Implementarea de mecanisme de asigurare a calității (pe niveluri de asistență medicală și categorie de furnizori de servicii de sănătate) și acreditarea furnizorilor publici și privați de servicii de sănătate.
- Creșterea capacității instituționale pentru evaluarea/ promovarea calității și a medicinei bazate pe dovezi în politicile de sănătate;
- Îmbunătățirea sistemului de reglementare a calității, revizuirea cadrului de reglementare privind evaluarea furnizorilor și acreditarea tuturor unităților cu paturi;
- Implementarea unei proceduri pentru elaborarea și actualizarea ghidurilor clinice, elaborarea; dezvoltarea și actualizarea de ghiduri de practică, protocoale clinice pe niveluri de asistență medicală și proceduri de „parcurs terapeutic”;
- monitorizarea unitară/ standardizată a implementării pentru reducerea variabilității de practică la furnizorii de servicii de sănătate;
- dezvoltarea unui sistem funcțional, instituționalizarea evaluărilor de performanță cu accent pe calitate și control a calității serviciilor oferite de către furnizorii de servicii de sănătate de la toate nivelurile de îngrijiri;
- introducerea de mecanisme management al calității furnizorilor de servicii de sănătate publici și privați (monitorizarea calității, îmbunătățirea calității cu accent pe continuitatea îngrijirilor, pe relația medic-pacient și pe comunicarea între profesioniști și respectarea drepturilor pacientului);
- dezvoltarea la nivel central și local a capacității de monitorizare și de evaluare a performanțelor furnizorilor de servicii de sănătate și a procedurilor unitare/ standardizate de analiza și răspuns la abaterile de la standardele minimale;
- implementarea unui mecanism în monitorizarea și evaluarea furnizorilor de servicii de sănătate;

- realizarea de analize/ studii periodice privind satisfacția/opinia pacienților și populației asupra furnizorilor serviciilor de sănătate.

Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020, având ca implementator principal Ministerul Muncii și Justiției Sociale, conține un plan de acțiune care va permite României să înregistreze progrese considerabile în reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale pentru persoanele, familiile și grupurile vulnerabile în următorii șapte ani. Strategia prezintă și un set structurat de măsuri cu rolul de a asigura atingerea țintelor asumate de România în contextul Strategiei Europa 2020.

Strategia își propune să coordoneze și să actualizeze setul de acțiuni strategice pentru reducerea sărăciei desfășurate până în prezent. În plus, pentru a asigura complementaritatea și coordonarea cu alte demersuri din acest domeniu larg al incluziunii sociale, strategia încorporează elemente din strategiile sectoriale și din alte domenii specifice precum combaterea sărăciei în rândul copiilor, reducerea discriminării împotriva romilor și integrarea comunităților marginalizate. Strategia răspunde, de asemenea, recomandărilor specifice de țară formulate de către Comisia Europeană, ea fiind totodată elaborată în concordanță cu Programul Național de Reformă și Programul de convergență pentru perioada 2012-2016.

Soluțiile propuse pentru gestionarea și rezolvarea problemelor din domeniul incluziunii sociale și reducerii sărăciei:

- politici de stimulare a formării profesionale, a ocupării forței de muncă în economia formală, de creștere a productivității muncii și a veniturilor persoanelor angajate;
- măsuri pentru îmbunătățirea performanței sistemului de transferuri sociale, creșterea gradului de acoperire cu servicii sociale furnizate în manieră integrată și a calității acestora, în funcție de nevoile identificate la nivel național;
- implementarea de măsuri suplimentare pentru creșterea ratei participării școlare și îmbunătățirea rezultatelor obținute în domeniul educației, precum și facilitarea accesului populației la programe de învățare și formare pe tot parcursul vieții;
- politici care să asigure îmbunătățirea calității, echității și accesului la servicii de asistență medicală pentru principalele grupuri vulnerabile de populație;
- măsuri care să contribuie la creșterea calității locuințelor și a accesului la acestea, inclusiv a locuințelor sociale, în special pentru populația vulnerabilă și persoanele fără adăpost.

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

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

Asistență integrată medicală, psihologică și socială – structurile centrale cu responsabilități în materie sunt: Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne, prin Agenția Națională Antidrog.

A. Ministerul Muncii și Justiției Sociale identifică, elaborează și promovează strategiile și politicile guvernului în domeniul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice în deplină concordanță cu politicile comunitare, prevederile Programului de Guvernare și

principiile ordinii de drept și ale democrației, fiind garantul instituțional pentru respectarea drepturilor tuturor cetățenilor la măsurile de protecție socială și pentru asigurarea elaborării și implementării cadrului legal necesar îmbunătățirii relațiilor de muncă.

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

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

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

În conformitate cu legislația națională în materia sănătății publice - Legea 96 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare – în ceea ce privește serviciile de asistență pentru consumatorii dependenți de opiacee, anual, în baza unor standarde minime, sunt prevăzute servicii de specialitate și, corelativ, resurse financiare în cadrul Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică. Programele naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt programe cu acoperire națională care răspund nevoilor de sănătate publică din următoarele domenii:

- 1) Programele naționale de boli transmisibile care cuprind: Programul național de vaccinare, Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare, Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV, Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei (ambele subsumate ariei de reducere a riscurilor asociate), Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței
- 2) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- 3) Programul național de securitate transfuzională;
- 4) Programele naționale de boli netransmisibile care cuprind: Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat, Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică (program ce cuprinde și servicii de tratament adresate consumatorilor de droguri), Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, Programul național de boli endocrine, Programul național de tratament pentru boli rare și Programul național de management al Registrelor naționale.
- 5) Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate (program ce vizează și prevenirea consumului de alcool, tutun și droguri ilicite).
- 6) Programul național de sănătate a femeii și copilului.

Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate selectate în baza criteriilor aprobate în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, și anume: instituții publice, furnizori publici de servicii medicale, furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale, furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

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

Ministerul Muncii și Justiției Sociale

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

Astfel, MMJS realizează evaluarea furnizorilor de servicii sociale, în vederea acreditării acestora, în baza unui set de criterii administrative, în timp ce, evaluarea serviciilor sociale se va realiza în baza unor standarde minime de calitate specifice diverselor categorii de servicii sociale.

Totodată, procedura de acreditare presupune două etape, una de verificare administrativă realizată de personal de specialitate de la nivelul Ministerului Muncii și Justiției Sociale și una de evaluare în teren, realizată de inspectorii sociali de la nivelul agențiilor teritoriale pentru plăți și inspecție socială.

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

Conform legii, procedura de evaluare în vederea acreditării serviciilor sociale vizează depunerea cererilor și acordarea licenței de funcționare provizorii pe o perioadă de 1 an, pe baza unei verificări administrative, urmând ca în această perioadă să fie realizată evaluarea de teren pentru acordarea licenței de funcționare. Având în vedere numărul mare de servicii sociale ce trebuie acreditate, legea a prevăzut o perioadă de 12 luni în care să se depună cererea de acreditare a serviciilor sociale acordate de către furnizorii de servicii sociale care dețineau certificat de acreditare conform legislației anterioare, precum și o perioadă de 1 an pentru realizarea evaluării în teren conform noii proceduri.

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

A. Ministerul Sănătății

Conform reglementărilor în domeniu, programele naționale de sănătate reprezintă cadrul implementării obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice de către Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică. Acestea se adresează

populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și prelungirea vieții de bună calitate, principalelor domenii de intervenție ale sănătății publice și răspund priorităților naționale identificate prin Strategia națională de sănătate.

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Caracterul integrat al cadrului legislativ în material standardelor minime pentru serviciile de nivel 1, 2 și 3 din cadrul sistemului național integrat de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri și consumatorilor dependenți este asigurat de reglementările Ordinului comun al Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și Ministerului Internelor și Reformei Administrative nr.1389/ 513/ 282

din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, cu modificările și completările ulterioare

Ordinul comun este structurat în 2 părți:

1. Criteriile și metodologia de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, accepțiunea sintagmei “centre de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri” fiind cea din legislația specială în materie, respectiv cea prevăzută la art.29 alin (1) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, regulament aprobat prin H.G. nr. 860/ 2005, cu modificările și completările ulterioare. În cadrul acestei anexe sunt prevăzute criteriile cumulative pe baza cărora sunt autorizate aceste centre, precum și documentele de conformitate necesare procesului de autorizare.
2. Standardele minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de servicii pentru consumatorii de droguri care sunt structurate în 4 tipuri:

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

- Standarde referitoare la asigurarea serviciilor, respectiv criteriile minime privind serviciile oferite de centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centrele de zi, centrele tip comunitate terapeutică, locuințele protejate, centrele de asistență integrată a adicțiilor, centrele de dezintoxicare și, respectiv centrele de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.
- Standarde referitoare la organizarea și funcționarea centrelor menționate anterior.
- Standarde referitoare la structura de personal din cadrul centrelor menționate.

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

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

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

- Aspecte juridice privind regimul substanțelor stupefiante, psihotrope și precursorilor;
- Teoria și practica consilierii antidrog;
- Sociologia victimei;
- Instituții și programe europene antidrog;
- Deontologia profesională a asistentului social în activitatea antidrog;

- Politici sociale și tendințe în prevenirea consumului ilicit de droguri;
- Managementul programelor antidrog;
- Psihologia socială aplicată;
- Terapia și asistența persoanelor toxicodependente;
- Justiția terapeutică;
- Drept administrativ în asistența socială;
- Metode și tehnici de prevenire a consumului ilicit de droguri;
- Prevenirea și asistența consumatorilor de droguri în penitenciare;
- Protecția drepturilor omului în asistența și terapia persoanelor toxicodependente.

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

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

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

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

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

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

- Prevenirea consumului de droguri

- Consiliere antidrog
- Politici publice antidrog.

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

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

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

A. Prevenirea consumului de droguri

A.1. În 2017, Salvați Copiii România a inițiat un proiect pilot ce își propune să sprijine dezvoltarea unei culturi școlare de promovare a sănătății copilului - fizică și emoțională, precum și de protecție a acestuia împotriva oricărui comportament violent.

Proiectul “**Alegeri sănătoase**” își propune să transpună valorile de educație și protecție în conținuturi, competențe și activități specifice, destinate copiilor din toate ciclurile de școlaritate.

Principalele activități ale proiectului constau în desfășurarea unor sesiuni de informare pentru copii și tineri (grădiniță, ciclul primar, ciclul gimnazial, liceu), adaptate fiecărei grupe de vârstă și structurate în **patru module tematice**:

- modul destinat educației sexuale
- modul destinat nutriției și exercițiului fizic
- **modul destinat comportamentului de consum (alcool, tutun, droguri) – Substanțe periculoase**
- modul de prevenire a violenței și promovare a relațiilor pozitive (sănătatea emoțională a copiilor).

Activitățile sunt menite să sprijine alegerile sănătoase și relațiile non-violente în rândul elevilor, iar sesiunile interactive de informare de la egal la egal sunt coordonate de tineri voluntari, special pregătiți pentru această activitate.

În anul 2017, au fost atinse următoarele **rezultate**:

- 150 instituții de învățământ implicate în proiect (37 de grădinițe, 74 de școli generale și 39 de licee);
- 251 de voluntari formați și implicați în susținerea sesiunilor informative;
- 420 de profesori formați și implicați în susținerea sesiunilor informative;
- 44 de cadre medicale școlare formate și implicate în susținerea sesiunilor informative;

- 210 părinți informați;
- 15.182 de elevi informați.

Programul de informare dedicat elevilor se derulează atât în mediul urban, cât și în cel rural, în 24 de locații: București, Jilava, Iași, Comuna Golăiești, Mangalia, Craiova, Târgu Mureș, Comuna Batoș, Timișoara, Suceava, Brașov, Comuna Viștea de Jos, Petrila, Comuna Pui, Reșița, Pitești, Piatra Neamț, Negrești, Târgoviște, Comuna Vulcana-Pandele, Constanța, Comuna Corbu, Cluj-Napoca, Comuna Florești.

Modul destinat comportamentului de consum (alcool, tutun, droguri)– Substanțe periculoase - cuprinde :

- Substanțele periculoase - broșură adresată copiilor preșcolari
- Substanțele periculoase - broșură adresată elevilor din clasele I-IV
- Substanțele periculoase - broșură adresată elevilor din clasele V-VIII
- Substanțele periculoase - broșură adresată elevilor din clasele IX-XII
- Kit facilitare: Modul destinat comportamentului de consum (alcool, fumat, drog)

Sursa: <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatate/educatie-pentru-sanatate>

A.2. Ca element inovativ în abordarea prevenirii consumului de droguri din perspectiva reducerii influenței factorilor de risc, menționăm campania *Opriți bullying-ul sau desființați recreațiile!*, implementată de Salvați Copiii România.

Excluderea din grup, amenințarea și/sau umilirea, violența fizică și distrugerea bunurilor personale, interdicția de a interacționa cu un alt coleg, răspândirea de zvonuri denigratoare sunt comportamente specifice de **bullying cu care copiii români se întâlnesc frecvent în mediul școlar.**

Acestea sunt motivele pentru care Salvați Copiii a lansat campania "Opriți bullying-ul sau desființați recreațiile!", pentru a preveni un fenomen de amploare, pe care instituțiile de învățământ nu îl identifică, nu îl gestionează, în condițiile în care, în România, doar 38% dintre școli beneficiază de consilier școlar, preponderent în mediul urban.

La nivel european, România se situează pe locul 3 în clasamentul celor 42 de țări în care a fost investigat fenomenul, potrivit unui raport al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), cu 17% dintre copiii de 11 ani care au recunoscut că au agresat alți elevi cel puțin de trei ori în luna anterioară, procentajul celor de 13, respectiv 15 ani, fiind de 23%.

Cele mai noi date indică 18.783 de cazuri de violență la nivel național.

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

În vederea aplicării unitare și coordonate a politicilor publice în materia reducerii cererii de droguri, a prevederilor legale în domeniu dar, mai ales, ca răspuns comprehensiv și sistemic la o nevoie emergentă, Agenția Națională Antidrog a **dezvoltat sistemului de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele consumatoare de droguri, cu**

accent pe asigurarea continuității tratamentului substitutiv în cadrul unităților de arest preventiv din cadrul poliției. În acest sens, este nevoie de colaborare interinstituțională pentru a asigura asistența integrată a consumatorilor de droguri aflați în stare privativă de libertate.

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

Baza legală care reglementează serviciile de asistență acordate persoanelor consumatoare de droguri aflate în stare privativă de libertate se regăsește în *Ordinul ministrului justiției, ministrului administrației și internelor, ministrului sănătății nr. 1216/C/1310/543/ 2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri și în Ordinul ministrului sănătății publice, ministrului muncii, familiei și egalității de șanse, ministrului internelor și reformei administrative nr. 1389/513/282/2008 privind aprobarea criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, cu modificările și completările ulterioare.*

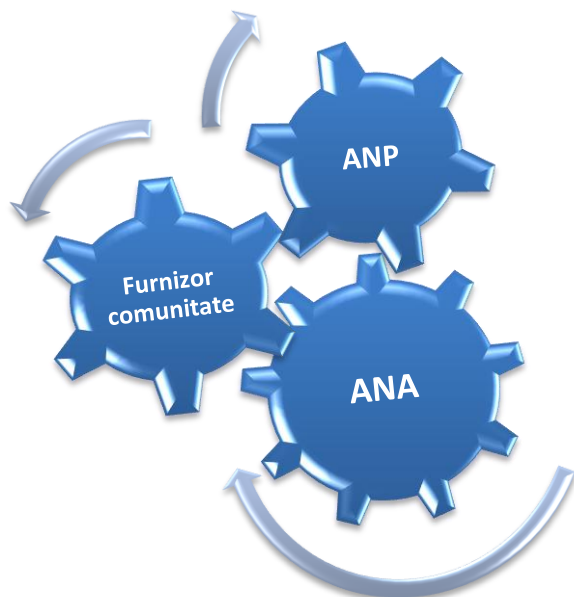
Astfel, Agenția Națională Antidrog implementează, începând cu aprilie 2016, Programul pilot de Asistență Mobilă (PAM) care funcționează zilnic, prin intermediul unei echipe mobile de asistență, care furnizează servicii specializate (inclusiv tratament substitutiv cu metadonă) pentru persoanele aflate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

Serviciile furnizate prin intermediul *Programului pilot Asistență Mobilă (PAM)* sunt:

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

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

Harta 5 - 1: Rețeaua de servicii de asistență accesată de echipa Programului de Asistență Mobilă (PAM)



Rețeaua de servicii de asistență accesată de echipa Programului de Asistență Mobilă (PAM) este constituită din furnizori din comunitate, **publici** (rețeaua ANA – 3 programe, rețeaua Ministerului Sănătății – 2 centre), **privati** – 2 clinici, 2 **ONG**, precum și furnizorii **sistemului penitenciar**, reprezentat de unitățile penitenciare.

În cazul în care, în urma evaluării, un beneficiar este integrat în **PIT 4 a)**, ce reprezintă **programele de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri prin asigurarea tratamentului substitutiv cu agoniști de opiacee**, acestuia îi va fi propus un plan individualizat de asistență ce implică tratament substitutiv. În situația în care persoana consumatoare de opiacee este de acord cu includerea în program, aceasta semnează acordul de asistență medicală, psihologică și socială la care este anexat planul individualizat de asistență, cu includerea dispozițiilor specifice pentru substituția cu agoniști de opiacee.

Coordonarea, monitorizarea și evaluarea planului de asistență se fac de către managerul de caz, la datele și perioadele stabilite. Managerul de caz revaluează planul individualizat de asistență.

Managerul de caz din cadrul Programului de Asistență Mobilă stabilește măsurile și intervențiile necesare din perspectiva dependenței de droguri și colaborează cu personalul medical din cadrul Cabinetului Medical Aresturi și cu personalul unității de detenție pentru implementarea acestora.

În situația necesității de acordare a tratamentului substitutiv cu metadonă pentru persoanele consumatoare de droguri, Programul de Asistență Mobilă gestionează următoarele situații:

- **Continuitatea tratamentului substitutiv** pentru persoanele consumatoare de droguri care se află într-un program de asistență în comunitate, anterior reținerii sau arestării preventive;
- **Inducția și stabilizarea tratamentului** cu metadonă pentru persoanele consumatoare de droguri care, în urma evaluării, necesită acest tip de program. **Inducția va fi realizată pentru**

toate cazurile de consum de opiacee (heroină, metadonă, suboxonă, tramadol, morfină, fentanyl, și altele asemenea).

Evaluarea psihiatrică, pentru identificarea eventualelor comorbidități psihiatrice, precum și diagnosticul de specialitate - dependență de opioide - permit inițierea tratamentului substitutiv pentru pacienții noi, care accesează serviciile de tratament substitutiv.

Astfel, **responsabilitatea obținerii diagnosticului psihiatric aparține cabinetului medical din cadrul Serviciului Medical Poliție.** Numai după obținerea acestui diagnostic poate fi inițiat tratamentul substitutiv de către personalul specializat al ANA.

În situația **continuității în comunitate** a tratamentului substitutiv cu metadonă pentru persoanele consumatoare de droguri, după intervențiile *Programului de Asistență Mobilă*, se **asigură managementul de caz** și procedează după cum urmează:

- **notificarea furnizorului din comunitate**, în situația în care beneficiarul a fost în asistența acestuia anterior reținerii și arestării preventive, pentru **asigurarea continuității intervențiilor.**
- **referirea cazului către unul dintre cele trei programe de asistență integrată** dezvoltate în cadrul CPECA București. Vor fi asigurate 5 locuri pentru beneficiarii incluși în programul terapeutic de către echipa mobilă, pentru o perioadă de minim 45 zile, în cazul în care nu dispun de locuri libere la tratament pe o perioadă mai lungă. În acest timp, managerul de caz va identifica alți furnizori disponibili în comunitate, către care va referi beneficiarul.

În situația **continuității în sistemul privativ de libertate** a tratamentului substitutiv cu metadonă pentru persoanele consumatoare de droguri, după intervențiile *Programului de Asistență Mobilă*, are loc notificarea personalului medical din penitenciar și transmiterea documentelor medicale, de către personalul cabinetului medical din cadrul Serviciului Medical Poliție.

În situația în care este dispus **arestul la domiciliu**, după perioada de arest, managerul de caz din cadrul PAM va facilita completarea, de către beneficiarul programului, a unei solicitări adresate judecătorului de drepturi și libertăți pentru ca acesta să poată dispune continuarea programului de asistență ca urmare a consumului de droguri, respectiv a tratamentului substitutiv cu metadonă la un furnizor indicat, precum și includerea acestuia în traseul aprobat, cu anunțarea Biroului de Supraveghere Judiciară.

Intervenția pe perioada de graviditate și alăptare

În cazul femeilor gravide dependente de opiacee se administrează tratamentul cu metadonă. Inducția și principiile de administrare ale medicației sunt aceleași. Scopul principal al tratamentului pentru dependența de opiacee la femeile gravide este stabilizarea beneficiarei, pentru a evita fluctuația permanentă a concentrațiilor plasmatice și consecințele fetale asociate, cum ar fi suferința fetală și nașterea prematură.

Femeile aflate în TMM vor fi încurajate să continue tratamentul în cazul în care rămân însărcinate.

Femeilor gravide cu dependență de opiacee li se recomandă metadonă, care prezintă un risc minim pentru dezvoltarea fătului, în comparație cu daunele aduse prin consumul de heroină.

Medicul care supraveghează tratamentul recomandă femeii însărcinate să se adreseze medicului ginecolog pentru luarea la evidență și supravegherea medicală pe tot parcursul sarcinii.

Copilul va fi preluat de secția de neonatologie pentru îngrijiri speciale în caz de sevraj.

Medicul va supraveghea tratamentul pe toata durata spitalizării în maternitate, iar la externare pacienta va fi orientată spre programele PAIA.

După naștere se va continua administrarea metadonei, reevaluarea pacientei și ajustarea dozei de tratament.

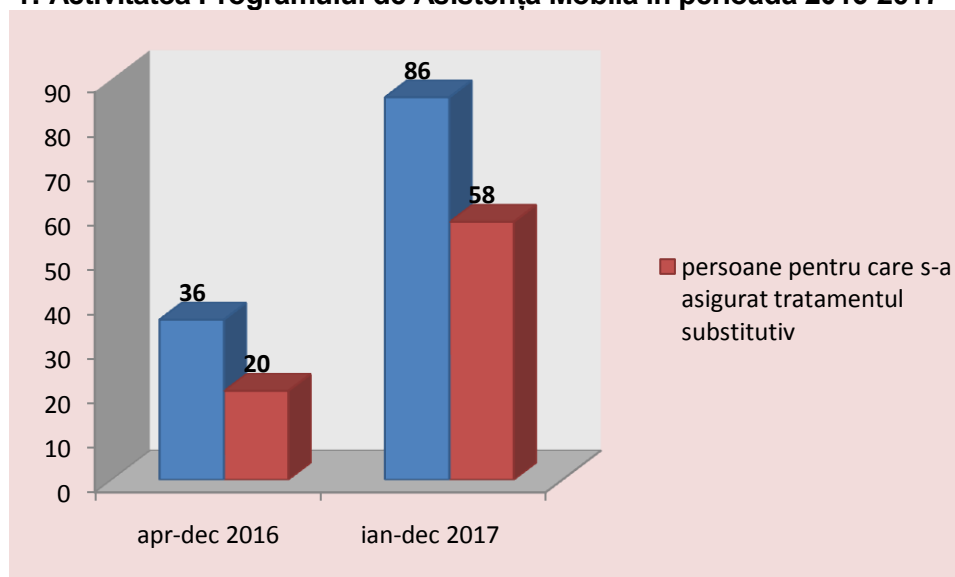
Tabel 5 - 1: Indicatorii de activitate ai Programului pilot de intervenție rapidă, în anul 2017

Perioada	Nr. solicitări	Nr. persoane pentru care s-a asigurat tratamentul substitutiv	Nr. persoane eliberate – continuitate comunitate	Nr. persoane private libertate – continuitate penitenciar	Tratament activ
Ianuarie-decembrie 2017	86	58	18	38	2

Evoluția activității Programului de Asistență Mobilă în perioada 2016-2017:

- Asigurarea accesului la tratament substitutiv pentru persoanele consumatoare de droguri înregistrează tendințe de creștere, ca urmare a dezvoltării programului cu faza de inducție a tratamentului;
- Barierele identificate în anul 2016 au fost diminuate în anul 2017, fiind identificate soluții (*de exemplu retur medicație în situația în care a fost eliberat tratament pe rețetă*);
- Dezvoltarea colaborării între furnizori facilitează accesul la tratament pentru persoanele consumatoare de droguri.

Grafic 5 - 1: Activitatea Programului de Asistență Mobilă în perioada 2016-2017



Concluzii ale implementării Programului pilot de asistență mobilă:

- Dezvoltarea intervențiilor din cadrul Programului de Asistență Mobilă (PAM), cu o componentă de inducție și stabilizarea tratamentului cu metadonă, va contribui la creșterea accesului persoanelor consumatoare de droguri care nu au contact cu serviciile de asistență specializată ca urmare a consumului de droguri;
- Asigurarea tratamentului substitutiv pentru persoanele consumatoare de droguri generează beneficii asupra individului și comunității;
- Asigurarea tratamentului substitutiv reduce și costurile sociale, de sănătate publică și de combatere a infracționalității.

5.3. Surse și metodologie

5.3.1. www.ana.gov.ro, www.ms.ro, www.iust.ro, www.mmuncii.ro, www.salvaticopiii.ro, www.aliat-onq.ro

5.3.2. Agenția Națională Antidrog - (2005) - Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, București

- Prelipceanu, Dan, Cicu, Gabriel - (2010) - Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, Editura Asociației Psihiatrice Române, București
- Hotărârea Guvernului nr. 784/ 2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020
- Hotărârea Guvernului privind nr. 684/ 2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri pentru perioada 2015–2018
- Hotărârea Guvernului nr. 659/ 2015 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015–2018

- Hotărârea Guvernului nr. 860 din 28 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri
- Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/ C/ 125/ 2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor în care sunt conținute și prevederi privind 110 asistența medicală, psihologică și socială a persoanelor private de libertate consumatoare de droguri
- Ordinul nr. 1389/ 513/ 282 din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri
- Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei nr. 187/ 2002 pentru definirea tipurilor de unități medicale ce pot fi abilitate să asigure asistența medicală persoanelor dependente de droguri, precum și a organizațiilor neguvernamentale ce pot fi abilitate să desfășoare activități de prevenire a transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile
- Ordinul comun nr. 770/ 192/ 2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile
- Ordinul nr.1016/ 2007 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor
- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 963/ 1998 cu privire la aprobarea normelor metodologice generale privind organizarea și acordarea de asistență medicală, tratament și servicii dependenților
- Ordinul comun al Ministrului Sănătății, Ministerului Justiției, Ministrului Administrației și Internelor nr. 1216/ C din 18 mai 2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistența medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri
- Ordinul comun al Ministrului Sănătății și al Ministrului Justiției nr. 898/ 2002 privind măsurile medicale și educative aplicate toxicomanilor în penitenciare

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

6.1. DECESE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

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

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

Decesul direct ca urmare a consumului de substanțe psihoactive face parte din categoria *deceselor suspecte și/ sau violente și conduce implicit la declanșarea cercetării judiciare*, ceea ce se determină în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale¹⁶ pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

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

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

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

¹⁶ În temeiul prevederilor Ordonanței 1/ 2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare

- Mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri - categorie ce are drept fundament acumularea progresivă de patologie degenerativă accelerată și specifică, cu o incidență mult mai mare decât în cadrul populației generale, incluzând chiar și suicidul în absența intoxicației. Monitorizarea este posibilă doar prin studii de cohortă extinse temporal.

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

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

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

Datele prezentate în acest subcapitol provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să gestioneze cazurile de tip mortalitate directă și eventual cele „indirect” asociate consumului de droguri (atunci când există indicii temeinice că în lanțul causal statutul de consumator de droguri are o valoare cauzală). Toate cazurile medico-legale, odată constituite ca atare, beneficiază de investigații toxicologice (exceptând cazurile atent selecționate – de supraviețuire îndelungată post intoxicație, cu reconstituire documentată medicală). Dosarele de autopsie medico-legală – 22121 cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Pentru anul 2017, actuala raportare are la bază cazuistica INML “Mina Minovici” București, la care se adaugă datele colectate de la nivel teritorial, cu mențiunea că doar 12 din cele 42 de instituții medico-legale din țară au furnizat informații. În ciuda eforturilor de a colecta date de la întreaga rețea medico-legală, nu s-au putut obține informații care să asigure acoperirea geografică a întregului teritoriu. Lipsa de reglementare cu statut de obligație de raportare poate fi una dintre explicații. Pe de altă parte, lipsa de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice în rândul cadrelor medicale și al lucrătorilor din serviciile publice conexe, poate fi o altă explicație în ceea ce privește dimensiunea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri. Totodată, poate fi și o consecință a diminuării resurselor financiare alocate, care limitează spectrul analizelor medico-legale care sunt efectuate, împiedicând astfel depistarea deceselor asociate consumului de droguri.

Prin urmare, pentru București cifrele actuale constituie, cel mai probabil, o reprezentare adecvată a stării de fapt (sub rezerva existenței totuși, din partea personalului medical clinic, respectiv a serviciilor de anatomie patologică a spitalelor, a unei lipse de consecvență

privind transformarea cazurilor de decese indirecte – cel mai frecvent consecutive unor complicații infecțioase apărute la toxicomani – în cazuri medico-legale).

Distribuția la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) a cazuisticii este nesusținută statistic și, mai ales, comparativ cu alte surse de furnizare de informații privind incidența consumului de droguri pe întreg teritoriul țării. Compararea cu valorile înregistrate de alți indicatori cheie în alte zone ale țării (de exemplu: tratamentul de urgență acordat în camerele de gardă) susține discrepanța mai sus menționată¹⁷.

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

- neînțelegerea criteriologiei și definirii *deceselor asociate consumului de droguri* – în rândul personalului medical clinic, dar și în rândul medicilor legiști și al personalului echipelor de anchetă,
- rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici a deceselor asociate consumului de droguri sau absența medicului legist din echipa operativă de cercetare la fața locului,
- nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de deces traumatice (accidente rutiere, suicid, crime), posibil însă survenite sub intoxicație, sau chiar în cazuri suspecte de decese asociate consumului de droguri – cel mai frecvent din motive pecuniare.

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

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

Pe parcursul anului 2017, au fost înregistrate 10 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente), dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri (cazuri cu așa - zisă *cauzalitate indirectă*¹⁸). Toate aceste cazuri s-au înregistrat în București.

¹⁷Ca o observație punctuală, IML Iași nu a raportat în perioada 2005-2017 nici un caz de deces corelat consumului de droguri, în ciuda unui număr foarte mare de urgențe medicale înregistrat și a unui număr de 365 de analize toxicologice (în anul 2017) efectuate la cadavre în vederea unor screening-uri generale, cu doar doua investigatii tintite in vederea detectării drogurilor (spre comparație, în București au fost efectuate 124 de analize tintite cu detecția drogurilor în 32 de cazuri). De menționat efectuarea în Vaslui a 475 de analize toxicologice (în anul 2017) efectuate la cadavre în vederea detectării drogurilor, fără niciun caz raportat.

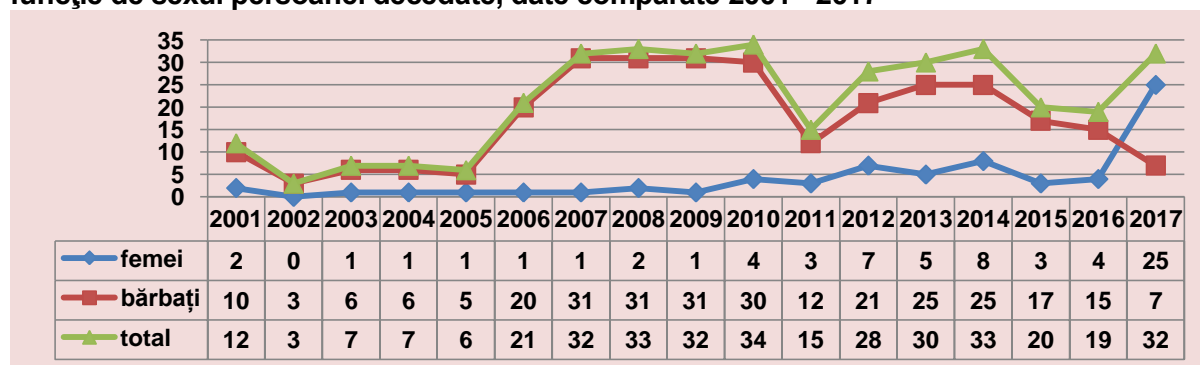
¹⁸ *Decese indirecte* ca urmare a consumului de substanțe psihoactive - decesele produse ca urmare a tulburărilor de comportament și tulburărilor mentale legate de consum, precum și/ sau a contractării unor boli ca urmare a practicilor de utilizare a echipamentelor de injectare în comun, respectiv a complicațiilor somatice produse de consumul de substanțe psihoactive.

Au fost raportate decese indirecte asociate HIV în 9 cazuri, 4 prezentând și TBC. Într-un caz decesul s-a datorat endocarditei infecțioase.

6.1.1. Decese direct asociate consumului de droguri

La nivel național, în anul 2017, au fost declarate 32 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri (toate din București) – sub rezerva majoră a neraportării datelor de către 30 de județe, dintre care 25 cazuri survenite la bărbați și 7 la femei.

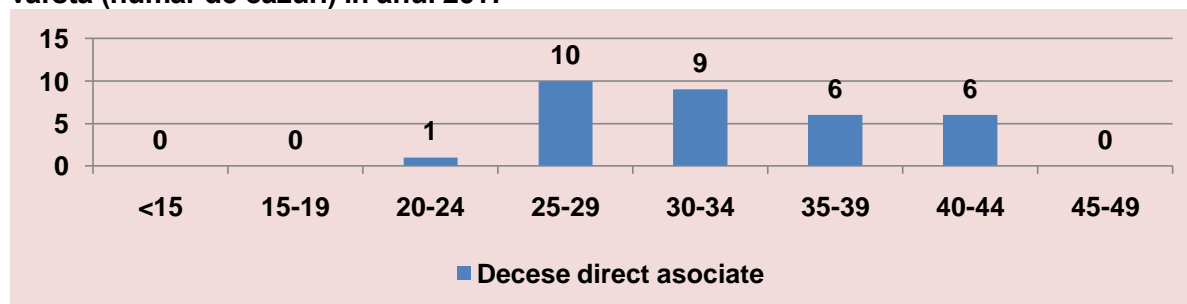
Grafic 6 - 1: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2017



Sursa: INML București

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces asociate direct consumului de droguri înregistrate în 2017, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 44 de ani, majoritatea fiind tineri, în vârstă de până în 34 ani (20 din cele 32 cazuri).

Grafic 6 - 2: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2017



Sursa: INML București

În funcție de locul decesului, în anul 2017, se constată următoarele, pentru cazurile de mortalitate directă:

- 21 decedați la domiciliu personal sau în locuințe închiriate - inclusiv hotel - sau aparținând unor terți,
- 3 persoane decedate în locuri publice (stradă, scara blocului, în autoturism),
- 8 persoane decedate în spitale.

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

Menționăm că nu au existat cazuri de decese în serie/ concomitente, ca expresie a unor practici de consum în grup.

6.1.2. Rezultate toxicologice în decesele direct asociate consumului de droguri

În rețeaua medico-legală, în anul 2017 s-au efectuat 872 examene toxicologice vizând identificarea prezenței stupefiantelor din probe biologice provenind de la cadavre, respectiv 1268 de la persoane în viață.

În toate cele 32 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produse psihoactive, examene realizate la Laboratorul de Toxicologie al INML București (practic în acest moment declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi).

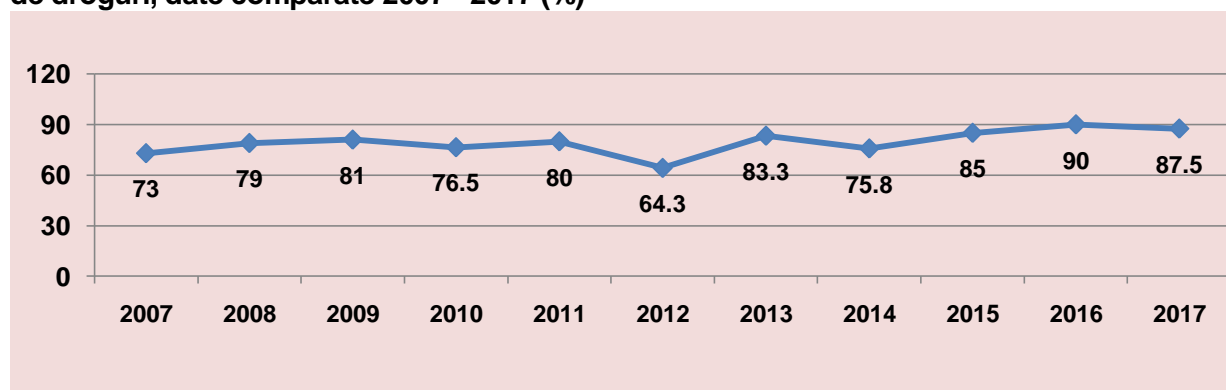
În toate cele 32 cazuri de decese direct asociate consumului de droguri au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri, neexistând cazuri fără antecedente cunoscute/documentabile sau stigmat de uz cronic. Aspectul (deces survenit doar în cazul consumatorilor cronici) susține posibilul rol al campaniilor de informare și prevenire prin popularizarea politicilor de *harm-reduction* și compensarea lipsei de informații în rândul consumatorilor de droguri problematici privind tehnica de consum, cu scăderea riscului decesului la primele doze. Decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă) și mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, care asociază stigmat generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri au fost implicați consumatori de droguri injectabile – preponderent pe cale intravenoasă - existând doar 3 cazuri care a implicat administrare per os (MDMA, substanțe medicamentoase psihoactive) și posibil ca în unele cazuri să fi existat o utilizarea simultană de medicamente (metadonă), atât pe cale injectabilă, cât și per os, fie ca expresie a tratamentului de substituție, fie deturnate din uzul farmaceutic, asociate, mai frecvent ca în anii anteriori, cu fumatul unor derivate de canabis. Astfel, administrarea drogurilor în cazul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă, calea de administrare asociindu-se cu tipul drogului administrat, respectiv opiaceele. În acest context, se semnalează dispariția cocainei în cazuistică, după o perioadă în care reapăruse.

De asemenea, calea de administrare injectabilă se corelează și cu incidența crescută a patologiei asociate (generic intitulată „patologie de seringă”), în special de tip infecțios – cronic (vizând mai ales infecția cu virus hepatic tip C și HIV – 50% din cazurile de deces direct testate virusologic prezintă markeri virali ai infecțiilor cu virusuri hepatice sau HIV) sau acut-subacut (endocardite, sepsis).

Incidența consumului de heroină – identificată în 9 cazuri – confirmă tendința ultimilor ani, de stabilizare a numărului de consumatori de heroină, odată cu dispariția/ reducerea posibilităților de procurare mai facilă a altor substanțe, fapt care a condus și la o oarecare creștere a prețului de vânzare a acestora.

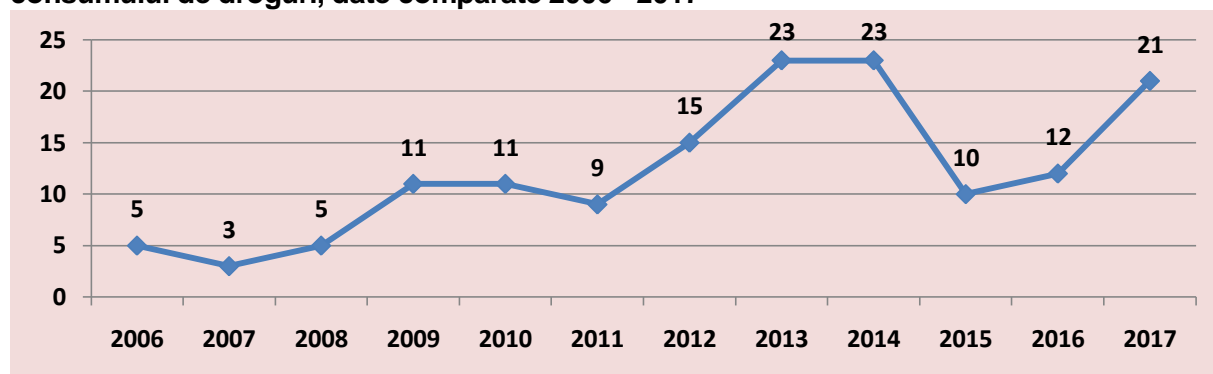
Grafic 6 - 3: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2017 (%)



Sursa: INML București

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție, 21 decese din totalul de 32 (metadonă) arată o schimbare de tendință față de ultimii 2 ani. Astfel, comparativ cu ultimii 2 ani, are loc o creștere a acestui tip de cazuistică, revenindu-se din păcate la valorile ridicate înregistrate în perioada 2013-2014, numărul deceselor direct asociate consumului de droguri în care a fost implicat consumul de metadonă fiind de 7 ori mai mare decât valoarea minimă înregistrată pentru acest tip de cazuistică în anul 2007 (3 cazuri).

Grafic 6 - 4: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2017



Sursa: INML București

Spectrul substanțelor detectate în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri continuă să fie dominat de opiacee (28 cazuri în total) – metadonă în 21 cazuri din 32 decese directe) și heroină (9 cazuri). Se poate susține dispariția din cazuistică a medicamentelor aflate pe lista substanțelor farmaceutice cu regim special de eliberare (exceptând metadona). De asemenea, nu s-a mai reîntâlnit ketamina (cazualitate cu incidență fluctuantă în ultimii ani, posibil rezultat al măsurilor consecutive introducerii ei pe lista substanțelor cu regim special) și a reapărut în spectrul substanțelor identificate amfetamina/ metamfetamina.

În discordanță cu tendința ultimilor ani la nivel european, după o lungă absență din cazuistică urmată de reapariție, cocaina nu se mai regăsește drept cauză de deces direct asociat consumului de droguri (2 cazuri în 2014, un caz în 2015, unul în 2016, niciunul în 2017).

Într-un singur caz decesul a inclus și intoxicația acută cu substanțe de tip NSP¹⁹, decesul datorându-se asocierii acestui tip de substanță cu benzodiazepine.

În concluzie, pentru anul 2017, tabloul statistic relevă că decesele directe corelate consumului de droguri în România sunt consecința evidentă a consumului de metadonă (65% - singură sau în asociere, inclusiv cu heroina), combinată cu benzodiazepine și alte medicamente sedative (14 cazuri din cele 21 cazuri de decese asociate consumului de droguri în care a fost identificată metadonă), mai rar fiind identificată singură – 5 cazuri, sau în asociere cu heroina și alte substanțe medicamentoase – 1 caz – respectiv cu alcoolul – 1 caz.

În 8 cazuri de deces (5 metadonă, 3 heroină), este implicată doar o singură substanță. Această valoare este relativ crescută, comparativ cu ultimii ani, iar noua tendință denotă o posibilă (număr mic de cazuri analizate) schimbare a modelelor de consum în care sunt mai puțin utilizate combinațiile polidroge (deși nu există numeroase cazuri în care apar combinații complexe de substanțe). Celelalte cazuri au fost reprezentate de asocieri, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie de potențator/ nuanțator al efectelor vizate.

De asemenea, semnalăm că, pentru anul 2017, crește tendința observată anul trecut a asocierii stupefiantelor cu alcoolul – 6 cazuri, relativ similar cu anul 2014 când s-au înregistrat 8 cazuri (cu valori de până la 1,2 g‰).

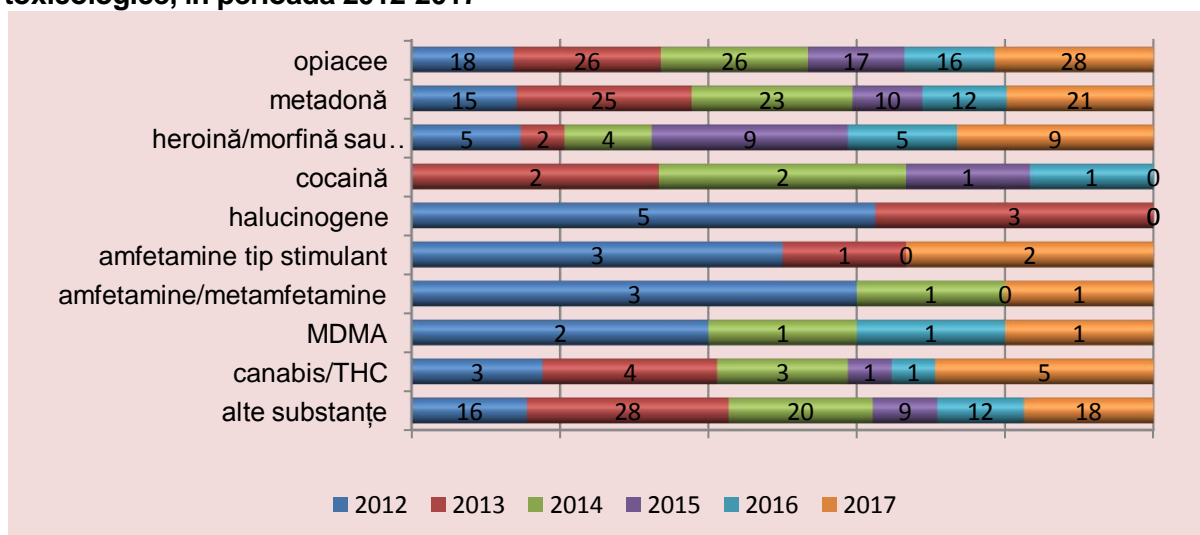
Cauza decesului a fost atribuită în 26 cazuri intoxicației cu opiacee, într-unul doar intoxicației cu MDMA asociat alcoolului, și unul cu NSP asociat benzodiazepinelor, 3 combinațiilor polimedicamentoase, contribuind la deces și asocierile cu alte droguri – opiacee cu alcool, sau cu alte substanțe de tip medicamentos cu efecte psihoactive.

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

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

¹⁹ Dificultățile de probare toxicologică a consumului reprezintă, la nivel mondial, principalul impediment al obiectivării medico-legale. Pe de altă parte, conform studiilor limitate, existente în comunitatea științifică, având în vedere dozele infime și mecanismele de acțiune clinică ale acestor substanțe, este dificil de probat decesul atribuibil în mod direct acestor substanțe.

Grafic 6 - 5: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2017



Sursa: INML București

Numărul încă mare de cazuri în care au fost decelate spectre toxicologice complexe întărește potențialul augmentativ non-liniar al asocierilor medicamentoase, dar și necesitatea flexibilității de gândire toxicologică în evaluarea tanatogenezei.

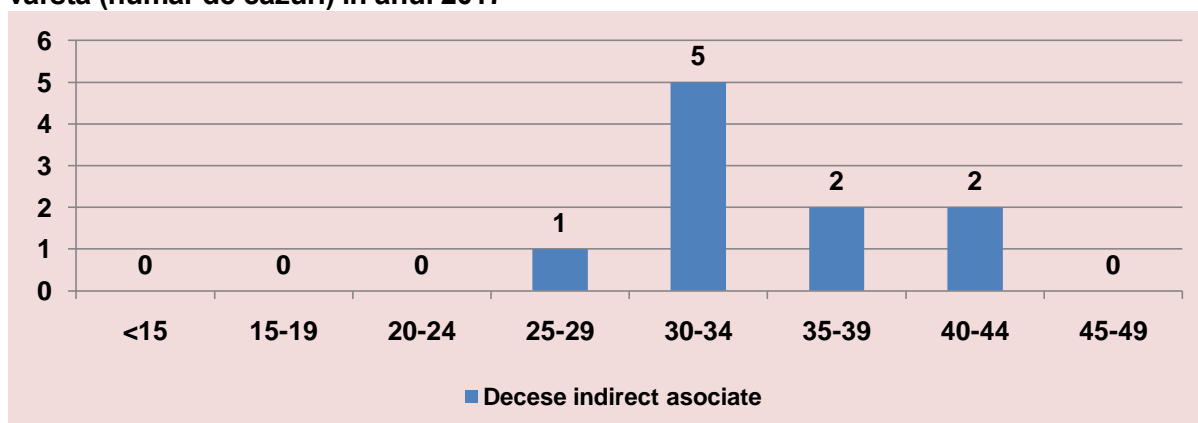
6.1.3. Decese indirect asociate consumului de droguri

În ceea ce privește decesele indirect asociate consumului de droguri, acestea se distribuie între cele două sexe astfel: 7 cazuri în rândul bărbaților și 3 cazuri în rândul femeilor. În ultimii ani remarcându-se o creștere a numărului de cazuri de deces în rândul acestora din urmă.

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces indirect asociate consumului de droguri înregistrate în 2017, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 27 și 41 de ani, ca și în cazul deceselor directe majoritatea cazurilor fiind în rândul tinerilor, în vârstă de până în 34 ani (6 din cele 10 cazuri).

În anul de referință, vârsta medie de deces a fost de 33,9 ani pentru **decesele indirecte**. În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă patologia progresiv acumulativă lentă a stilului de viață, consumului cronic, riscul de accidente etc, elemente specifice dependenței de droguri, cu decompensarea lor lentă, la distanță în timp față de momentul inițierii consumului, tradusă prin deces la vârste mai mari.

Grafic 6 - 6: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2017



Sursa: INML București

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

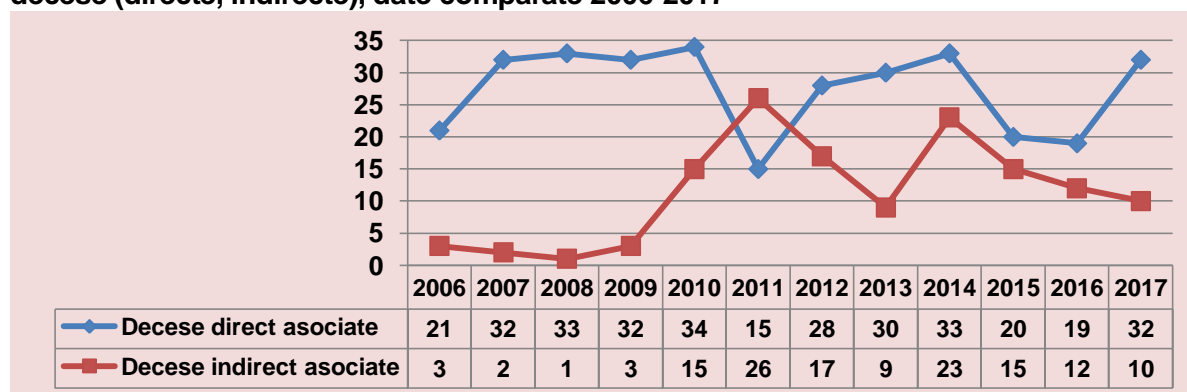
6.1.4. Tendințe

În concluzie, la nivel național (în lipsa datelor de la 12 instituții medico-legale județene), în anul 2017, au fost declarate 32 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 10 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

În toate cele 32 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București.

Cazurile din București constituie, ca și în anii anteriori, marea majoritate a cazuisticii deceselor direct asociate consumului de droguri.

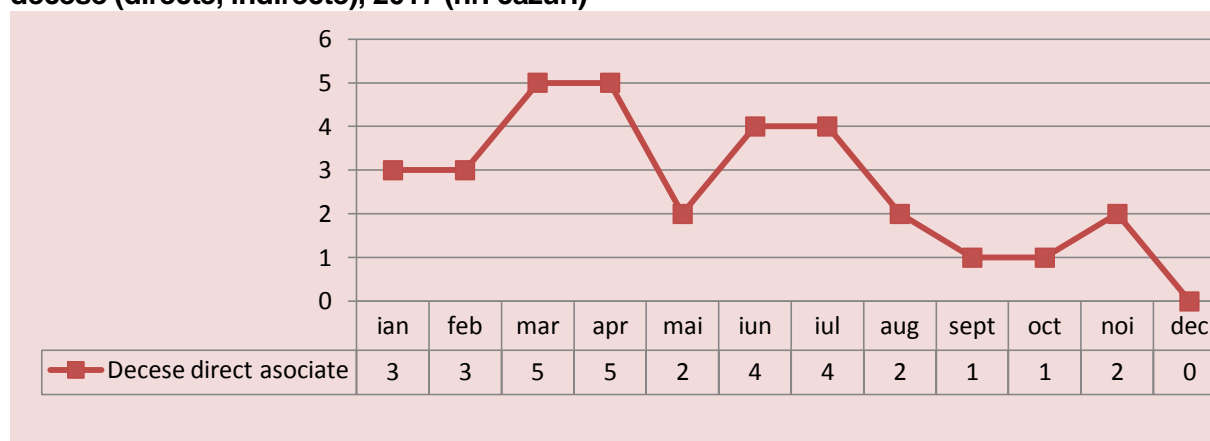
Grafic 6 - 7: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2017



Sursa: INML București

Referitor la distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, se remarcă absența unor vârfuri de incidență (ca eventual semn potențial al unor circumstanțe permeabile legate de distribuție, disponibilitate, calitate a dozelor etc. - vârfuri de incidență de natură a atrage atenția organelor abilitate asupra apariției pe piața ilegală a drogurilor a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți contaminanți (*adulterants*), fie prin posibila lor contaminare microbiană) - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic.

Grafic 6 - 8: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2017 (nr. cazuri)



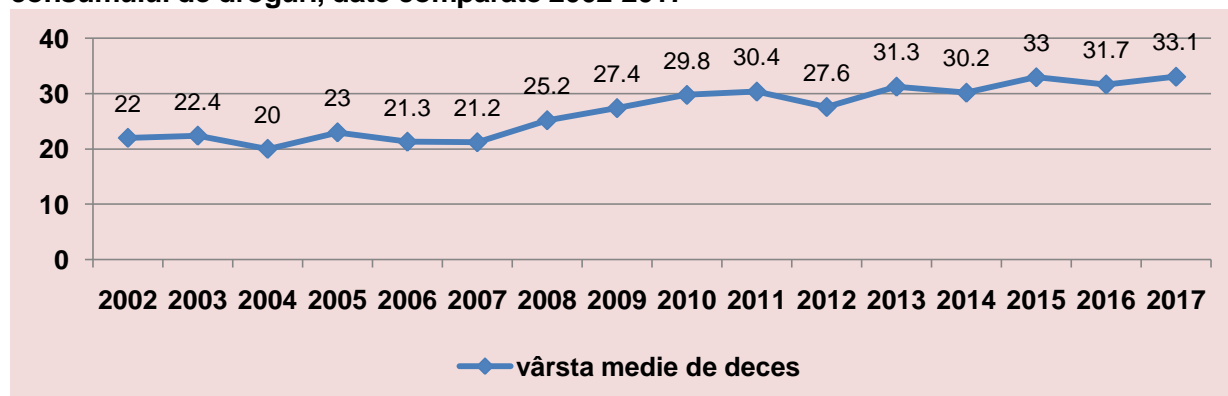
Sursa: INML București

În anul 2017, vârsta medie de deces a fost de 33,9 ani pentru decesele indirecte, respectiv 32,8 ani pentru cele directe. Pentru cazuistica deceselor (direct și indirect) asociate consumului de droguri, se revine astfel la tendința crescătoare semnalată începând cu anul 2007, fiind cea mai mare vârstă medie – 33,1 - de deces înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare.

Explicația cea mai plauzibilă este oferită de apariția consecințelor consumului, în anii anteriori, a unor droguri cu potență tanatogeneratoare redusă - *per se* (NSP) sau doar la doze mari (metadonă) – dar cu un *exceptional ritm de inducție de patologie consumtivă și mai ales infecțioasă*, dictat mai ales de ritmul foarte crescut de administrare injectabilă – 6-8 injectări pe zi (NSP), fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele *amfetamin-like* ale unora dintre aceste substanțe. De aici, derivă atingerea valorilor medii de

vârsta a consumului până la deces – *average life span* (10-15 ani - valori raportate de țările cu „tradiție” în consumul de droguri) pentru *consumatorii problematici de droguri*, cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea ei naturală sau la schimbarea modelelor de consum.

Grafic 6 - 9: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor (directe și indirecte) asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2017



Sursa: INML București

Comparativ cu anii anteriori, sinusoida numărului cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, pare a crește din nou, la niveluri comparative cu anii 2007-2009, 2013-2014. În anul 2017, valorile cazurilor de intoxicație letală cresc comparativ cu anul 2016, deși cifra absolută poate fi, mai degrabă, o expresie a sub-raportării/ neidentificării adecvate a cauzisticii.

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

În anul 2010, în circa o treime din cazurile de decese direct asociate consumului de droguri (deces consecință directă a acțiunii substanțelor psihoactive) au fost identificate elemente de patologie severă, similară cu cea din cazurile indirecte²⁰, dar în care cauza decesului a fost în mod clar stabilită ca datorându-se acțiunii farmacologice a substanțelor psihoactive. Din anul 2011, în circa o cincime – sau chiar mai puțin - din cazuri a fost identificată o patologie semnificativă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, expresie și a potenței crescute a asociațiilor multidrog, care au o capacitate tanatogeneratoare intrinsecă semnificativă, dar cu risc mai limitat de a induce *patologie accelerată și semnificativă care conduce la deces prin complicații, nu prin supradoze*, aspect caracteristic NSP. Totodată,

²⁰ Majoritatea afecțiunilor fiind reprezentată de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, tuberculoza pulmonară), dar și de complicații ale actului injectării drogului sau generate de doza injectată (doza de stradă fiind un melanj de substanțe cu sau fără potențial psihoactiv, excipienții putând însă genera complicații independente de stupefiantul pe care îl *diluează* – granulomatoze pulmonare, tromboembolie generată de produși insolubili – talc); se observă scăderea marcată a incidenței endocarditei infecțioase la consumatorii de droguri români: de la circa 10% din cauzistica în anul 2010, atât din decesele direct asociate, cât și din cazurile de mortalitate indirectă la cazuri sporadice în ultimii ani (expresie a diminuării consumului injectabil de NSP, care implică o administrare injectabilă foarte frecventă (zilnică) de droguri înalt contaminate)

patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă aseptie/antiseptie sau a unor doze înalt contaminate²¹.

Au fost reiterate cifrele citate din rapoartele anterioare, pentru a întări constatările valabile pentru anii 2012, 2013, în care într-un singur caz, respectiv trei în 2013, de deces direct consecutiv acțiunii farmacologice a drogului a mai fost surprinsă o patologie asociată potențial severă - abces la locul de injectare, fasceită necrozantă, respectiv endocardită infecțioasă emboligenă, pentru ca în 2014, 2015, 2016, 2017 aceste complicații să nu mai fie întâlnite în cazul deceselor directe, care au prezentat doar stigmatice cronice ale injectării. Acest lucru este superpozabil perioadei 2005-2009 în care aceste decese directe nu asociau o patologie acută supra-adăugată (spre deosebire de anii 2010-2011), ca expresie a reînțoarcerii la substanțele de consum consacrate – opiacee (dar cu oscilații între uzul de metadonă vs. heroină).

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

Așa cum a fost sesizat și în anii anteriori, practica injectării metadonei, cu origine în dizolvarea pastilelor – precum și a injectării unui spectru larg de medicamente condiționate farmaceutic ca tablete/ comprimate – constituie o sursă importantă de produși insolubili introduși intravenos, excipienții acestor medicamente incluzând în mod constant talc, cu generarea unei patologii granulomatoase sau microembolice cumulative accelerat, relevantă frecvent necropsic și histopatologic.

În anul 2017, domină categoric intoxicațiile cu opiacee – 88%, superior chiar și anului 2013-83,3% (cel mai înalt procent al incidenței acestor substanțe în rândul deceselor asociate consumului de droguri în ultimii 10 ani) și în creștere față de anii 2014 - 75,75% și respectiv 2015 – 81%, 85% 2016, pe fondul restrângerii diversității spectrului de substanțe identificate în cazuistică: heroină (9 cazuri), canabinoizii (prezenți în 5 cazuri), și MDMA (ecstasy – 1 caz), 1 caz amfetamine – din categoria substanțelor non-medicamentoase, respectiv alte 15 tipuri de substanțe din categoria medicamentelor (benzodiazepinele și medicația de uz psihiatric dominând spectrul), incluzând metadonă (considerând metadona ca substanța deturnată din circuitul farmaceutic - pentru comparație, în anul 2012, detecțiile toxicologice în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri au surprins nu mai puțin de 26 categorii de substanțe psihoactive).

²¹ Un exemplu comparativ îl are practica solubilizării la cald a heroinei în vederea administrării parenterale, care distruge o mare parte din flora microbiană din doza de stradă, pe când noile droguri de abuz sunt înalt solubile la temperatura camerei, ceea ce conduce la administrarea direct în fluxul sangvin a unor încărcături bacteriene.

6.2. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

Asistența medicală de urgență reprezintă o componentă esențială a **Sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri**. Aceasta reprezintă un serviciu ce face parte din **Nivelul I** al acestui sistem, având rol în identificarea, atragerea, motivarea și trimiterea consumatorilor de droguri spre serviciile specializate de asistență medicală, psihologică și socială ce au ca obiectiv menținerea abstenenței și reintegrarea socială a acestora.

Monitorizarea rețelei de unități medicale care oferă asistența medicală de urgență, precum și a persoanelor consumatoare de droguri tratate în serviciile spitalicești de urgență reprezintă o sursă importantă de informații necesare dezvoltării și evaluării politicilor și programelor care vizează reducerea consumului de substanțe psihoactive, precum și a problemelor conexe.

Agenția Națională Antidrog, prin **Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanie**, asigură monitorizarea, la nivel național, a cazurilor de urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri, în conformitate cu prevederile **Hotărârii nr. 860 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare și Ordinului nr. 770/192 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, în foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în fișa privind cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și în fișa standard de prevalență a infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile**.

Prin caz de urgență se înțelege condiția medicală a unui consumator de droguri, în legătură sau nu cu consumul, care îi pune în pericol viața.

Obiectivele acestui indicator sunt:

- Identificarea caracteristicilor socio-demografice ale persoanelor consumatoare de droguri tratate în serviciile spitalicești de urgență.
- Identificarea modelelor de consum pentru persoanele consumatoare de droguri tratate în serviciile spitalicești de urgență.
- Evidențierea diagnosticelor persoanelor consumatoare de substanțe psihoactive tratate în serviciile spitalicești de urgență.
- Furnizarea de informații necesare dezvoltării și evaluării politicilor și programelor care vizează reducerea consumului de substanțe psihoactive, precum și a problemelor conexe.

În situații de urgență, serviciile de asistență se acordă imediat în unitățile medicale de specialitate, în condițiile legii. În sistemul de raportare a datelor referitoare la urgențele medicale în care este menționat consumul de substanțe psihoactive (diagnostic principal sau diagnostic secundar) sunt incluse următoarele categorii de furnizori de servicii medicale:

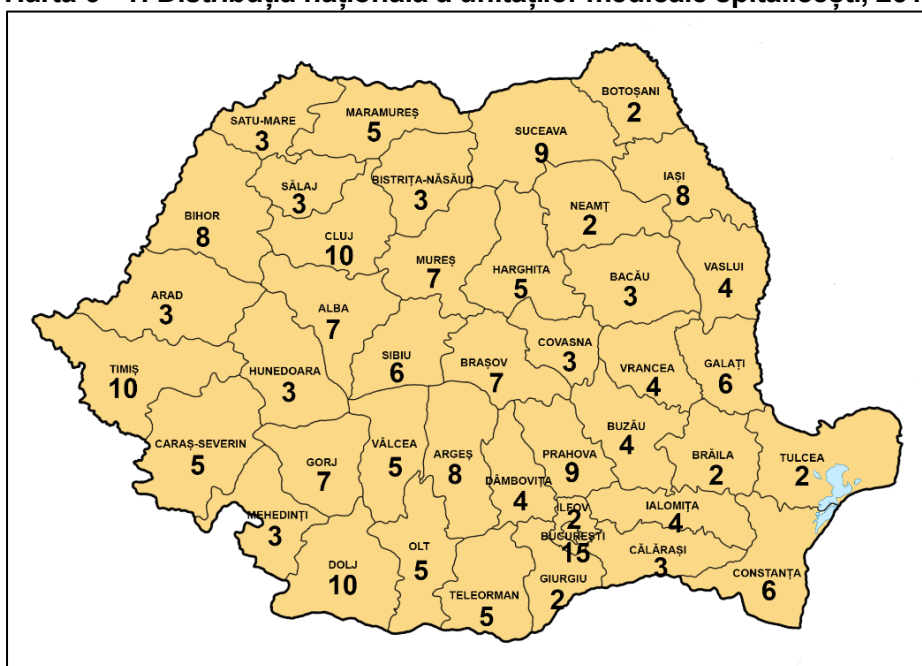
- Spitalele generale publice care au în structură un departament de primiri urgențe (unitate/ compartiment de primiri urgențe, cameră de gardă) și care primesc urgențe medicale de orice cauză;
- Spitalele de specialitate care primesc urgențe.

Conform datelor prezentate de Ministerul Sănătății pe portalul destinat diseminării seturilor de date deschise livrate de autoritățile și instituțiile administrației publice²², sistemul public de asistență medicală este format din 222 de unități medicale spitalicești, care pot oferi servicii medicale de urgență.

Unitățile medicale spitalicești sunt împărțite astfel:

- Spitale de urgență – 61 unități;
- Spitale de urgență pediatrică – 8 unități;
- Spitale de psihiatrie – 31 unități;
- Spitale de specialitate – 6 unități;
- Spitale municipale – 56 unități;
- Spitale orașenești – 58 unități.

Hartă 6 - 1: Distribuția națională a unităților medicale spitalicești, 2017



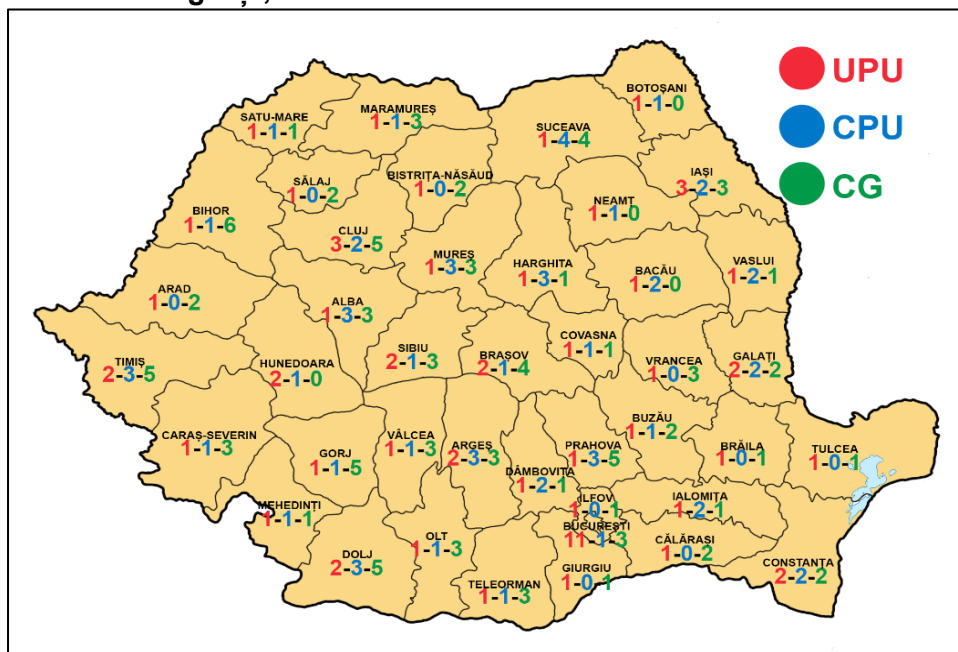
Sursa: www.data.gov.ro

În aceste unități medicale spitalicești asistența medicală de urgență este acordată în următoarele tipuri de servicii:

- Unități de primiri urgențe – UPU – 64 unități;
- Compartiment de primiri urgență – CPU– 58 unități;
- Cameră de gardă – CG– 100 unități.

²² <http://data.gov.ro/dataset/resurse-in-cadrul-sistemului-de-sanatate> și <http://data.gov.ro/dataset/lista-spitalelor-publice>

Hartă 6 - 2: Distribuția națională a unităților medicale spitalicești în funcție de serviciul medical de urgență, 2017



Sursa: www.data.gov.ro

În procesul de implementare a indicatorului *"Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri"*, Centrul de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog are sarcina de a contacta unitățile medicale spitalicești care oferă asistență medicală de urgență, în vederea informării cu privire la obligativitatea completării și colectării datelor cu privire la urgențele medicale ca urmare a consumului de droguri care îndeplinesc criteriile de includere în sistemul de raportare.

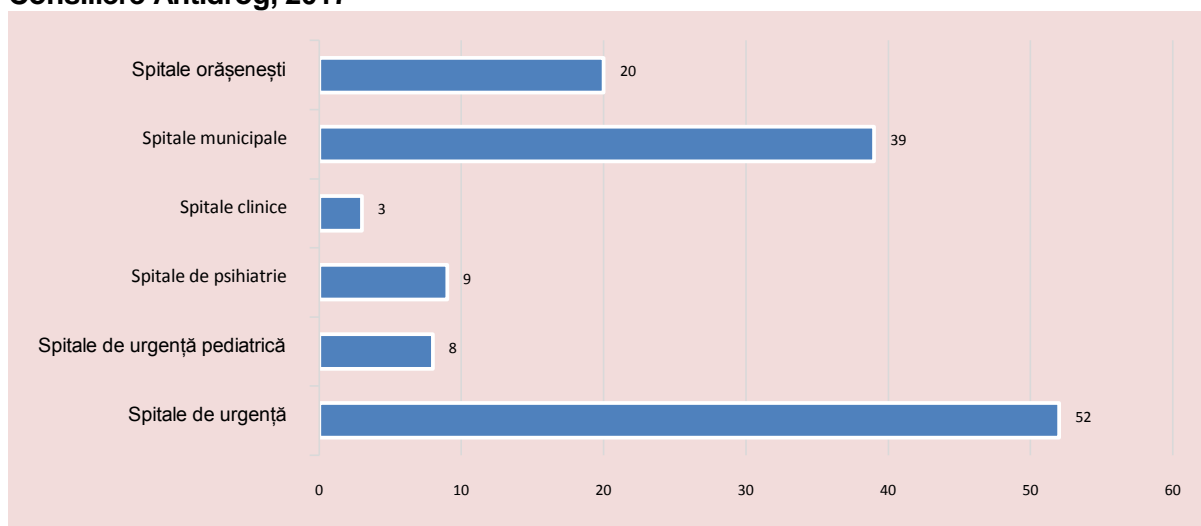
Conform datelor colectate prin intermediul Centrelor de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, nivelul de acoperire a indicatorului *"Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri"* se prezintă astfel:

➤ **Unități medicale care pot oferi servicii de asistență medicală de urgență**

La nivel național, au fost identificate 131 unități medicale care pot oferi servicii de urgență, clasificarea acestora, în funcție de tipul unității, fiind următoarea:

- Spitale de urgență – 52 unități;
- Spitale de urgență pediatrică – 8 unități;
- Spitale de psihiatrie – 9 unități;
- Spitale de specialitate – 3 unități;
- Spitale municipale – 39 unități;
- Spitale orașenești – 20 unități.

Grafic 6 - 10: Situația unităților medicale identificate de Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, 2017



Sursa: ANA

În funcție de tipul serviciilor, cele 131 unități medicale spitalicești sunt clasificate după cum urmează:

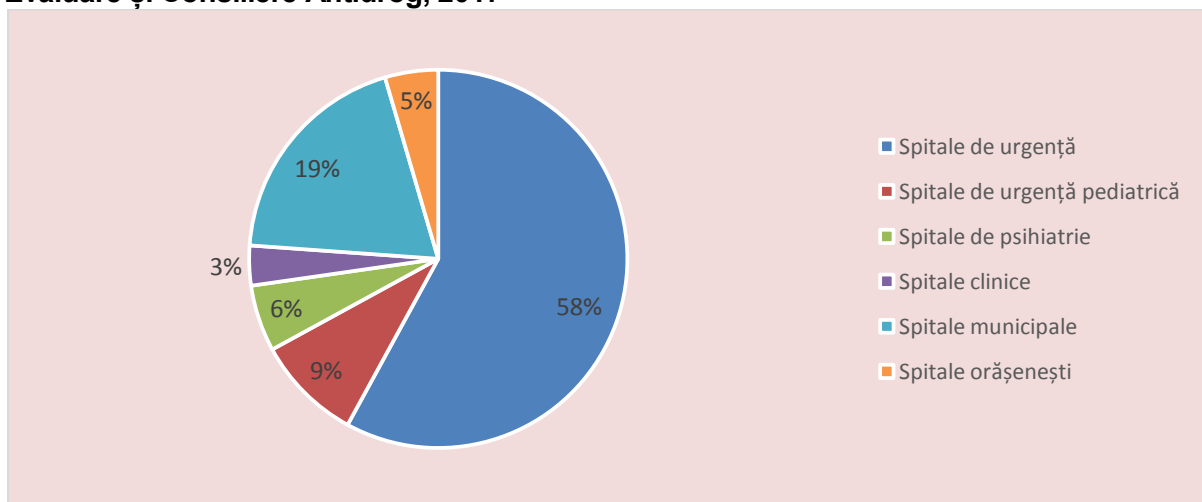
- Unități de primiri urgențe – UPU – 56 unități;
- Compartiment de primiri urgență – CPU – 51 unități;
- Cameră de gardă – CG – 24 unități.

➤ **Unități medicale care raportează date cu privire la urgențele medicale în care este menționat consumul de substanțe psihoactive (diagnostic principal sau diagnostic secundar)**

La nivel național, 88 de unități medicale completează "Fișa standard de înregistrare a urgențelor medicale produse ca urmare a consumului de substanțe psihoactive", după cum urmează:

- Spitale de urgență – 51 unități;
- Spitale de urgență pediatrică – 8 unități;
- Spitale de psihiatrie – 5 unități;
- Spitale de specialitate – 3 unități;
- Spitale municipale – 17 unități;
- Spitale orașenești – 4 unități.

Grafic 6 - 11: Situația unităților medicale care transmit date Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, 2017



Sursa: ANA

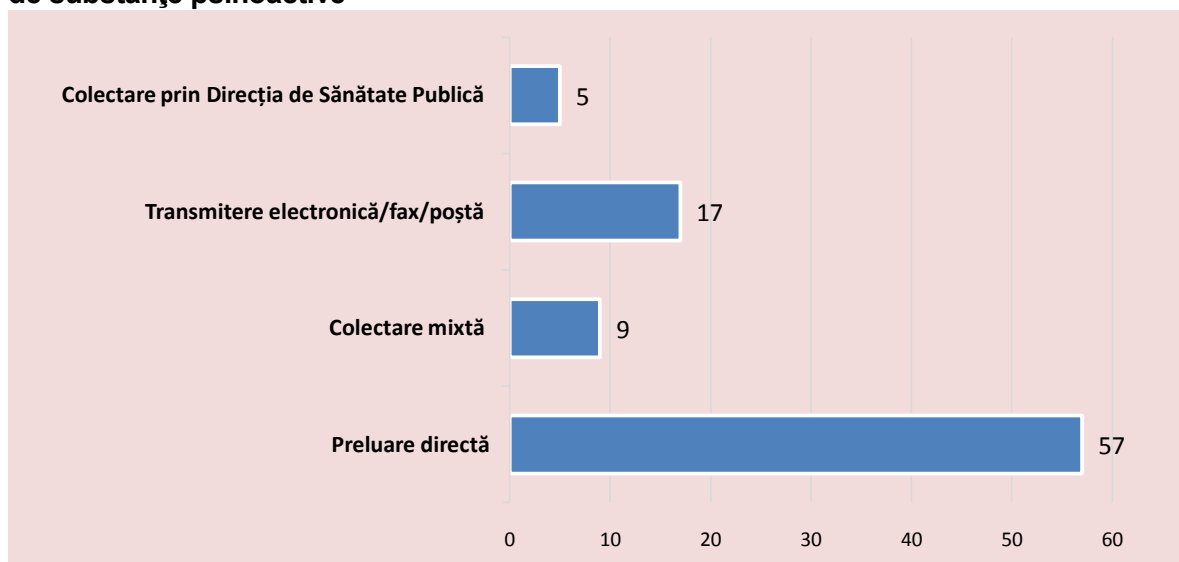
În funcție de tipul serviciului de asistență medicală, situația se prezintă astfel:

- Unități de primiri urgențe – UPU – 55 unități;
- Compartiment de primiri urgență – CPU – 24 unități;
- Cameră de gardă – CG – 9 unități.

➤ **Modalitatea de colectare a fișelor de urgență**

În vederea implementării indicatorului "Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri", Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog colectează de la unitățile medicale de urgență "Fișele standard de înregistrare a urgențelor medicale produse ca urmare a consumului de substanțe psihoactive", prin următoarele metode: preluare directă, colectare mixtă, transmitere electronică/ fax/ poștă, colectare prin Direcția de Sănătate Publică.

Grafic 6 - 12: Repartiția unităților raportoare, în funcție de modalitatea de preluare a "Fișele standard de înregistrare a urgențelor medicale produse ca urmare a consumului de substanțe psihoactive"



Sursa: ANA

Pentru raportare au fost selecționate și înregistrate acele episoade de urgență, spitalizate și în a căror anamneză se menționează consumul a cel puțin uneia dintre substanțele psihoactive, cu excepția celor datorate exclusiv consumului de alcool și tutun, și care îndeplinesc simultan cele trei criterii de includere și niciunul din cele de excludere.

Criteriile de includere a cazurilor au fost:

- a) consultația a fost acordată de un medic dintr-un serviciu spitalicesc de urgență. Îngrijirea spitalicească s-a referit inclusiv la observația și monitorizarea funcțiilor vitale sau la procedurile de diagnostic și tratament. Au fost înregistrate doar serviciile de îngrijire spitalicească oferite într-un departament de urgență al unui spital. Nu au fost incluse serviciile de urgență furnizate de ambulanță sau de un serviciu de urgență extraspitalicesc;
- b) existența consumului nonmedical de droguri sau substanțe psihoactive. S-a considerat că există un consum nonmedical de droguri când substanța consumată nu a fost prescrisă de către un medic sau substanța prescrisă de medic nu a fost administrată cu respectarea dozelor sau formei de administrare;
- c) tratamentul unei complicații medicale, psihologice sau traumatice, adică au fost incluse urgențele al căror motiv principal al consultației au fost leziunile sau traumatismele produse prin autoleziune, accidente, agresiuni și alte cauze externe, întotdeauna când a fost menționat consumul nonmedical de substanțe psihoactive;

Din sistemul de raportare **au fost excluse** episoadele de urgență în care, documentația clinică a menționat:

- a) decesul în serviciul de urgență;
- b) sarcina și complicațiile sarcinii, când în anamneză a fost menționat consumul de substanțe psihoactive;
- c) urgențele datorate reacțiilor adverse la medicamente utilizate în forma, doza și frecvența recomandată de medic, cu excepția cazurilor apărute la opiaceele prescrise în tratamentul de substituție;
- d) urgențele în care s-a menționat exclusiv consumul de alcool, nicotină, ceai, cafea sau orice combinație dintre aceste substanțe.

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

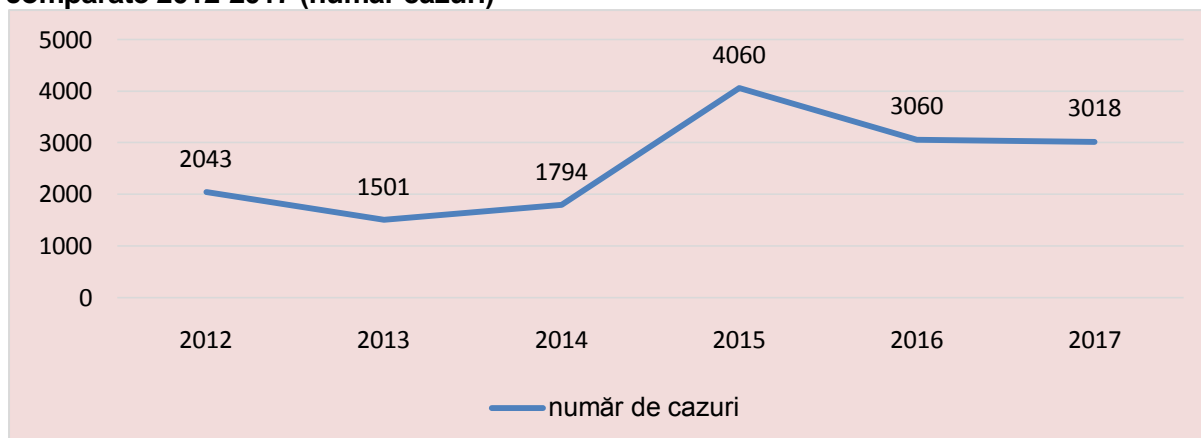
6.2.1. Urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (alcool, medicamente, droguri ilicite, alte substanțe cu proprietăți psihoactive)

La nivel național, în 2017, au fost înregistrate 4511 urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive. În funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 2218 au fost înregistrate pe fondul consumului de droguri ilicite, 1493 au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 520 au fost raportate ca urmare a consumului de droguri multiple, 183 s-au datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, 97 au fost atribuite consumului unor substanțe necunoscute.

6.2.2. Urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite

La nivel național, în 2017, au fost înregistrate 3018 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație).

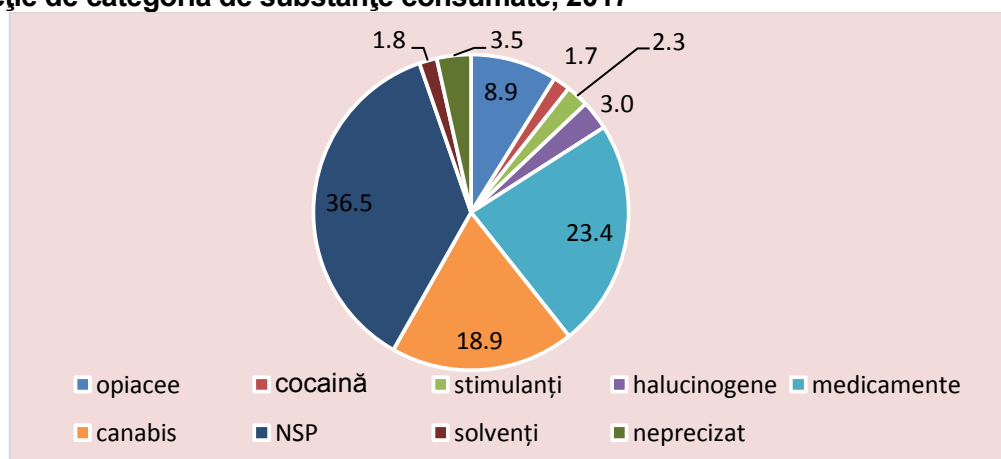
Grafic 6 - 13: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, date comparate 2012-2017 (număr cazuri)



Sursa: ANA

Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum de droguri ilicite, în 36,5% a fost menționat consumul de NSP (singular sau în combinație), în 18,9% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis, iar în 8,9% s-a declarat consum de opiacee (heroină, metadonă sau opiacee generic). Totodată, în 3% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, 2,3% consum de stimulanți, în 1,8% consum de solvenți volatili și în 1,7% consum de cocaină. De asemenea, în 3,5% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate. Consumul de medicamente a fost raportat în 23,4% din cazurile de urgență înregistrate.

Grafic 6 - 141: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2017



Sursa: ANA

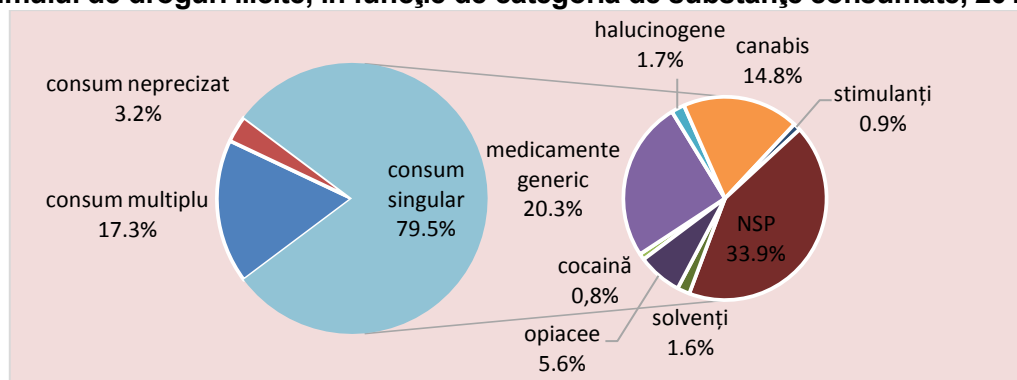
În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor consumate au fost realizate determinări toxicologice pentru 2168 pacienți (71,8%), în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. În cea mai mare parte, determinările toxicologice efectuate au fost calitative (83,2%).

Distribuția cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, care au fost raportate în anul 2017, prezintă în continuare o repartiție inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – 77,9%, comparativ cu 22,1% femei.

În ceea ce privește vârsta persoanelor care au accesat serviciile de urgență se observă că 78,8% (78,2% în 2016) sunt persoane cu vârsta sub 35 ani, 17,9% (față de 18% în 2016) sunt persoane cu vârsta între 35 și 64 ani, iar restul de 2,9% (față de 2% în 2016) sunt persoane de peste 64 ani. În 0,4% din cazuri în fișa de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive nu a fost menționată data nașterii pentru persoana care s-a adresat serviciului de urgență.

În ceea ce privește modelul de consum, în 79,5% din cazurile de urgență s-a înregistrat consumul unei singure substanțe psihoactive, în timp ce, în 17,3% din cazuri s-a observat consum de droguri multiple. Pentru 3,2% dintre cazuri nu a putut fi precizat modelul de consum.

Grafic 6 - 15: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2017



Sursa: ANA

În ceea ce privește modalitatea de administrare a drogurilor ilicite se observă că în 51,6% (față de 33,6% în 2016) din cazurile raportate aceasta a fost prin fumat/ inhalare, în timp ce, administrarea pe cale orală a fost precizată în 22,7% din cazuri, față de 25,1% în 2016. De asemenea, 3,8% (față de 4,5%) dintre pacienți și-au administrat drogul pe cale injectabilă.

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

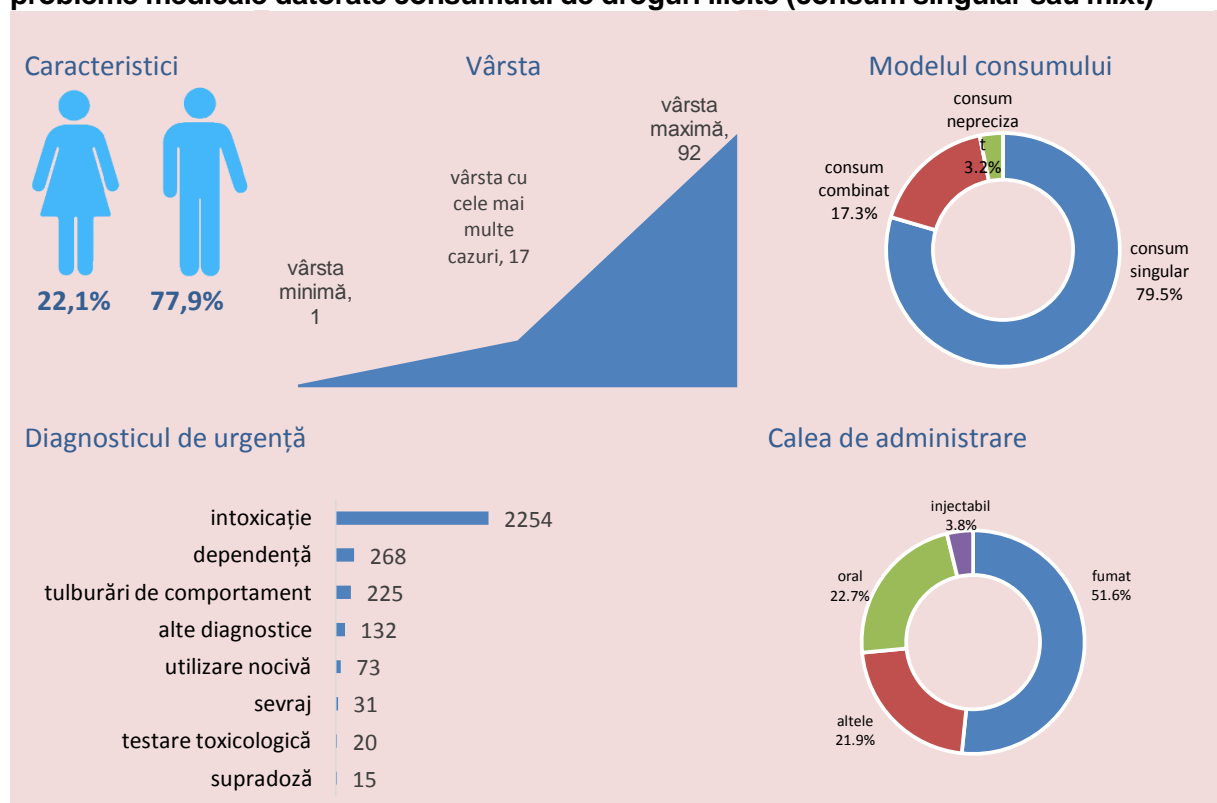
Pornind de la aceste considerente, diagnosticile consemnate de medici în *Fișa standard de înregistrare a urgenței medicale datorată consumului de substanțe psihoactive* au fost încadrate, după cum urmează:

- intoxicație acută: poate include trauma, inhalarea vomei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- utilizarea nocivă: cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care virusul a fost contactat ca urmare a injectării de substanțe psihoactive sau episoade de tulburare depresivă secundară la consumul de alcool.
- dependența: grup de tulburări comportamentale, cognitive și fiziologice care se dezvoltă după consumul repetat de substanțe psihoactive și care include de obicei o dorință

puternică de a consuma substanțe psihoactive, dificultăți în controlul utilizării acestora, persistență în utilizarea lor în ciuda consecințelor negative, o prioritate mai mare acordată consumului de droguri decât de alte activități și obligații, creșterea toleranței la substanța psihoactivă consumată, și, uneori, starea de sevraj.

- sindrom de întrerupere a consumului (sevrajul): grup de simptome severe care apar ca urmare a întreruperii totale sau parțiale a consumului unei substanțe psihoactive, după o utilizare îndelungată a acesteia. Sindromul de întrerupere a consumului poate fi complicat de convulsii sau de sevrajul cu delir.
- tulburări psihotice și de comportament: grup de tulburări psihotice care apar în timpul sau ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, dar care nu sunt explicate pe baza unei simple intoxicații acute și nu fac parte din sindromul de întrerupere a consumului. Se caracterizează prin halucinații, distorsiuni perceptivă, iluzii, tulburări psihomotorii și un efect anormal, care poate varia de la frică intensă la extaz. Tot în această categorie au fost incluse tulburările de personalitate sau de comportament care persistă dincolo de perioada în care operează efectul substanței psihoactive consumate.
- alte diagnostice: reprezintă o clasă de diagnostice induse sau determinate de consumul de substanțe psihoactive, precum: leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe.
- recoltare probe biologice: reprezintă cazurile care se prezintă la secțiile de primiri urgență în vederea recoltării de probe biologice pentru efectuarea de determinări toxicologice.

Tabel 6 - 1: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (consum singular sau mixt)



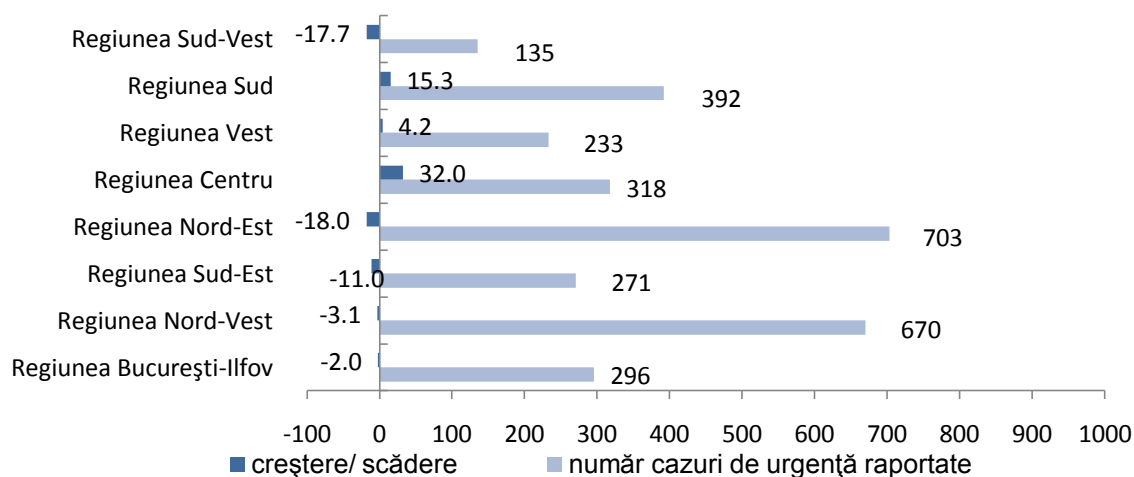
Sursa: ANA

În ceea ce privește simptomatologia cazurilor de urgență raportate, se constată că, din cele 3018 de cazuri, 74,7% (față de 81,2% în anul anterior) s-au datorat unor intoxicații acute cu droguri ilicite, în 8,9% (față de 8,6%) s-a consemnat diagnosticul de dependență, în 7,5% (față de 3,3%) s-au înregistrat tulburări psihotice și de comportament, 2,4% (față de 2,7%) au fost ca urmare a utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite, 1% (față de 1,5%) au prezentat sindrom de întrerupere a consumului la diferite substanțe (sevrăj), 0,5% (față de 0,3%) au fost diagnosticați cu supradoză, iar 4,4% (față de 2,2%) au prezentat alte diagnostice induse sau determinate însă de consumul de substanțe psihoactive. În 0,6% (față de 0,5%) dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite, s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării de determinări toxicologice.

În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, în anul 2017, situația se prezintă astfel:

- Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) – 670 cazuri (față de 691 cazuri în 2016);
- Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – 233 cazuri (față de 223 cazuri în 2016);
- Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – 703 cazuri (față de 836 cazuri în 2016);
- Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – 271 cazuri (față de 301 cazuri în 2016);
- Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna) – 318 cazuri (față de 216 cazuri în 2016);
- Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – 135 cazuri (față de 183 cazuri în 2016);
- Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – 392 cazuri (față de 332 cazuri în 2016);
- București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov) – 296 cazuri (față de 302 cazuri în 2016).

Grafic 6 - 16: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2017, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)

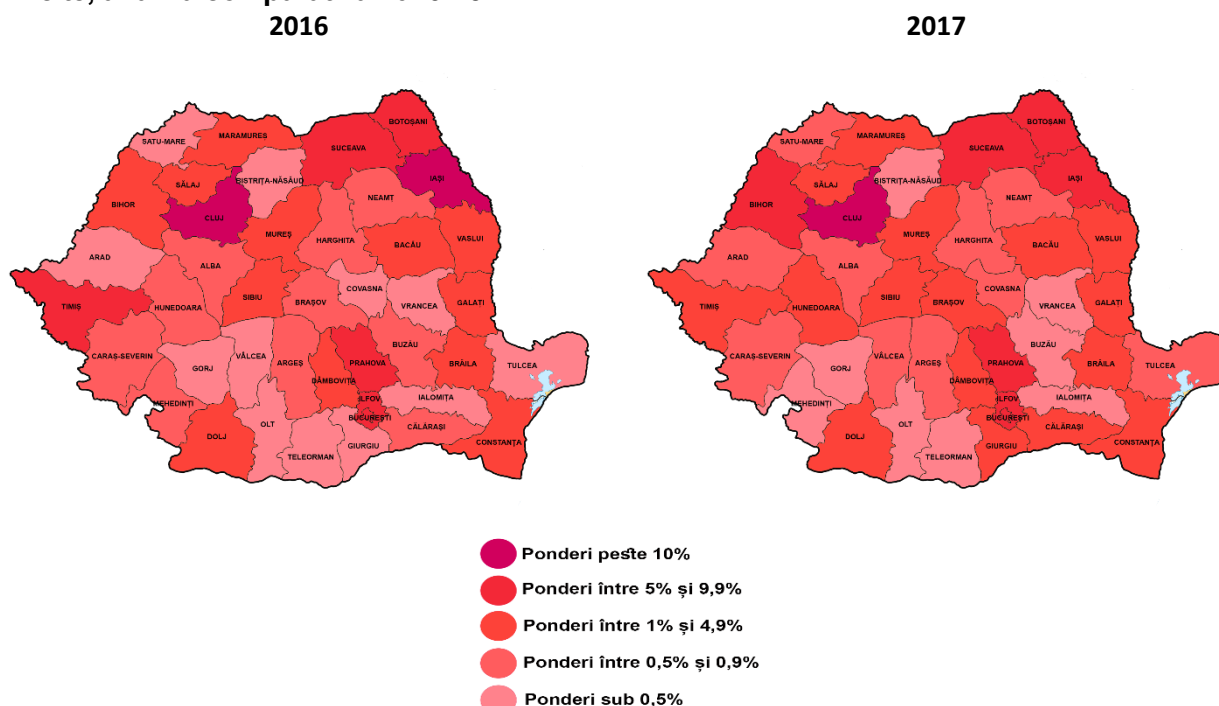


Sursa: ANA

Deși numărul unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2017, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea evoluție a cauzisticii de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

- **regiunea București-Ilfov:** scăderea cu 2% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente a cauzisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, semnalată prima dată în 2011);
- **regiunea Centru:** creștere cu 32% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Nord-Est:** scădere cu 18% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Nord-Vest:** scăderea cu 3,1% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Sud:** creșterea cu 15,3% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Sud-Est:** scădere cu 11% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Sud-Vest:** scădere cu 17,7% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente semnalate anul anterior);
- **regiunea Vest:** creșterea cu 4,2% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței descendente semnalate anul anterior).

Harta 6 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2016-2017



Sursa: ANA

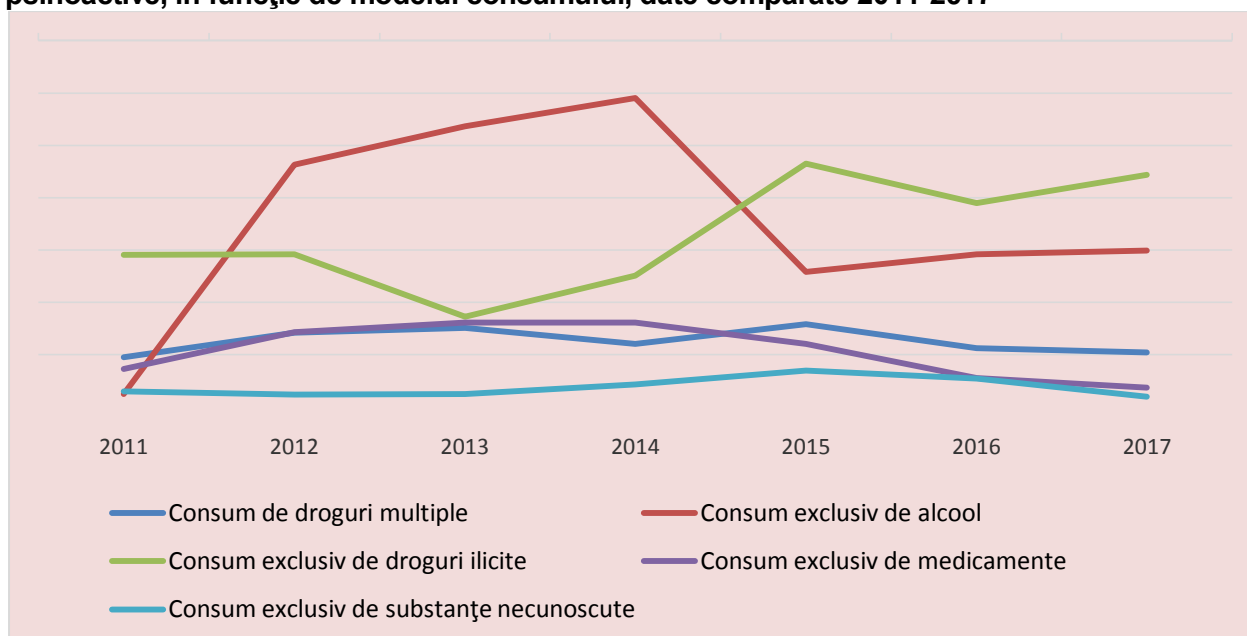
Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar în 3 (regiunea Centru, Vest și Sud) se înregistrează creșteri ale numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite. Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea județelor și la delimitarea unor zone de risc, după cum urmează:

- Zonă de risc foarte mare (ponderi peste 10%): Cluj.
- Zonă de risc mare (ponderi între 5% și 9,9%): Bihor, Botoșani, București, Iași, Prahova, Suceava.
- Zonă de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%): Bacău, Brăila, Brașov, Călărași, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Galați, Giurgiu, Hunedoara, Maramureș, Mureș, Sălaj, Sibiu, Timiș, Vaslui.
- Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%): Alba, Arad, Argeș, Caraș-Severin, Covasna, Harghita, Neamț, Satu-Mare, Tulcea, Vâlcea.
- Zonă de risc foarte mic (ponderi sub 0,5%): Bistrița-Năsăud, Buzău, Gorj, Ialomița, Mehedinți, Olt, Teleorman, Vrancea.

6.2.3. Tendințe

În ultimii 5 ani, evoluția numărului de cazuri de urgență raportate ca urmare a consumului de droguri ilicite a fost fluctuantă. În 2015, se observă un nivel maxim al numărului de urgențe ca urmare a consumului de droguri ilicite, pentru ca în 2016 numărul cazurilor să scadă, situație menținută²³ și în 2017.

Grafic 6 - 17: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2017



Sursa: ANA

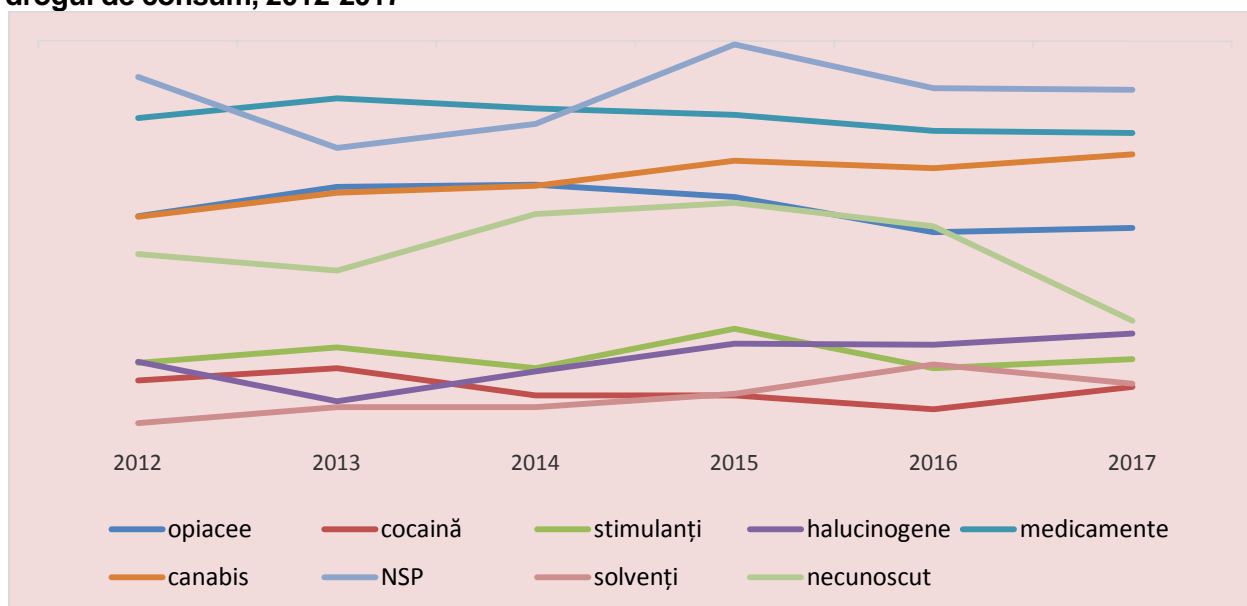
O evoluție similară cu cea prezentată mai sus se observă și pentru episoadele de urgență determinate de consumul de opiacee, al cărui număr se menține la nivelul anului 2016. În schimb, se păstrează tendința ascendentă a cazuisticii de urgență cauzate de consumul de cannabis (creștere cu 15,5% față de anul 2016). Deși sunt mai puțin numeroase, urgențele medicale asociate consumului de halucinogene înregistrează de asemenea o tendință ascendentă (creștere cu 12,4%).

²³ În sensul prezentei analize, se consideră stabilizare dacă schimbarea de tendință (creștere sau scădere) este sub 5%

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

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

Grafic 6 - 182: Tendințe ale numărului de cazuri de urgență înregistrate, în funcție de drogul de consum, 2012-2017



Sursa: ANA

6.3. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

Monitorizarea sistematică, utilizând instrumente validate științific²⁴, a dinamicii infectării cu HIV și hepatite virale a sub-populației de consumatori de droguri injectabile, categoria cea mai expusă la a contracta astfel de boli, este una dintre direcțiile de acțiune importante, prevăzută în documentele programatice de politici publice antidrog naționale.

Sursele de date utilizate pentru evaluarea situației bolilor infecțioase supravegheate, în anul 2017, conform prevederilor metodologice ale indicatorului epidemiologic cheie „Boli infecțioase asociate consumului de droguri”, au fost:

a. baza de date privind indicatorul “Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri” -TDI (se utilizează informații auto-declarate de beneficiari despre statusul serologic propriu, precum și date privind testările și rezultatele acestora, efectuate în timpul tratamentului) – include date colectate continuu de Agenția Națională Antidrog din monitorizarea de rutină a tuturor serviciilor specializate de tratament pentru consumul de droguri active la nivel național în anul de referință.

b. Studiile de supraveghere serologică și comportamentală (BSS) – se realizează periodic (a fost desfășurat în 2017, în rândul CDI din București).

c. monitorizarea de rutină a programelor de schimb de seringi (baza de date creată de Agenția Națională Antidrog începând cu anul 2012) – cuprinde date privind programele de reducere a riscurilor disponibile în București.

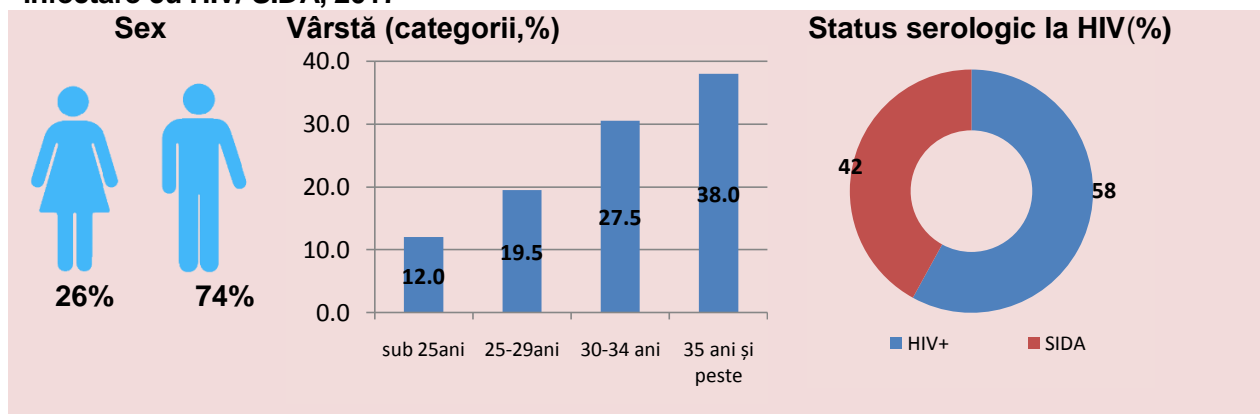
d. notificările, comunicate de instituțiile abilitate ale Ministerului Sănătății, respectiv Centrul National de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile (punct național focal ECDC) și Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof. Dr. M. Balș”.

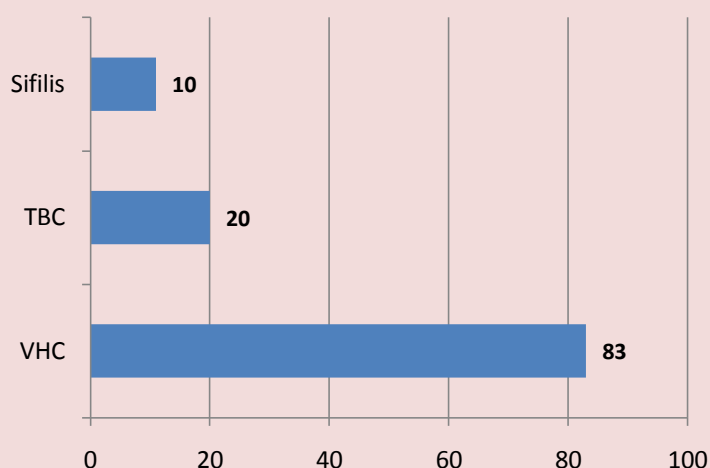
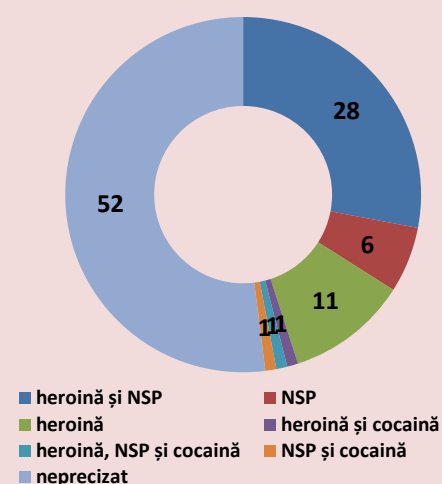
6.3.1. Notificări (cazuri nou diagnosticate)

Având în vedere calea de transmitere probabilă, din totalul de 692 noi cazuri diagnosticate cu HIV/ SIDA, notificate în anul 2017 de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI “Prof. Dr. M. Balș”, 106 sunt consumatori de droguri injectabile, reprezentând 15,31% din totalul cazurilor notificate. Pe lângă scăderea efectivă a numărului de consumatori de droguri injectabile nou infectați cu HIV/ SIDA, se observă și o diminuare a ponderii infecțiilor cu HIV/ SIDA cauzate de consumul injectabil de droguri în totalul cazurilor nou diagnosticate cu HIV/ SIDA, de la 30% în anul 2013, la 15% în anul 2017. Grupul populațional constituit din consumatorii de droguri injectabile diagnosticați cu HIV/ SIDA în anul 2017 prezintă următoarele caracteristici:

- sunt predominant bărbați (74%);
- se distribuie în procente mai ridicate în intervalele de vârstă de 30 - 34 ani (31%) și 25 - 29 ani (22%);
- 28% declară că au consumat preponderent amestecuri de heroină cu noi substanțe psihoactive, 11% heroină, 6% noi substanțe psihoactive, 1% heroină în amestec cu noi substanțe psihoactive și cocaină, 1% heroină în amestec cu cocaină, 1% noi substanțe psihoactive în combinație cu cocaină, în timp ce, 52% nu precizează drogul utilizat;
- mai mult de trei sferturi dintre subiecții diagnosticați (79%) sunt rezidenți în zona metropolitană a municipiului București;
- prezintă co-morbiditate ridicată la VHC (83,3%), TBC (20,37%), Sifilis (11,11%), AgHBs+VHC (7,4%) și AgHBs (0,9%) ;
- 58% din cazuri sunt infectați cu HIV, iar 42% au dezvoltat deja SIDA.

Tabel 6 - 2: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2017



Co-morbiditate (%)**Drog consumat (%)**

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

6.3.2. Prevalență

6.3.2.1. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri admiși la tratament (date auto-raportate) în 2017

În anul 2017, în urma monitorizării de rutină a indicatorului “Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri”, în baza de date astfel constituită, au fost înregistrate 587 cazuri de consumatori de droguri injectabile, valoare similară celei observate în anii anteriori (doar cu 4,7% mai mică față de 2016 și aproape identică cu cea din 2015).

Definiția cazului pentru datele luate în analiză include *consumatorii de droguri admiși la tratament în anul 2017, care au declarat că au consumat droguri pe cale injectabilă în ultimele 30 de zile anterioare admiterii la tratament (consumatori actuali de droguri injectabile)*²⁵. Pentru stabilirea prevalențelor HIV, VHB și VHC au fost utilizate cazurile care *au raportat efectuarea unei testări voluntare privind infectarea cu bolile supravegheate menționate, în anul de referință.*

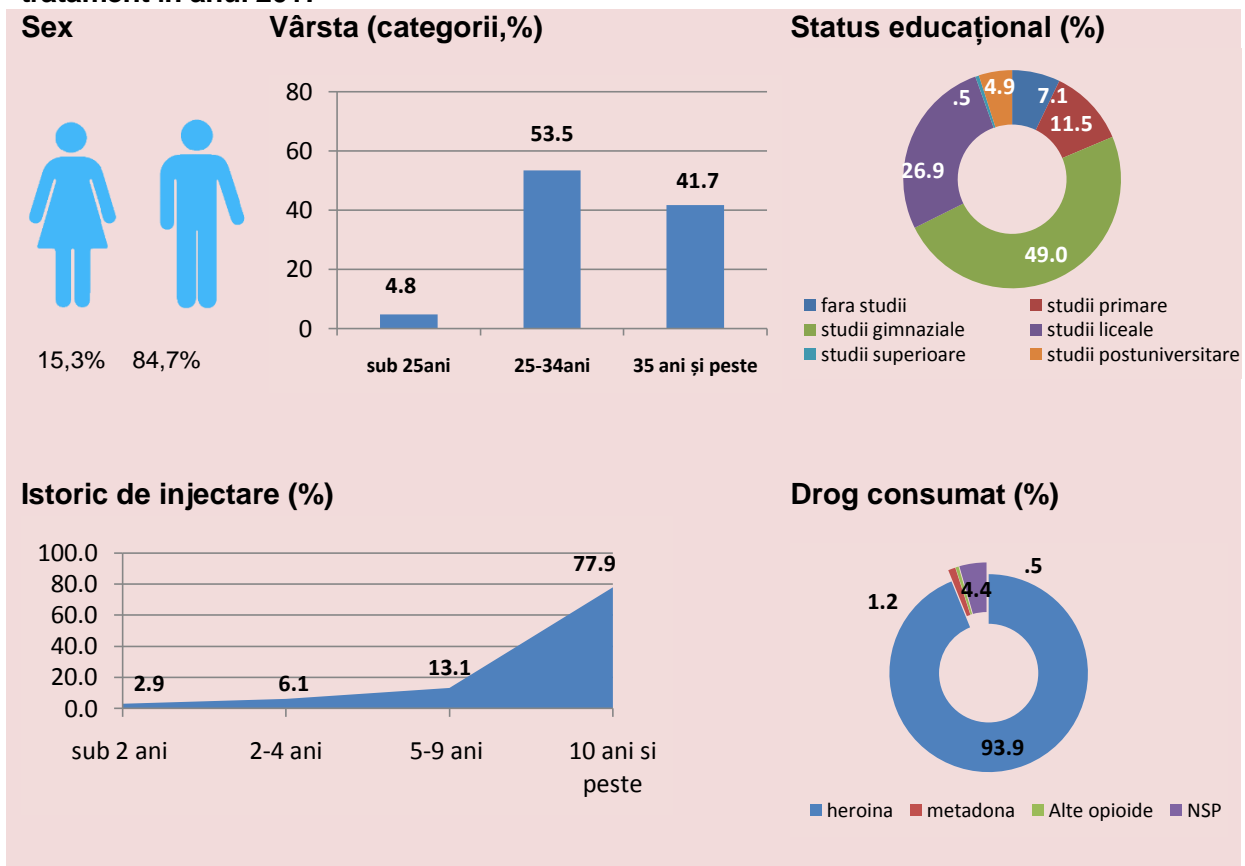
Populația analizată de consumatori actuali de droguri injectabile din sistemul de tratament are următoarele caracteristici:

- se remarcă o preponderență a bărbaților (84,7%);
- populația se concentrează majoritar în grupa de vârstă 25-34 ani (53,5%);
- se constată o semnificativă concentrare a cazurilor în zona București-Ilfov (93,9%);
- consumă preponderent heroină (93,9%);
- cu debut în consumul de droguri în intervalul de vârstă 15-19 ani (56,9%);
- au o perioadă medie de latență în consum (de la debut până la momentul admiterii la tratament specializat) de 9,1 ani;

²⁵ Cazurile au fost selectate prin “intersectarea” variabilei “calea de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile anterior admiterii la tratament” (atributul: consum injectabil) cu variabila “timpul trecut de la ultima injectare cu orice substanță psihoactivă” (atributul: injectare în ultimele 30 de zile).

- 77,9% sunt beneficiari cu un istoric îndelungat de consum injectabil (mai mult de 10 ani), față de doar 2,6% consumatori noi (mai puțin de 2 ani de consum injectabil);
- 88,2% din cazuri au declarat o frecvență zilnică a consumului anterior aditerii la tratament, iar 39% au declarat consum combinat de mai multe droguri, în aceeași perioadă;
- 7,2% dintre subiecți au utilizat în comun ace și seringi în ultimele 30 de zile;
- cei mai mulți dintre consumatori sunt absolvenți de studii primare sau gimnaziale (60,5%), în timp ce, 7,1% dintre ei nu au fost niciodată la școală sau nu au absolvit studiile primare;
- majoritatea (58,4%) a mai fost în tratament pentru consum de droguri;.
- în 50,6% dintre cazuri asistența a fost acordată în regim ambulatoriu, față de 47,4% în sistem rezidențial, respectiv 2% în detenție.

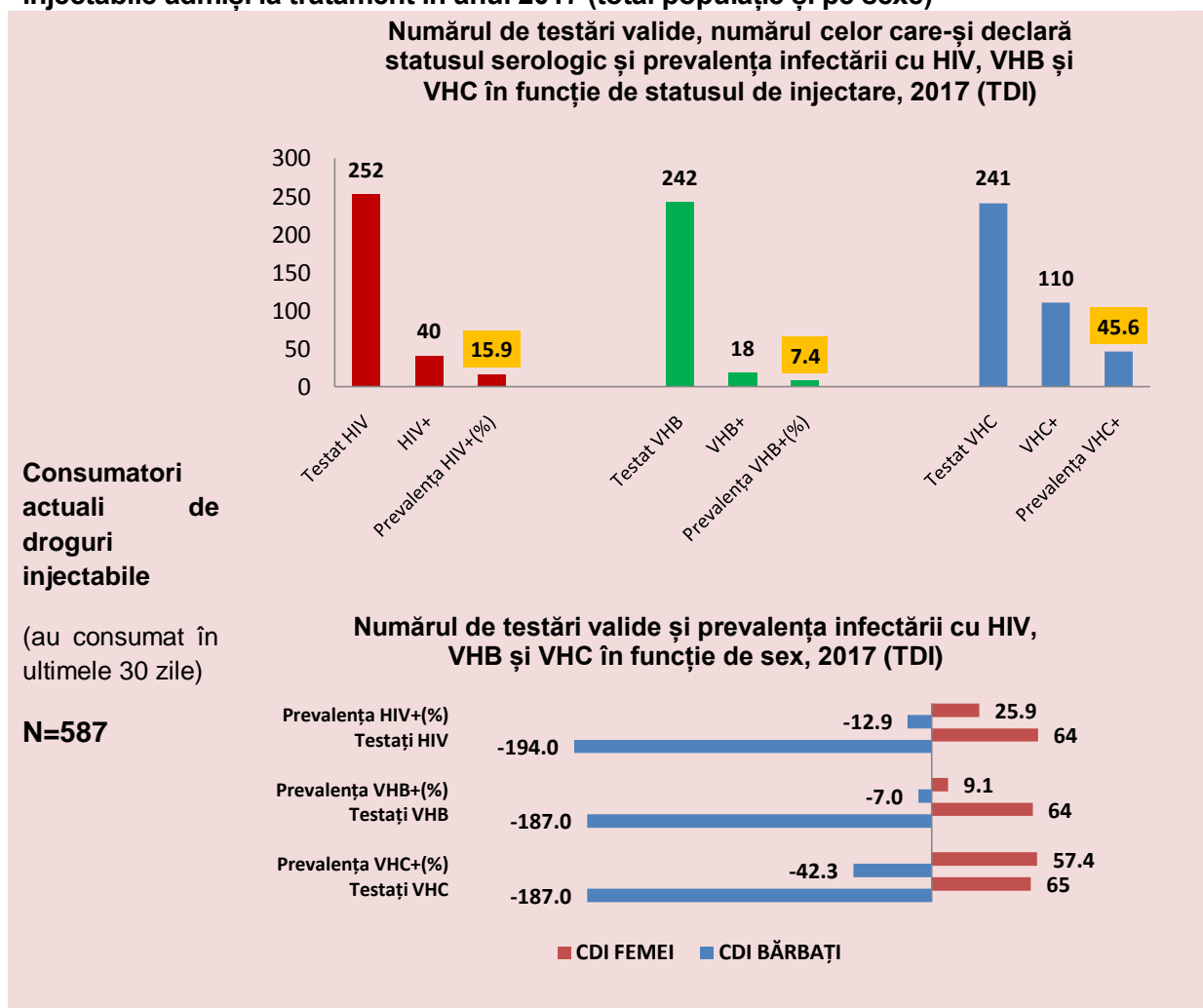
Tabel 6 - 3: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2017



Sursa: ANA

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

Grafic 6 - 19: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2017 (total populație și pe sexe)



Sursa: ANA

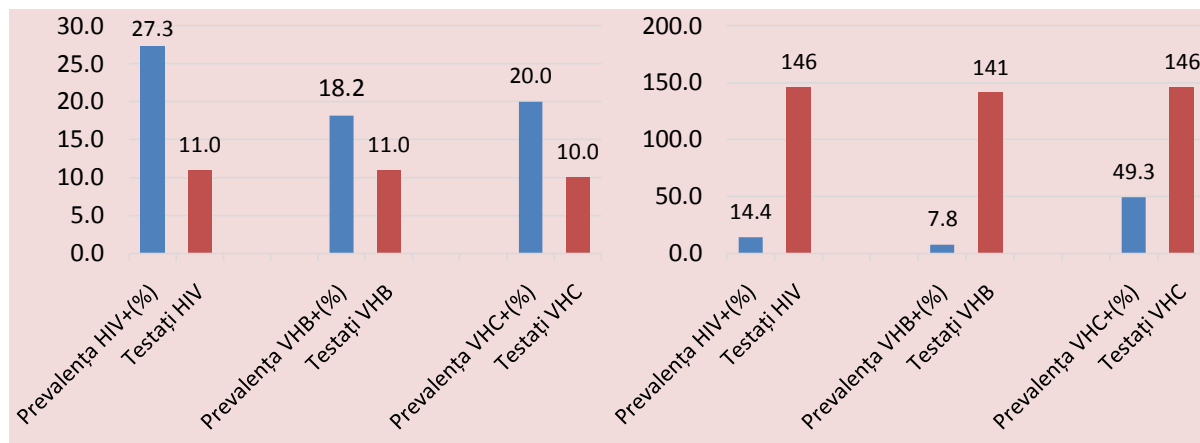
Prevalențele rezultate din analiza datelor auto-raportate de consumatorii de droguri injectabile, admiși la tratament și testați pentru identificarea HIV, VHB și VHC în anul 2017, se situează la un nivel mai ridicat față de anul anterior: prevalența HIV crește de la 11,6% la 15,9%; prevalența VHB crește de la 4,4% la 7,4%, iar prevalența VHC crește de la 34,3% la 45,6%.

Majoritari ca proporție în populația analizată (consumatori actuali de droguri injectabile, admiși la tratament în 2017), bărbații înregistrează prevalențe mai reduse pentru toate tipurile de infecții: prevalența HIV – 12,9% bărbați, față de 25,9% femei; prevalența VHC – 42,3% bărbați, față de 57,4% femei; prevalența VHB – 7% bărbați, față de 9,1% femei;.

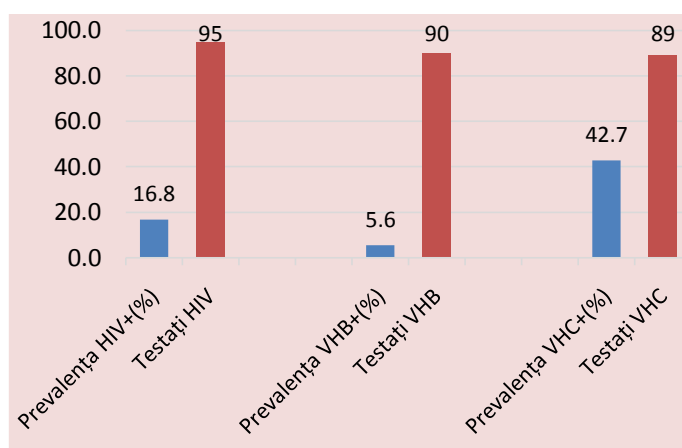
Grafic 6 - 20: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2017 (TDI)

Grupa de vârstă < 25 ani

Grupa de vârstă 25 – 34 ani



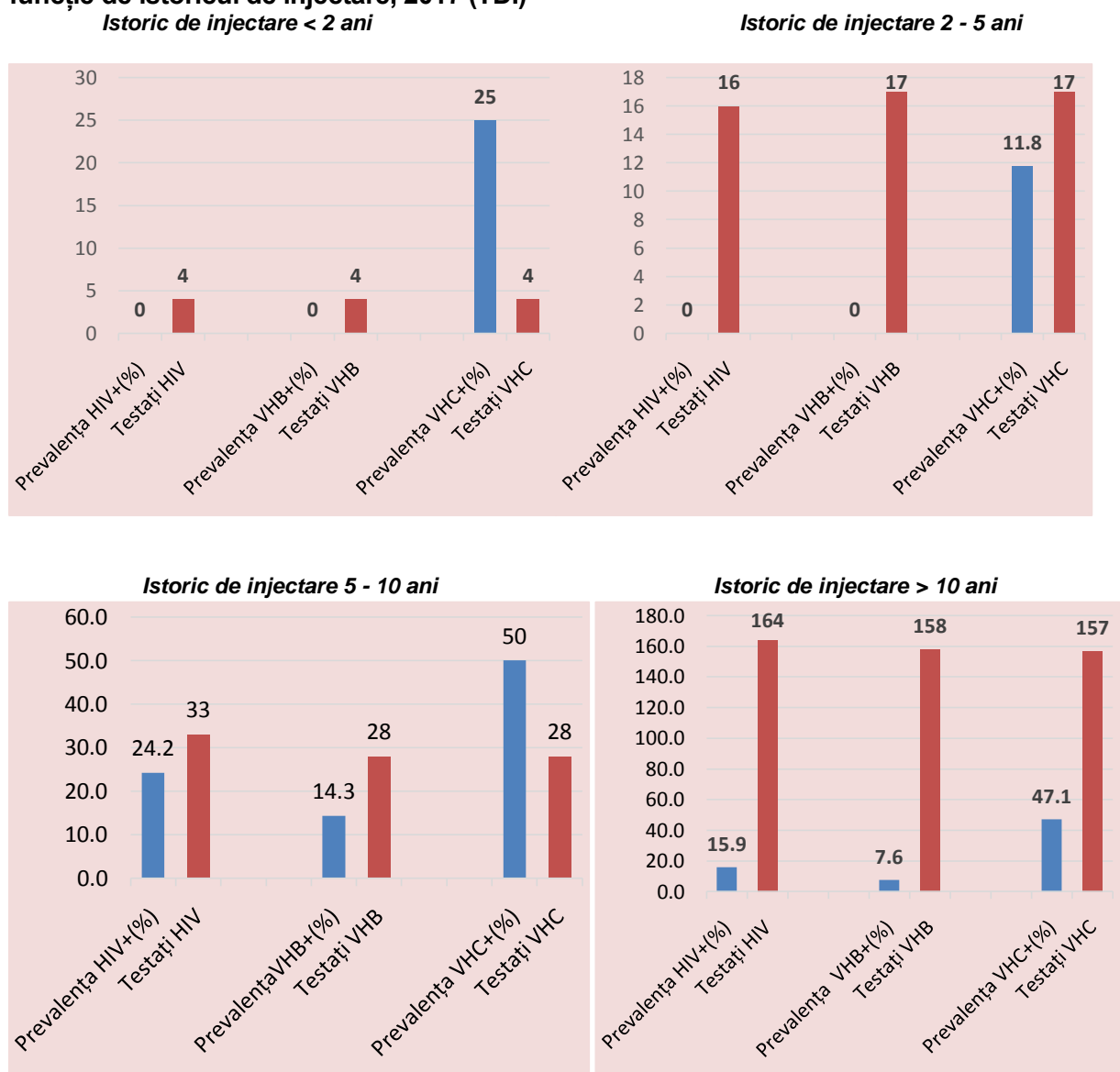
Grupa de vârstă > 34 ani



Sursa: ANA

Deși au cea mai mare pondere în rândul consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2017, persoanele din grupa de vârstă 25-34 de ani înregistrează doar în cazul infecției VHC cea mai mare valoare a prevalenței (49,3%), în timp ce, pentru celelalte două tipuri de infecții, cele mai mari valori ale prevalențelor au fost observate în rândul consumatorilor cu vârsta sub 25 de ani: prevalența HIV – 27,3%, respectiv prevalența VHB – 18,2%. O valoare ridicată a prevalenței VHC se înregistrează și în rândul consumatorilor cu vârste de peste 34 ani (42,7%).

Grafic 6 - 21: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2017 (TDI)



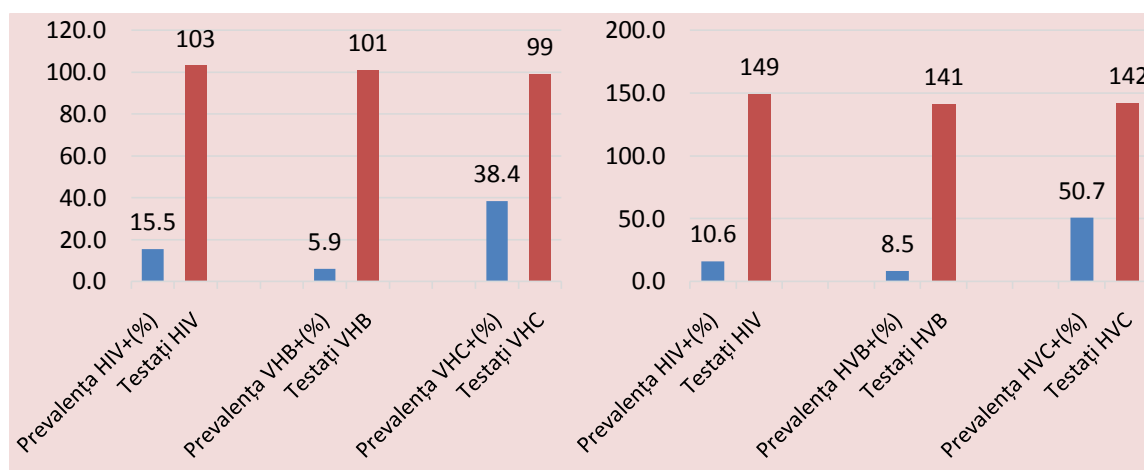
Sursa: ANA

Cele mai ridicate prevalențe pentru toate cele trei tipuri de infecții analizate se constată în rândul consumatorilor actuali de droguri injectabile cu istoric mediu de injectare (între 5 și 10 ani): HIV - 24,2%, VHB – 14,3%, VHC – 50%. Aceștia sunt urmași de cei care utilizează droguri injectabile de peste 10 ani: HIV - 15,9%, VHB – 7,6%, VHC – 47,1%. Cifrele trebuie considerate totuși cu precauție, având în vedere numărul redus al testărilor realizate în cazul celor cu istoric scurt de injectare.

Grafic 6 - 223: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admierii la tratament, 2017 (TDI)

CDI – admiși pentru prima dată la tratament

CDI - admiși anterior la tratament



Sursa: ANA

Cu toate că se regănesc în număr mai mic față de cei admiși anterior la tratament, consumatorii de droguri injectabile admiși pentru prima oară la tratament (cazuri noi), care au fost testați în 2017, înregistrează prevalențe mai mari la infectarea cu HIV (15,5%, față de 10,6%). În schimb, cei care au mai beneficiat anterior de tratament ca urmare a consumului de droguri înregistrează valori mai mari ale prevalenței pentru celelalte două infecții analizate: 50,7%, față de 38,4% pentru prevalența VHC, respectiv 8,5%, față de 5,9% pentru prevalența VHB.

Din perspectiva **caracteristicilor socio-demografice, a istoricului și comportamentelor de consum**, pot fi creionate următoarele profile pentru consumatorii de droguri care declară cu status serologic pozitiv pentru infecțiile cu HIV, VHB, respectiv VHC.

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la HIV:

- este de sex masculin (62,5%),
- cu vârsta între 25-34 ani (52,5%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (92,5%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (76,5%),
- admis anterior la tratament (60%),
- tratat în regim rezidențial (52,5%),
- anterior admierii la tratament, și-a injectat drog cu o frecvență zilnică (87,5%),
- are o durată medie de latență a consumului (de la debut până la prima admitere la tratament) de 8,8 ani,
- a utilizat în comun echipament de injectare, dar nu în ultimele 12 luni (37,5%),
- prezintă co-infectare cu VHC în 82,5% din cazuri, respectiv cu VHB în 27,5% din cazuri,
- are studii gimnaziale (50%),
- locuiește în majoritatea cazurilor într-o locuință stabilă (88,2%),
- locuiește cu familia de origine sau cu părinții (57,1%) sau cu partenerul/ copiii (31,4%), majoritatea fiind rezidențiali în București (95%),

Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHC:

- este de sex masculin (71,8%),
- cu vârsta între 25 - 34 ani (63,6%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (94,5%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (81,3%),
- a mai fost admis anterior la tratament (65,5%),
- tratat în regim rezidențial (55,5%),
- a utilizat în comun echipament de injectare, dar nu în ultimele 12 luni (35,5%),
- prezintă co-infecție cu HIV în 30% din cazuri și co-infecție cu VHB în 11,8% din cazuri,
- are preponderent studii gimnaziale (40,4%),
- locuiește în București (95,5%), de regulă, într-o locuință stabilă (90%), de cele mai multe ori, cu părinții/ familia de origine (65,7%)

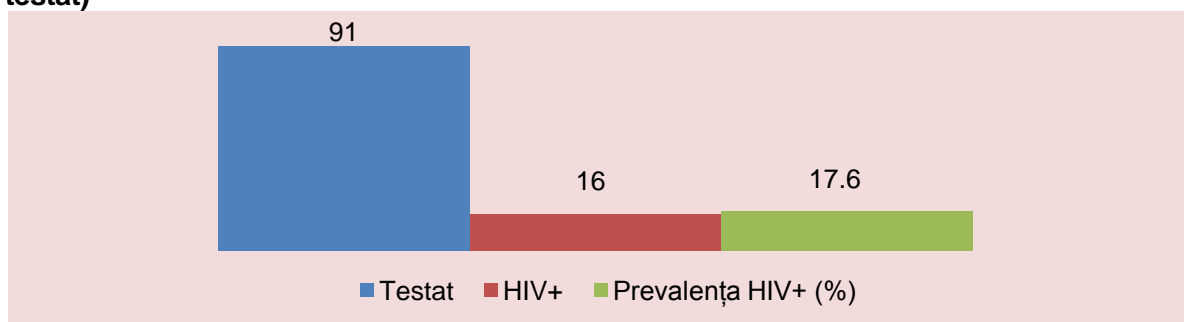
Consumatorul de droguri injectabile cu status serologic pozitiv la VHB:

- este de sex masculin (72,2%),
- cu vârsta între 25 - 34 ani (61,1%),
- este admis la tratament pentru consum de heroină (77,8%),
- cu istoric îndelungat de injectare - de peste 10 ani (88,9%),
- admis anterior la tratament (75%),
- anterior admiterii la tratament, a consumat cu o frecvență zilnică (88,9%) și a utilizat în comun echipament de injectare, dar nu în ultimul an (38,9%),
- prezintă co-infecție cu HIV în 61,1% din cazuri și co-infecție cu VHC în 72,2% din cazuri,
- tratat în regim rezidențial (55,6%),
- are preponderent studii liceale (41,2%),
- locuiește în București (94,4%), într-o locuință stabilă (75%), cu părinții/ familia de origine (75%),

6.3.2.2. Prevalența infectării cu HIV, VHB, VHC a consumatorilor de droguri aflați în tratament (date rezultate în urma testării rapide pe durata tratamentului) în 2017

Având în vedere faptul că sunt reduse ca volum, datele înregistrate în urma testării consumatorilor de droguri aflați în serviciile de tratament (pe parcursul procesului terapeutic) trebuie să fie analizate (cu precauție), comparativ cu cele constatate în cazul datelor autodeclarate de aceștia la admiterea în tratament.

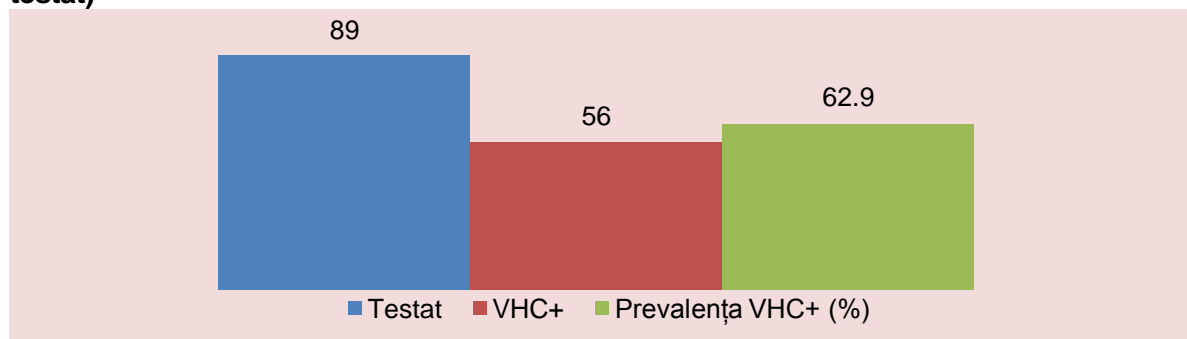
Grafic 6 - 23: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2017 (status serologic testat)



Sursa: ANA

Astfel, în 2017, pe fondul dublării numărului de teste aplicate, comparativ cu anul anterior, prevalența HIV, înregistrată în populația de consumatori de droguri injectabile testați pe durata tratamentului, este cu 30% mai mică față de valoarea constatată în anul anterior (17,6% față de 25% în 2016), dar de 2 ori mai mare față de valorile raportate în anii 2014-2015 (8,4% în 2014 și 8,3% în 2015) și dublă față de cea rezultată în urma analizei datelor auto-raportate la admiterea în tratament.

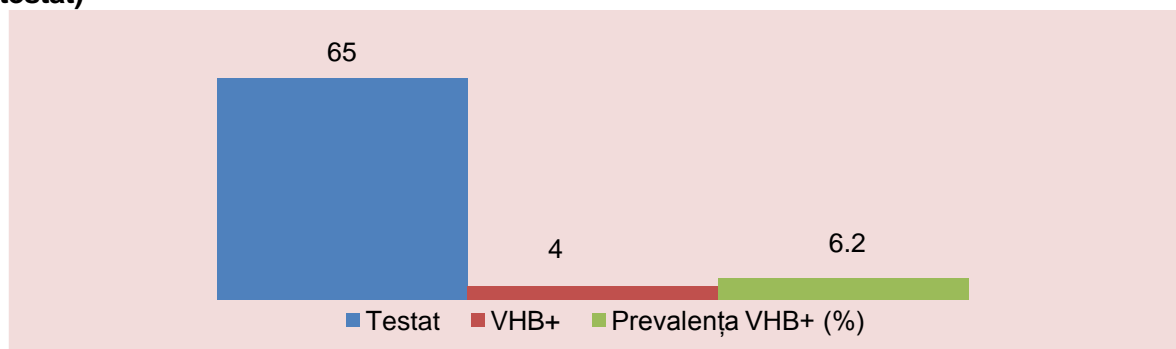
Grafic 6 - 24: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2017 (status serologic testat)



Sursa: ANA

În ceea ce privește prevalența VHC rezultată în urma testărilor, pe fondul dublării numărului de persoane testate, se constată o ușoară diminuare a prevalenței VHC (de la 64,3%, la 62,9%). Cu toate acestea, deși datele sunt mai puțin numeroase, comparativ cu cele privind statusul serologic autodeclarat, valoarea prevalenței VHC mai mare (62,9%, față de 45,6%), confirmă menținerea unui nivel ridicat al VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din serviciile de tratament.

Grafic 6 - 25: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2017 (status serologic testat)



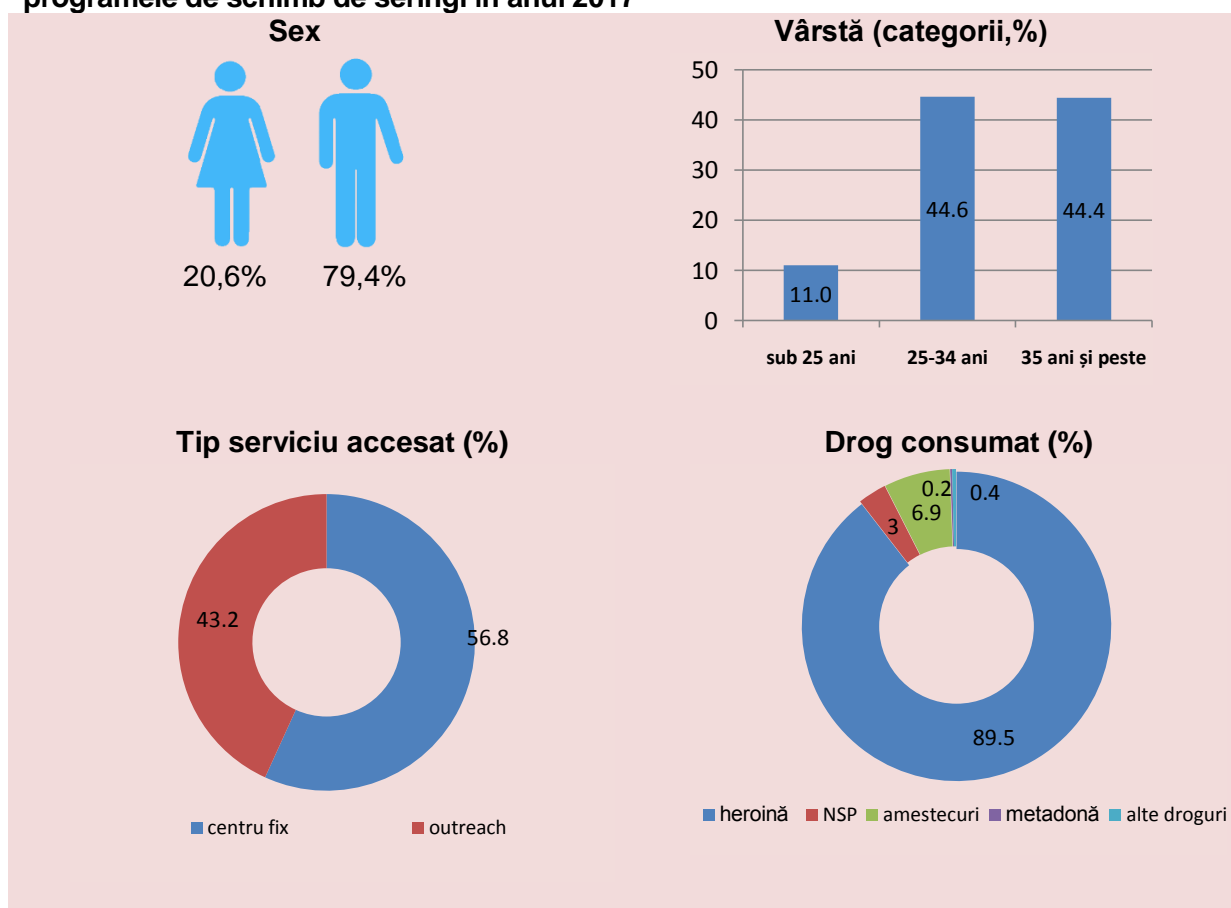
Sursa: ANA

Prevalența infectării cu VHB rezultată din testările efectuate în timpul tratamentului, se reduce cu aproape 50% față de cea observată în anul anterior – de la 11,9% la 6,2%. În schimb, prevalența rezultată din datele autodeclarate este mai mare decât cea rezultată din testări.

6.3.2.3. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri înregistrați în programele de schimb de seringi în 2017

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

Tabel 6 - 4: Caracteristicile persoanelor care își injectează droguri înregistrate în programele de schimb de seringi în anul 2017



Sursa: ANA

În cazul celor asistați aflați în programele de schimb de seringi, în 2017, doar 61,8% au declarat drogul principal consumat în ultimele 30 de zile, iar dintre aceștia, 89,5% au consumat heroină, 3% NSP, 6,9% au declarat consum de droguri multiple sau amestecuri, iar 0,2% au menționat metadona.

Populația masculină este similară ca pondere (79,4%) cu aceea aflată în serviciile de tratament. Persoanele care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi, se află în categoria de vârstă 25-34 de ani (44,6%) și peste 34 de ani (44,4%).

Cei 2974 beneficiari unici înregistrați au accesat, în anul 2017, preponderent (56,8%), serviciile de tip outreach, restul (43,2%) apelând la centre fixe de schimb de seringi.

1 din 5 (21,2%) persoane care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi au fost, în anul 2017, distribuitori secundari de echipamente de injectare.

Beneficiarii programelor de reducere a riscurilor au fost asistați, în 2017, în proporție de 86,1% de ARAS și 13,9% de CARUSEL.

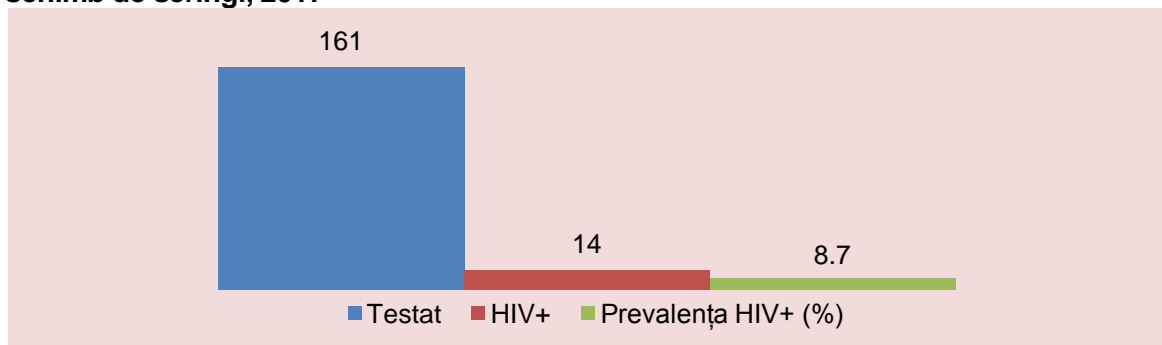
Doar 161 persoane care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi în anul 2017 au fost testate pentru bolile infecțioase supravegheate, fiind aplicate 408 teste rapide.

Infecția cu HIV

Persoanele care își injectează droguri din programele de seringi, identificate în 2017 cu status serologic pozitiv la HIV (8,7%), prezintă caracteristici socio-demografice și comportamente de consum specifice, astfel:

- 12 bărbați și 2 femei,
- analiza cazurilor pe grupe de vârstă indică o distribuție a acestora, cu preponderență în intervalul 25-34 ani (8 cazuri), cu o vârstă medie de 33,5 ani,
- toți subiecții au fost în contact cu un centru fix de schimb de seringi,
- doar 5 persoane au declarat drogul consumat, acesta fiind heroina (3 cazuri) sau policonsum (2 cazuri),
- doar 2 consumatori au fost utilizați ca distribuitor secundar de echipament de injectare,
- 8 cazuri prezintă co-infecție cu VHC și 3 cu VHB.

Grafic 6 - 26: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu HIV în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017

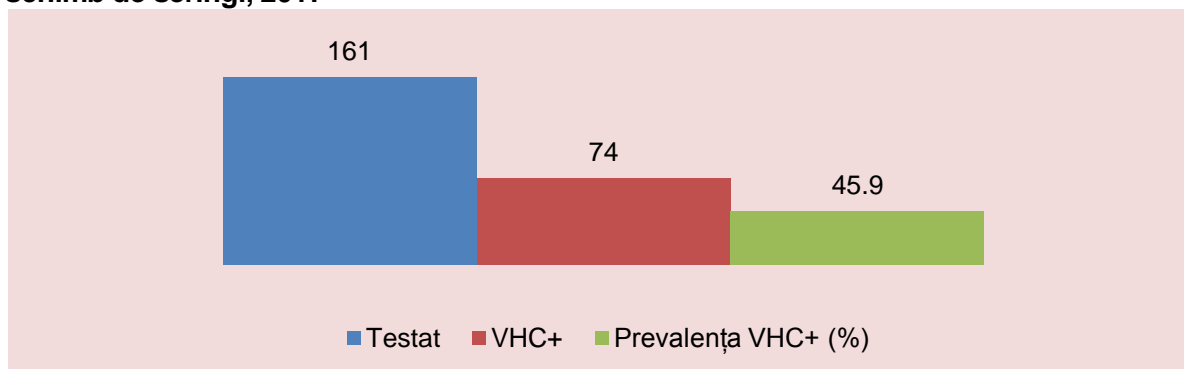


Sursa: ANA

Infecția cu VHC

45,9% dintre persoanele care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi în anul 2017, prezentau virusul hepatitei C.

Grafic 6 - 27: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017



Sursa: ANA

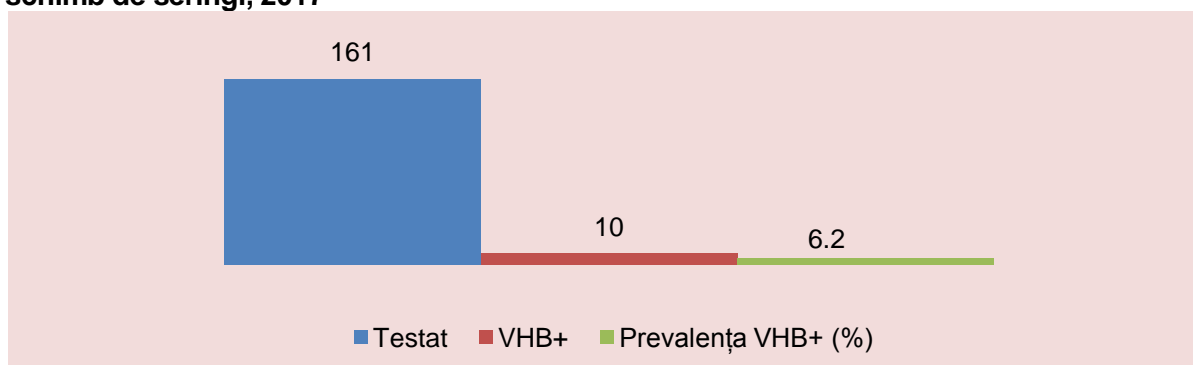
În cazul beneficiarilor programelor de schimb de seringi infectați cu VHC:

- 75,7% dintre subiecți sunt bărbați, față de 24,3% femei,
- toți subiecții locuiesc în București și au fost înregistrați în programele ARAS, majoritatea (79,7) fiind asistați în sectorul 2;
- doar 6 persoane au declarat că au fost distribuitori secundari de echipament de injectare,
- cazurile se distribuie în intervalele de vârstă 25-34 ani (50%) și peste 34 ani (40,5%), vârsta medie fiind 34,7 ani,
- doar 20,7% au declarat drogul utilizat, iar dintre ceilalți, 19 au declarat consum de heroină,
- 8 cazuri prezintă co-infecție cu HIV și 6, cu VHB.

Infecția cu VHB

6,2% dintre persoanele care își injectează droguri din programele de seringi au fost identificate, în 2017, cu status serologic pozitiv la VHB.

Grafic 6 - 28: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu VHB în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017



Sursa: ANA

Doar 4 dintre cei 10 persoane care își injectează droguri cu status VHB pozitiv declară drogul consumat (3 au menționat heroina, în timp ce unul, policonsumul), 2 sunt de gen feminin și 8 masculin, 5 se află în grupa de vârstă 25-34 ani, iar restul au 35 ani sau mai

mult, rezidenți în București și asistați, în centrul fix, de ARAS. 3 prezintă co-infecție cu HIV și 6 sunt co-infecțate cu VHC.

Riscul de infecție cu bolile supravegheate menționate, la care este expusă populația de consumatori de droguri injectabile activi din București înregistrată în programele de schimb de seringi în anul 2017 este dificil de cuantificat. Se pot însă emite unele ipoteze în ce privește câțiva dintre posibili factori cu care acesta se asociază temporal:

- disponibilitatea redusă a serviciilor de reducere a riscurilor furnizate PWID, limitate de volumul insuficient de resurse aflate la dispoziție;
- disponibilitatea redusă a serviciilor de testare;
- acumularea unor cohorte de populație receptivă în câteva zone recunoscute drept vulnerabile socio-economic, din sectoarele 5, 2 și 3 ale Capitalei;
- accesul limitat la serviciile publice de asistență medico-socială pentru consumatori de droguri injectabile, din cauza vulnerabilității sociale a acestora (precaritate economică, nivel scăzut al educației, etc).

6.3.2.4. Prevalența HIV, VHB și VHC în rândul consumatorilor de droguri rezultată din alte surse decât monitorizarea de rutină

În anul 2017, Agenția Națională Antidrog a realizat studiul „Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2017”. Datele au fost colectate în luna octombrie 2017.

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

Obiectivul general al cercetării a fost evaluarea situației actuale și a dinamicii comportamentelor de risc privind infecția cu HIV și hepatite virale B și C a sub-populației de consumatori de droguri injectabile din zona metropolitană a municipiului București și județul Ilfov, având ca termeni de referință rezultatele studiilor similare, efectuate în anii 2009, 2010, 2012 și 2015.

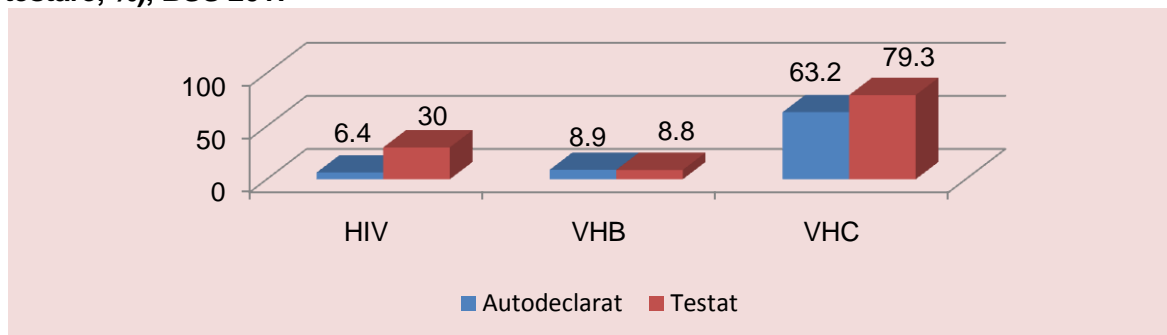
Universul cercetării l-a constituit populația de consumatori de droguri injectabile din București-Ilfov, cu vârsta cuprinsă între 18 - 64 ani, iar eșantionul a fost de 444 chestionare.

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

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

Conform rezultatelor „Anchetei de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2017”, prevalența bolilor infecțioase cel mai frecvent asociate consumului de droguri injectabile se menține apropiată de valorile înregistrate în studiul anterior (BSS 2015): prevalența infectării cu HIV este de 30%, prevalența infectării cu VHB este de 8,8%, iar prevalența infectării cu VHC este de 79,3%.

Grafic 6 - 29: Prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC (date autodeclarate vs. date din testare, %), BSS 2017



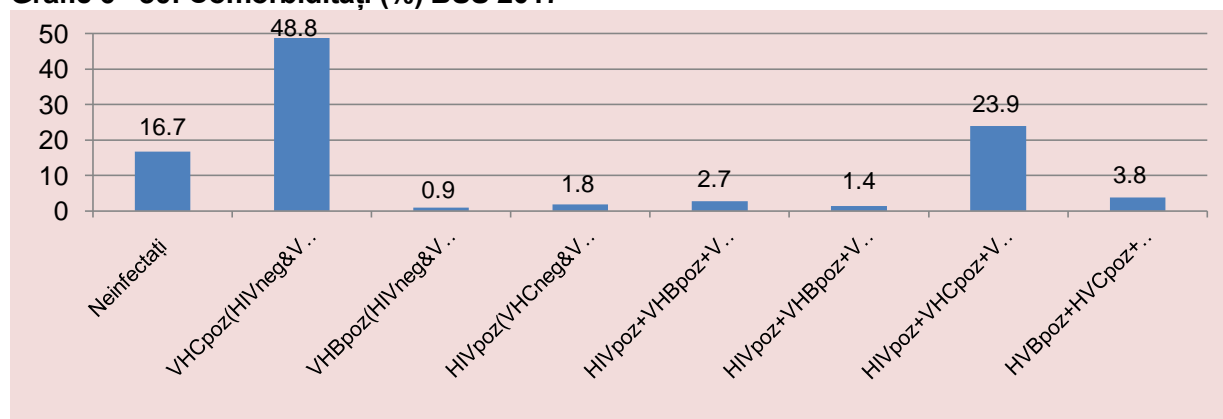
Sursa: ANA

Comparând prevalențele rezultate din testarea rapidă cu cele obținute pe baza răspunsurilor oferite de participanții la studiu, se observă o diferență semnificativă, în cazul infectării cu HIV, între statusul serologic pozitiv autodeclarat și cel rezultat în urma testării (prevalența HIV autodeclarată este de aproape 5 ori mai mică față de cea rezultată din testare). În cazul infectării cu VHC, prevalența autodeclarată reprezintă 79,7% din valoarea prevalenței rezultate din testarea rapidă. În schimb, în cazul infectării cu VHB, se constată valori similare atât în privința statusului serologic autodeclarat, cât și al celui rezultat în urma testării.

Diferențele evidențiate între prevalența autodeclarată și cea obținută în urma testării rapide din probe biologice indică nivelul de cunoaștere pe care consumatorii de droguri injectabile îl au față de propriul status serologic.

În privința comorbidităților existente în cadrul populației investigate, se constată că 16,7% dintre participanții la studiu sunt neinfecțați, în timp ce, 2,7% sunt contaminați cu toate cele trei tipuri de virus. Aproximativ jumătate din populația investigată (48,8%) este infectată exclusiv cu VHC, iar 23,9% sunt infectați atât cu HIV, cât și cu VHC.

Grafic 6 - 30: Comorbidități (%) BSS 2017



Sursa: ANA

Din punct de vedere al vârstei, se observă că prevalența infecției cu virusul hepatitei de tip C depășește 50% în rândul respondenților cu vârsta sub 25 ani și 80% în cadrul celorlalte grupe de vârstă (25-34 ani, >34 ani). Infecția cu HIV este prezentă la aproximativ 1/3 dintre subiecții cu vârsta de peste 34 ani. Atât bărbații cât și femeile care au participat la studiu sunt, în marea lor majoritate, infectați cu VHC, prevalența infecției cu acest virus fiind mai mare în cadrul populației masculine (+10,8%). În cazul infecției cu HIV, prevalența este, de asemenea, mai mare în rândul consumatorilor de sex masculin. În ceea ce privește vârsta la care consumul de droguri a fost inițiat, se remarcă o prevalență ridicată a infecției cu VHC concomitent cu o prevalență scăzută a infecției cu VHB, indiferent de vârsta de debut menționată de respondenți.

Tabel 6 - 5: Distribuția bolilor infecțioase, în funcție de grupa de vârstă, sex și vârsta de debut în consumul de droguri

		HIV+	VHC+	VHB+
		%	%	%
vârstă	<i><25 ani</i>	11,5	55,8	3,8
	<i>25-34 ani</i>	31	81	10,2
	<i>>34 ani</i>	34,1	84,1	8,5
sex	<i>masculin</i>	32,6	82,2	8,9
	<i>feminin</i>	22,7	71,4	8,4
vârstă de debut	<i>< 18 ani</i>	32,4	82,4	11,1
	<i>> 18 ani</i>	27,6	76,3	6,6

Sursa: ANA

Analizând caracteristicile populației investigate din perspectiva sexului, a grupei de vârstă, a vârstei de debut în consumul de droguri și a tipul de drog consumat în ultima lună, se conturează următorul profil pentru consumatorii de droguri injectabile indiferent de virusul identificat (HIV, VHC, VHB) și anume:

- este de sex masculin (HIV-79,7%, VHC-75,9%, VHB-74,4%)
- are vârsta cuprinsă în intervalul 25-34 ani (HIV-50,4%, VHC-49,7%, VHB-56,4%)
- era minor când a consumat droguri pentru prima dată (HIV-52,6%, VHC-50,6%, VHB-61,5%)
- a consumat heroină în ultimele 30 zile înainte de participarea la studiu (HIV-96,2%, VHC-98,3%, VHB-100%).

Tabel 6 - 6: Caracteristicile consumatorilor HIV+, VHC+, VHB+ în funcție de grupa de vârstă, sex, vârsta de debut în consumul de droguri și tipul drogurilor consumate în ultima lună

		HIV+	VHC+	VHB+
		%	%	%
vârstă	<i><25 ani</i>	4,5	8,2	5,1
	<i>25-34 ani</i>	50,4	49,7	56,4
	<i>>34 ani</i>	45,1	42	38,5
sex	<i>masculin</i>	79,7	75,9	74,4
	<i>feminin</i>	20,3	24,1	25,6
vârstă de debut	<i>< 18 ani</i>	52,6	50,6	61,5
	<i>> 18 ani</i>	47,4	49,4	38,5
drog utilizat*	<i>heroină</i>	96,2	98,3	100
	<i>metadonă</i>	48,9	49,1	41
	<i>alt opiod</i>	4,5	3,7	5,1
	<i>cocaină</i>	6	5,1	5,1
	<i>amfetamine/metamfetamine</i>	2,3	4	7,7
	<i>benzodiazepine</i>	22,6	15,9	15,4
	<i>NSP</i>	36,8	22,2	17,9

Sursa: ANA

*declararea unui drog ca fiind consumat în ultima lună nu exclude consumul și de alte droguri în intervalul de timp menționat

Date comportamentale

Potrivit rezultatelor obținute în cadrul *Anchetei de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2017*, majoritatea respondenților (82,4%) a declarat că, la ultima injectare, au fost folosite seringi sterile. Cu toate acestea, mai mult de jumătate (58,8%) dintre participanți a recurs, la un moment dat, la seringi utilizate anterior de altcineva, 45,6% dintre aceștia declarând un astfel de comportament de injectare chiar și în ultimele 30 zile.

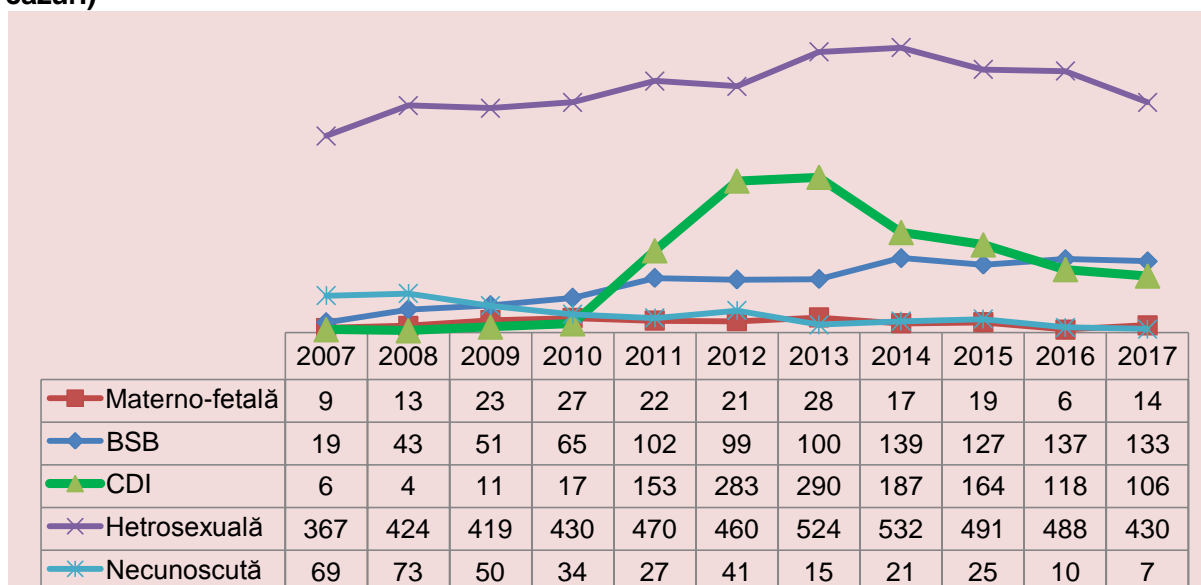
6.3.3.Tendințe

6.3.3.1. Notificări

Curba notificărilor de noi infecții cu HIV este și în anul 2017 descendentă, urmând tendința semnalată în ultimii 4 ani. Astfel, față de anul anterior, numărul cazurilor de consumatori de droguri injectabile nou diagnosticate cu HIV a scăzut cu circa 11% și se situează la aproape o treime față de valoarea maximă înregistrată în anul 2013.

Incidența infectării cu HIV a populațiilor de consumatori de droguri injectabile din România (fenomen localizat, în principal, în București) a început să crească în anul 2011, fiind asociată de majoritatea specialiștilor cu apariția pe piața drogurilor a noilor substanțe psihoactive (NSP). Astfel, față de valorile înregistrate în perioada 2007-2010, numărul cazurilor de consumatori de droguri injectabile, nou diagnosticate în cadrul sistemului național de supraveghere epidemiologică, a crescut abrupt în 2011, atingând un maxim în 2013. Începând cu anul 2014, se constată scăderea continuă a notificărilor cu HIV/ SIDA înregistrate în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Grafic 6 - 31: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007-2017 (nr. cazuri)



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

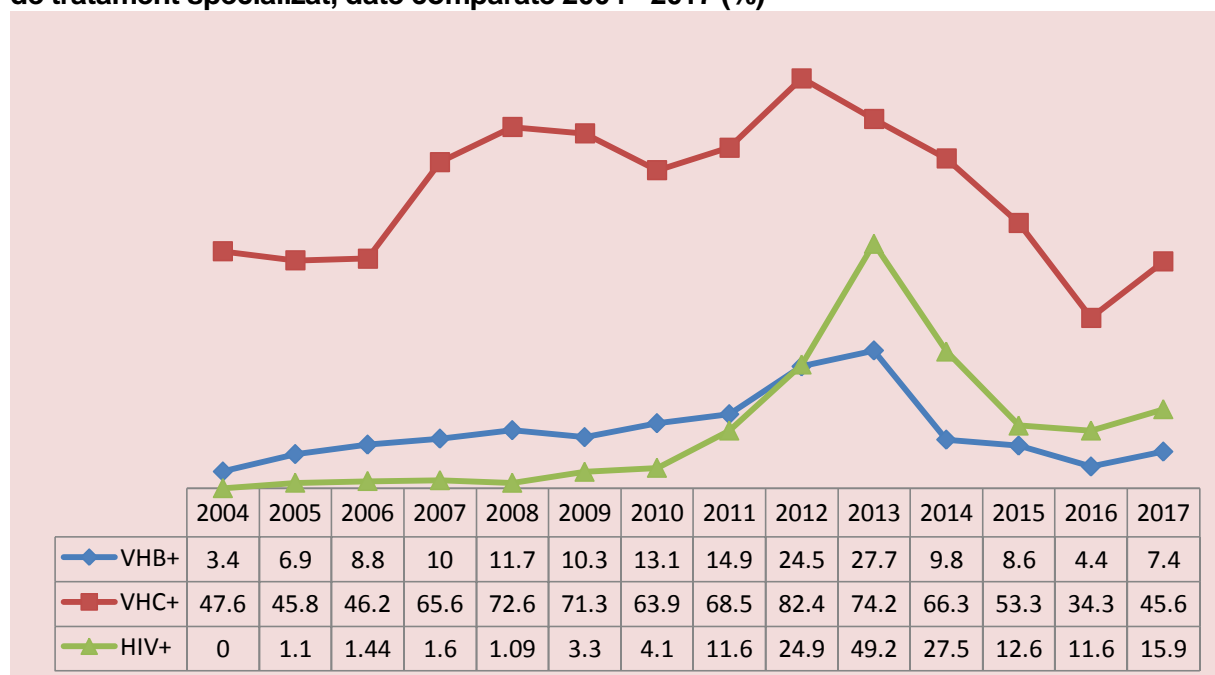
Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI
“Prof. Dr. M. Balș”

Tendința pusă în evidență de notificările privind infectarea cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în 2017, este aceea de stabilizare. Ca și în anul anterior, principala cale probabilă de transmitere rămâne cea heterosexuale, urmată de sexul neprotejat între bărbații care fac sex cu bărbați și apoi de consumul injectabil de droguri, fiind păstrată aceeași „ierarhie” în ceea ce privește calea de transmitere a HIV ca cea observată în anul 2016.

6.3.3.2. Prevalență

În urma analizei statusului serologic autodeclarat la admiterea în serviciile specializate de tratament al consumatorilor de droguri injectabile, în anul 2017, la nivel național, se constată o schimbare a tendinței conturate în anii anteriori în privința prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în sensul creșterii acesteia atât pentru infecția cu HIV și VHC, cât mai ales pentru infecția cu VHB. Astfel, în cazul prevalenței infecției cu virusul hepatitei de tip B creșterea a fost de 68,2% în timp ce prevalența infecției cu virusul hepatitei de tip C, cât și cea a infecției cu virusul imunodeficienței umane a crescut cu 32,9%, respectiv 37,1%.

Grafic 6 - 32: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2017 (%)



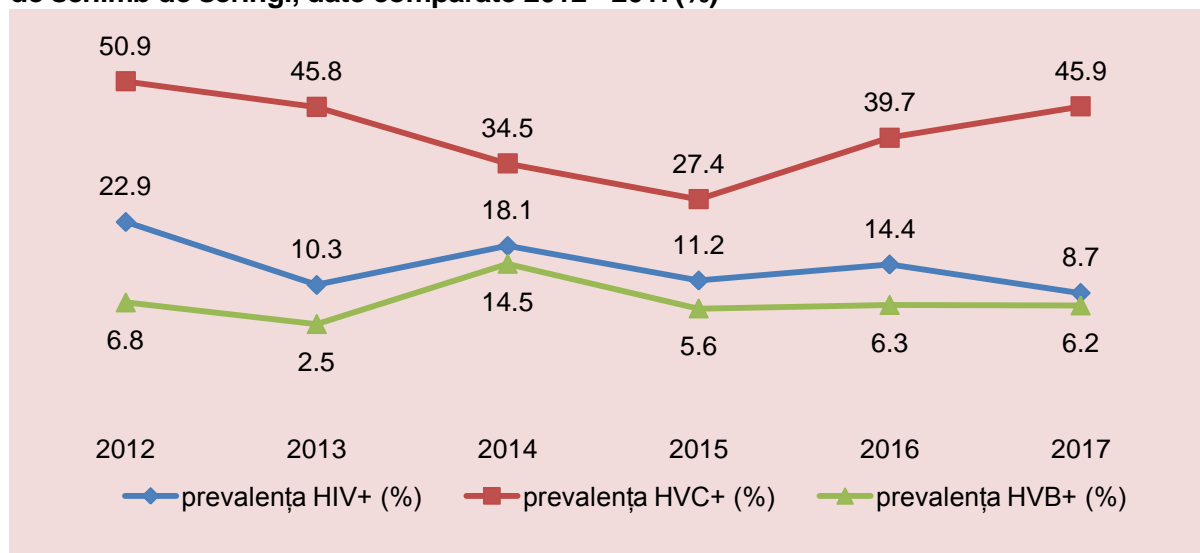
Sursa: ANA

În 2017 se înregistrează o scădere a cazurilor depistate HIV pozitiv în rândul persoanelor care își injectează droguri, incluse în programele de schimb de seringi, fiind înregistrat cel mai mic nivel (8,7%) din ultimii 6 ani.

Prevalența VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri, incluse în programele de schimb de seringi continuă tendința de creștere începută în 2016, în anul de referință ajungând la 45,9%, nivel înregistrat și în anul 2013 (45,8%) și foarte aproape de cel înregistrat la începutul perioadei de monitorizare (anul 2012), când jumătate din populația care își injectează droguri, testată pentru depistarea bolilor infecțioase asociate, era infectată cu VHC (50,9%).

În ceea ce privește prevalența VHB, se observă o stabilizare a acesteia în rândul persoanelor care își injectează droguri, testate pentru depistarea bolilor infecțioase asociate, aflate în anul 2017 în programele de schimb de seringi.

Grafic 6 - 33: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul PWID aflate în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2017(%)



Sursa: ANA

6.4. RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚELE ASUPRA SĂNĂTĂȚII²⁶

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

În domeniul politicilor antidrog, problematica riscurilor asociate consumului de droguri este abordată în cadrul documentelor programatice implementate de structurile abilitate și pe parcursul anului 2017:

- Strategia Națională Antidrog 2013-2020 în care sunt prevăzute 2 obiective specifice prin care se urmărește reducerea riscurilor asociate consumului de droguri prin diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi cât și prin creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri în privința consecințelor pe care consumul de droguri le are în planul sănătății.

- Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018 include:

- Subprogramul IV – Asistență integrată nivel I – rețeaua serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri, prin care se urmărește realizarea următoarelor obiective specifice:

²⁶ Sursele de date utilizate pentru evaluarea situației răspunsurilor privind consecințele asupra sănătății sunt: a. monitorizarea de rutină a programelor de schimb de seringi (baza de date creată de Agenția Națională Antidrog începând cu anul 2012) – cuprinde date privind programele de reducere a riscurilor disponibile în București; b. rapoartele de evaluare periodice privind activitățile/ proiectele specifice implementate de Agenția Națională Antidrog și partenerii acesteia la nivel local, regional sau național; c. documente juridice și financiare ale instituțiilor publice/ organizațiilor neguvernamentale disponibile din surse deschise; d. rapoarte ale unor studii specializate realizate în anul de referință la nivel național de diverse instituții publice/ organizații neguvernamentale, institute de cercetare, universități, cercetători independenți etc.

- Întărirea serviciilor de tip programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele private de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri;
- Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

- Subprogramul III - Campanii de prevenire a consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și noi substanțe psihoactive prevede Obiectivul specific d) Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a consumatorilor de droguri, precum și dezvoltarea de intervenții adecvate, în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecțioase asociate consumului de droguri.

- Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015 – 2018 care se adresează furnizorilor autorizați de servicii de asistență medicală, psihologică și socială acordate consumatorilor de droguri cât și celor care elaborează proiecte/programe de prevenire a consumului de droguri, cuprinde 5 subprograme și anume:

I. Dezvoltarea serviciilor sociale tip adăpost pentru consumatorii de droguri, care vizează constituirea unui adăpost cu 10 locuri, care să ofere și servicii de asistență specifice;

II. Dezvoltarea serviciilor mobile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, prin care se urmărește dezvoltarea a 3 servicii de outreach în București;

III. Dezvoltarea intervențiilor pentru românii care lucrează în străinătate, care se deplasează frecvent în străinătate și pentru imigranții care consumă droguri, prin realizarea unei platforme online pe care să o acceseze românii consumatori de droguri aflați în afara țării și a 2 ghiduri cu informații specifice pentru cetățenii români și pentru imigranții consumatori de droguri;

IV. Realizarea unei baze de date online privind serviciile de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare a bolilor asociate consumului de droguri, care să fie accesată prin intermediul unui site interactiv; de asemenea, acest subprogram prevede realizarea unei aplicații online cu simularea circuitului integrat de asistență.

V. Dezvoltarea unui centru social pentru copiii consumatori de droguri, care să aibă o capacitate de 15 locuri și să se afle într-o zonă de risc pentru consumul de droguri.

În domeniul politicilor de sănătate publică, în anul 2017, au fost aprobate, prin H.G. nr. 115 din 30 martie 2017 cu modificările și completările ulterioare, Programele naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018. Astfel cum a fost și în anii anteriori, Programele naționale de sănătate publică cu implicații asupra bolilor infecțioase asociate și consumului de droguri sunt:

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

În cadrul Programului național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV au fost prevăzute următoarele activități adresate consumatorilor de droguri injectabile: schimb de seringi, promovarea screening-ului infecției HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile, îndrumarea consumatorilor de droguri injectabile cu rezultate HIV+ către

specialistul infecționist. De asemenea, printre activitățile prevăzute la nivelul spitalelor de boli infecțioase sau în care există secții de boli infecțioase, sunt prevăzute activitatea de acordare gratuită a seringilor și acelor de unică folosință fie prin structurile proprii, fie prin organizațiile neguvernamentale, cât și activitatea de colectare/ recuperare a seringilor și acelor utilizate în cadrul schimbului de seringi.

În cadrul programelor naționale de sănătate curative este prevăzut Programul național de sănătate mintală prin care este asigurat tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoanele cu toxicodependență.

Strategia Națională de Control al Tuberculozei în România 2015-2020, adoptată prin H.G. nr. 121/2015 prevede, în cadrul Subpunctului 1.2.4 Îmbunătățirea vitezei de depistare a TB în grupurile la risc mare, activități care presupun identificarea, formarea și contractarea organizațiilor comunitare/ neguvernamentale care interacționează cu consumatorii de droguri injectabile, în vederea furnizării, de către acestea, de servicii TB printr-un „mix de intervenții” (educație de la egal la egal, IEC, identificarea și referirea persoanelor suspecte de boli infecțioase, servicii de reducere a riscurilor de tip outreach, testare HIV și hepatite etc), cât și asigurarea fondurilor necesare pentru acordarea serviciilor TB în rândul consumatorilor de droguri injectabile. Totodată, Ministerul Sănătății își asumă, prin acest document, obligația de a asigura medicația TB corespunzătoare (Rifabutin) pentru consumatorii de droguri injectabile aflați în tratament de substituție cu metadonă.

De asemenea, în anul de referință, a continuat implementarea Strategiei Naționale pentru Incluziune Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020, elaborată de Ministerul Muncii și Justiției Sociale în care sunt propuse măsuri pentru îmbunătățirea sănătății și calității vieții grupurilor vulnerabile în cadrul cărora sunt incluși și consumatorii de droguri injectabile.

În anul 2017, Ministerul Sănătății în colaborare cu Comitetul Național de Coordonare HIV/SIDA și Tuberculoză, a elaborat proiectul Planului național strategic pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/SIDA în perioada 2018-2020 pentru care se dorește orientarea, la nivel național, a intervențiilor în domeniu.

6.4.2. Organizarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

Similar anilor anteriori, și în anul 2017, principalele instituții ale statului cu atribuții în domeniu sunt Ministerul Afacerilor Interne prin Agenția Națională Antidrog, Ministerul Sănătății prin Institutul Național de Sănătate Publică și prin Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș” dar și Ministerul Justiției prin Administrația Națională a Penitenciarelor care joacă un rol determinant în reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul persoanelor private de libertate. Societatea civilă este implicată în prevenirea și reducerea riscurilor asociate consumului de droguri prin două organizații neguvernamentale, reprezentative prin experiența în domeniul antidrog: Asociația Română Anti-Sida (ARAS) și Asociația Carusel, ambele membre ale Rețelei Naționale de Reducere a Riscurilor (RHRN).

În anul 2017, Asociația Română Anti-Sida (ARAS) a asigurat servicii de reducere a riscurilor în cadrul Centrului de asistență comunitară Titan, Centrului de reducere a riscurilor și tratament substitutiv ARENA și Centrului de asistență comunitară ARDOR – Ferentari. Serviciile de reducere a riscurilor au fost finanțate, preponderent, din sursă externă: Fondul

Global de Luptă Împotriva SIDA, Malariei și Tuberculozei, organizația Sidaction și Primăria Parisului. La nivel național, finanțarea a fost asigurată de Primăria Capitalei (prin acordul încheiat între ARAS și Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București). Agenția Națională Antidrog a sprijinit activitatea ARAS prin oferirea de materiale sanitare și seringi.

Asociația Carusel a asigurat servicii de reducere a riscurilor în cadrul Centrului de reducere a riscului CARACUDA – Ferentari până în martie 2017, ulterior, serviciile centrului fiind oferite, cu precădere, pe teren. Centrul a fost dezvoltat de către Asociația Carusel în parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, Primăria Sectorului 5 și Centrul Rromilor pentru Politici de Sănătate – SASTIPEN. De asemenea, Asociația Carusel a oferit servicii de informare-educare-consiliere pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri și în cadrul Centrului de Servicii Sociale GORE care funcționează în parteneriat cu Spitalul clinic „dr. Victor Babeș”. Activitatea acestui centru se desfășoară cu sprijinul financiar oferit de GlaxoSmithKline, Associazione Giobbe Onlus și Ambasada Franței în România.

6.4.3. Serviciile de reducere a riscurilor

6.4.3.1. Instruire pentru intervenții de urgență în caz de supradoză și distribuire de naloxonă.

Tratamentul cu naloxonă continuă să fie disponibil doar în unitățile de primiri urgențe și în sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat. Administrarea de naloxonă se face în baza protocoalelor medicale existente. În unitățile penitenciare, personalul specializat a desfășurat, în anul 2017, două programe de prevenire a supradozei în rândul deținuților foști consumatori de droguri.

6.4.3.2. Camere de consum supravegheat de droguri

În decembrie 2017, Asociația Carusel a depus în Parlamentul României o inițiativă legislativă pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri în vedea înființării camerelor de consiliere și consum supravegheat de droguri.

6.4.3.3. Servicii de asistență pentru reintegrarea socială a consumatorilor de droguri eliberați din penitenciar

În anul 2015, a fost aprobată Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019, care definește procesul de reintegrare socială drept o succesiune de 3 etape de asistență: etapa instituțională (se desfășoară de la încarcerare până la aproximativ 90 zile înainte de liberare); etapa de pregătire pentru liberare (durează până în ziua liberării); etapa post-detenție (se poate desfășura pe o perioadă de până la 2 ani după liberare). În cazul consumatorilor de droguri eliberați din penitenciar, Agenția Națională Antidrog, prin centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, oferă servicii de asistență integrată consumatorilor de droguri care, în timpul executării pedepsei, s-au aflat într-o formă de asistență specifică și doresc să continue procesul terapeutic și după liberarea din penitenciar.

6.4.3.4. Furnizarea de echipament steril de injectare

Programul de schimb de seringi a fost furnizat exclusiv de către societatea civilă prin centrele fixe și pe teren, prin intermediul ambulanțelor sociale sau a lucrătorilor outreach

implicați în activitățile de reducerea riscurilor asociate consumului de droguri. În 2017, au fost distribuite, prin 22309 contacte, 1095287 seringi dintre care 421412 seringi la nivelul centrelor fixe și 673875 seringi prin servicii de tip *outreach*. Numărul seringilor colectate a fost de 615970 seringi utilizate (371780 seringi prin servicii outreach iar 244190 în cadrul centrelor fixe). Materialele auxiliare distribuite consumatorilor de droguri injectabile au inclus: 3143 unități apă distilată, 383965 prezervative și 56800 tampoane dezinfectante.

În anul 2017, Agenția Națională Antidrog a achiziționat prin Subprogramul IV – Asistență integrată nivel I – rețeaua serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri din cadrul Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, 13092 seringi de unică folosință 1 ml cu ac integrat, în valoare de 9036,10 lei.

De asemenea, Administrația Națională a Penitenciarelor din cadrul Ministerului Justiției, a avut disponibil, în 2017, un program de schimb de seringi care nu a înregistrat niciun beneficiar.

6.4.3.5. Furnizarea de servicii de asistență integrată (medico-psiho-socială)

A. Vaccinarea

În România vaccinarea consumatorilor de droguri injectabile este limitată la proiectele desfășurate de organizațiile neguvernamentale care activează în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri.

B. Testarea

Testarea pentru HIV, hepatita B și hepatita C are acoperire națională fiind realizată preponderent în rețeaua de unități specializate ale Ministerului Sănătății. Testarea pentru HIV este gratuită, în unitățile direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și în maternități, pentru toate categoriile de populație, indiferent de calitatea de asigurat sau neasigurat, costurile fiind acoperite de Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV. Testarea pentru hepatita B (screening Ag HBs) și hepatita C (Anti HVC) este gratuită doar pentru persoanele care au calitatea de asigurat. Persoanele neasigurate din categoriile la risc pot beneficia, în anumite condiții, de investigații gratuite în cadrul laboratoarelor aparținând centrelor regionale de sănătate publică, în limita bugetului alocat de Ministerul Sănătății prin Programul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile Prioritare. Consumatorii de droguri injectabile beneficiază de testare pentru boli infecțioase (HIV, VHC și VHB) la accesarea serviciilor de dezintoxicare și a celor de menținere a abinenței cu agoniști oferite în cadrul unităților Ministerului Sănătății care furnizează servicii de asistență specializată.

Conform datelor publicate de Institutul Național de Boli Infecțioase „prof.dr. Matei Balș” – Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA, în anul 2017, 15,6% (108 persoane) dintre cazurile nou detectate au avut, ca mod de transmitere, consumul de droguri injectabile. De altfel, toți cei 108 pacienți au fost testați pentru hepatita virală de tip B și cea de tip C, pentru tuberculoză și pentru boli cu transmitere sexuală. Potrivit aceleași surse, 76 consumatori de droguri injectabile au fost testați pentru HIV în laboratoarele direcțiilor județene de sănătate publică.

Datele furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor privind testarea pentru boli infecțioase a foștilor consumatori de droguri aflați în unitățile penitenciare, se găsesc în workbook-ul 5.1 Prison – T1.3.3 – *Types of drug-related health responses available in prison*.

Pentru al treilea an consecutiv, a fost marcată *Săptămâna europeană a testării HIV* a cărei temă a fost *Testare.Tratament. Prevenire* și prin care s-a urmărit evidențierea importanței testării HIV în rândul persoanelor cu comportamente la risc în vederea diagnosticării timpurii și accesării tratamentului corespunzător. Astfel, în săptămâna 20-24 noiembrie 2017, specialiștii Asociației Carusel au desfășurat activități de testare și consiliere pre- și post testare HIV, VHC și VHB. Activitățile au fost realizate în Centrul de servicii sociale GORE și în cadrul Complexului integrat de servicii sociale pentru adulți „Sf. Ioan”. Cu această ocazie, au fost efectuate peste 100 teste rapide pentru HIV, VHC și VHB, persoanele cu rezultat pozitiv fiind referite șiacompaniate către Spitalul clinic de boli infecțioase și tropicale „Dr. Victor Babeș” în vederea confirmării rezultatului prin testare de laborator. Testele au fost oferite de partenerul campaniei, Agenția Națională Antidrog.

C. Tratamentul bolilor infecțioase

Astfel cum a fost menționat și în anii anteriori, tratamentul cu antiretroviral pentru persoanele infectate cu HIV se face gratuit, costurile fiind suportate de bugetul Ministerului Sănătății prin programul național dedicat. În cazul tratamentului pentru hepatita de tip B și hepatita de tip C, situația diferă prin faptul că oferirea gratuită a tratamentului este condiționată de existența unor criterii de includere, bazate, în principal, pe o serie de marker hepatici a căror valoare trebuie să depășească un prag minim prestabilit. În anul 2017, 2974 consumatori de droguri injectabile au beneficiat de serviciile oferite în cadrul programului de schimb seringi (43,2% prin servicii outreach).

Informațiile despre tratamentul asigurat în unitățile penitenciare pentru bolile infecțioase asociate consumului de droguri, se găsesc în workbook-ul 5.1 Prison – T1.3.3 – *Types of drug-related health responses available in prison*.

Conform datelor extrase din monitorizarea indicatorului *Programe de schimb de seringi*, în anul 2017, centrele de reducere a riscurilor care activează pe raza municipiului București au referit/ însoțit către alte servicii, 187 consumatori de droguri injectabile.

D. Consiliere sexuală și distribuție de prezervative

Activitățile desfășurate pe problematica reducerii riscurilor asociate consumului de droguri includ informarea și educarea consumatorilor de droguri injectabile în privința infecțiilor cu transmitere sexuală. În anul 2017, au fost distribuite 383965 prezervative.

6.4.3.5. Intervenții de tip preventiv

În cursul anului 2017 a avut loc o întâlnire a grupului GIRRAD prin care s-a urmărit implementarea, în parteneriat cu Asociația Română Anti-Sida (ARAS) și Asociația Carusel, a proiectului de reducere a consecințelor negative asociate consumului de droguri: *Mai puține riscuri!* De asemenea, la solicitarea Asociației Carusel, Agenția Națională Antidrog a organizat o întâlnire de lucru privind dezvoltarea serviciilor tip camere de consum.

Proiecte/ campanii inițiate/ derulate în anul 2017

În anul de referință, Agenția Națională Antidrog a desfășurat, în parteneriat cu Asociația Națională Anti-SIDA și Asociația Carusel, proiectul *Mai puține riscuri!* prin care s-a urmărit reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri pentru 200 consumatori de droguri injectabile precum și referirea acestora către servicii specializate. Materialele sanitare utilizate în cadrul acestui proiect au fost achiziționate, în anul 2016, prin Subprogramul IV – Asistență integrată nivel I – rețeaua serviciilor de tip reducerea riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri din cadrul Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, și au avut o valoare totală de 97823,11 lei. Astfel, în susținerea serviciilor de reducere a riscurilor furnizate în cadrul acestui proiect au fost utilizate 78 flacoane alcool sanitar, 490 cutii apă distilată, 146 cutii baneocin, 314 flacoane betadină, 1000 bucăți prezervative, 180 cutii colectoare pentru deșeuri tăietoare, 30 cutii plasturi cu rivanol, 324 tampoane sterile cu alcool, 64 feșe din tifon, 318 flacoane rivanol, 48 role de mătase, 91340 seringi de unică folosință.

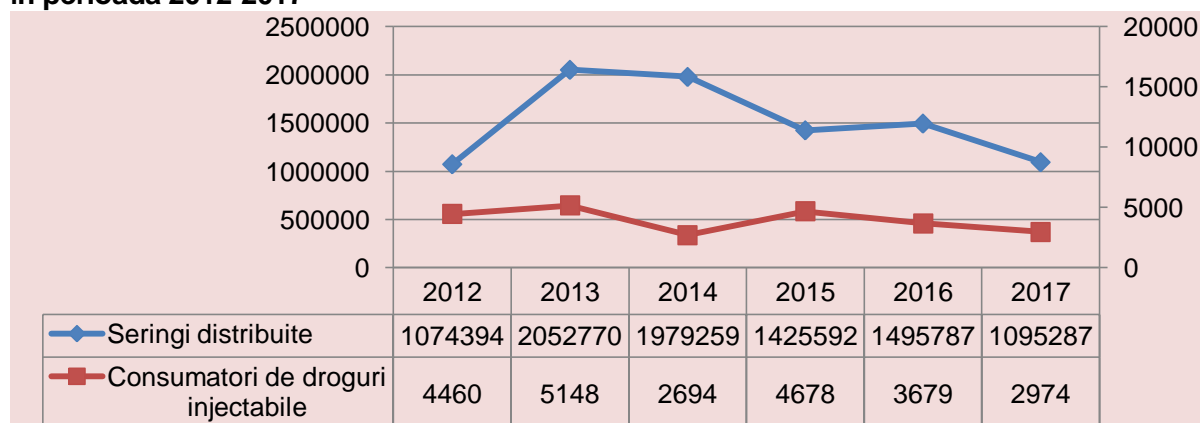
La nivelul centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog au fost desfășurate 377 activități de reducere a riscurilor (330 în mediul urban și 47 în mediul rural) cu 8120 beneficiari.

De asemenea, în anul 2017 a avut loc ediția a IX-a a Școlii de vară *Grupuri de risc și servicii sociale de suport. Dreptul la nediscriminare* organizată de Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității București și Asociația Carusel. Parteneri în desfășurarea acestui eveniment au fost Agenția Națională Antidrog, Colegiul Național al Asistenților Sociali din România și Brigada Activiștilor din Domeniul Drogurilor. În cadrul acestei activități au fost organizate ateliere informative despre politicile antidiscriminare, economia socială și grupurile vulnerabile, drepturile civile în contextul CEDO, comunitatea romă, politicile în domeniul drogurilor, dinamica consumului de droguri, tratamentul substitutiv cu metadonă, identități sexuale și de gen, sex comercial, sistemul de asistență socială din România precum și ateliere de dezvoltare personală, reprezentații ale piesei de teatru „Tabu”. Atelierele au fost concepute și susținute de experți din domeniul furnizării de servicii sociale.

6.4.4. Tendințe

În intervalul 2012-2017, organizațiile neguvernamentale au implementat programe de schimb de seringi, disponibile exclusiv la nivelul municipiului București. De asemenea, Administrația Națională a Penitenciarelor a derulat astfel de programe în mediul penitenciar fără a avea, însă, niciun beneficiar asistat.

Grafic 6 - 344: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2012-2017



Sursa: ANA

Analizând intervalul 2012-2017, anul 2017 se remarcă prin scăderea cu 26,8% a numărului de seringi distribuite, ajungând la o valoare apropiată de cea înregistrată în anul 2012. De asemenea, numărul beneficiarilor a scăzut cu 19,2% față de anul precedent. În intervalul de referință, programele de schimb de seringi au fost accesate, în medie, de aproximativ 3939 clienți anual.

În privința răspunsurilor instituționale la problematica riscurilor asociate consumului de droguri se constată următoarele aspecte:

- serviciile de prevenire și reducere a riscurilor adresate consumatorilor de droguri injectabile au fost disponibile, în principal, în municipiul București și au constat în: schimbul de seringi, distribuția de prezervative și materiale sanitare, testare rapidă HIV, VHB și VHC, vaccinare împotriva hepatitei A și B (serviciu limitat), testare pentru simptomatologie TB, informare-educare-consiliere privind bolile transmisibile prin injectare și prin contact sexual, referirea și acompanierea beneficiarilor către servicii specializate și tratament substitutiv cu opioide (OST)
- serviciile menționate au fost furnizate, preponderent, de organizațiile neguvernamentale (prin centre fixe de reducere a riscurilor sau prin unitățile mobile) și de Agenția Națională Antidrog (prin programele de asistență specializate) și au rămas, ca disponibilitate, la nivelul anilor anteriori.
- limitele majore semnalate de specialiștii din sectorul neguvernamental în furnizarea serviciilor de asistență medicală și socială adresate consumatorilor de droguri injectabile în vederea reducerii riscurilor de infectare cu bolile supravegheate sunt: resursele insuficiente, accesul limitat al persoanelor vulnerabile neasigurate la servicii medicale precum și accesarea cu dificultate a serviciilor sociale pentru persoanele fără adăpost, fără act de identitate care suferă de diverse boli infecțioase.

6.4.5. Asigurarea calității serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

În baza H.G. nr. 860/ 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/ 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri, cu modificările și completările ulterioare, Agenția Națională Antidrog a realizat, cu sprijinul partenerilor instituționali publici și privați activi în domeniul asistenței consumatorilor de droguri, Standardele naționale de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor

de droguri, care vizează dezvoltarea unui model pentru organizarea serviciilor de asistență a dependenței de droguri adecvat nevoilor reale ale beneficiarilor și care să permită abordări structurate și sistematice, care pot fi evaluate pe baza unor parametri obiectivi.

De asemenea, Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1389/ 513/ 282 din 4 august 2008, privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, menționează mai multe seturi de criterii de autorizare/ acreditare a centrelor de reducere a riscurilor, structurate pe un set de standarde minime de calitate (referitoare la autorizarea sanitară de funcționare, la asigurarea serviciilor, la organizarea și funcționarea centrului, precum și la structura de personal).

Începând cu anul 2010 este disponibil în România și se aplică în mod curent prevederile *Ghidului clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee*²⁷, elaborat cu asistența financiară a UNODC, aprobat ca ghid de bună practică de către Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și recunoscut de către Administrația Națională a Penitenciarelor.

De asemenea, începând cu anul 2014, în România, se utilizează de către practicieni, forma actualizată a *Ghidului TARV*²⁸, elaborat de Ministerul Sănătății prin Comisia de Luptă Anti-SIDA, cu suportul Institutului Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”.

6.5. CONCLUZII

• Decese asociate consumului de droguri

Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, cu riscurile inerente ale patologiei “de seringă”, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidență foarte mare a metadonei. Se constată, de asemenea, menținerea unor substanțe din spectrul deceselor direct asociate consumului de droguri, rar observat în anii trecuți (MDMA, amfetamine).

A crescut vârsta medie de deces – expresie a „îmbătrânirii” valurilor anterioare de consumatori, cu acumulare progresivă de complicații.

Este foarte probabilă o subraportare a cazuisticii prin neincluderea în baza de date a Registrului Special de Mortalitate a deceselor „indirect” corelate consumului de droguri, prin caracteristicile particulare ale definerii lor, fapt ce le eludează din analiza medico-legală.

• Urgențe medicale datorate consumului de droguri

În majoritatea cazurilor de urgență înregistrate în anul 2017 ca urmare a consumului de droguri ilegale, s-a constatat consumul singular de diferite substanțe psihoactive. Mai mult de o treime dintre aceste cazuri a avut drept cauză consumul de NSP.

²⁷ <http://rhrn.ro/wp-content/uploads/2016/05/ghid-clinic-de-tratament-substitutiv-al-dependentei-de-opiacee.pdf>

²⁸ http://www.cnlas.ro/images/doc/GhidTARV_2014.pdf

În ceea ce privește calea de administrare a drogurilor ilicite care au determinat urgența medicală, se constată că, și în anul 2017 prevalează administrarea pulmonară, urmată de cea orală.

Din punct de vedere al distribuției regionale, se înregistrează creșteri ale numărului de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite față de anul anterior în regiunea Centru, regiunea Sud și regiunea Vest.

În raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, zonele cu cel mai mare risc sunt: Cluj (ponderi peste 10%) și București, Iași, Botoșani, Bihor, Prahova și Suceava (ponderi între 5% și 9,9%).

- **Boli infecțioase asociate consumului de droguri**

Prevalențele rezultate din analiza datelor auto-raportate de consumatorii de droguri injectabile, admiși la tratament și testați pentru identificarea HIV, VHB și VHC în anul 2017, se situează la un nivel mai ridicat față de anul anterior: prevalența HIV crește de la 11,6% la 15,9%; prevalența VHB crește de la 4,4% la 7,4%, iar prevalența VHC crește de la 34,3% la 45,6%.

Persoanele care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi în anul 2017, au prezentat cel mai mic nivel al infectării cu HIV din ultimii 6 ani (8,7%). În schimb, prevalența VHC continuă tendința de creștere începută în 2016, ajungând la 45,9%, iar în ceea ce privește prevalența VHB, se observă o stabilizare a acesteia, 6,2% din PWID prezentând status pozitiv la acest virus.

- **Răspunsuri privind consecințe asupra sănătății**

Problematika reducerii riscurilor asociate consumului de droguri este abordată în documentele programatice din sfera politicilor antidrog, a politicilor de sănătate publică precum și din cea a politicilor de incluziune socială. Activitatea pe segmentul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri se desfășoară în cadrul trasat de documentele programatice implementate în domeniul politicilor antidrog, al politicilor de sănătate publică precum și al politicilor sociale.

În cursul anului 2017, serviciile de reducere a riscurilor au fost disponibile la nivelul municipiului București și au constat în: schimb de seringi, distribuție de prezervative, testare rapidă HIV, VHC și VHB, referire a beneficiarilor către servicii medicale specializate (confirmare diagnostic și tratament adecvat) precum și tratament substitutiv cu opioide (OST).

În rețeaua sistemului penitențiar, au fost disponibile programe de prevenire a îmbolnăvirii cu HIV, VHC și VHB care s-au desfășurat în cadrul orelor de educație sanitară de la nivelul cabinetelor medicale. Programul de tratament substitutiv cu opioide a fost desfășurat în 11 unități penitenciare.

7. PIAȚA DROGURILOR

Analiza datelor aferente indicatorilor privind oferta de droguri în anul 2017 confirmă și menține concluzia potrivit căreia România este, deopotrivă, o țară de tranzit pentru traficul ilicit de droguri, dar și un teritoriu în care piața ilicită a drogurilor prezintă o disponibilitate în creștere pentru majoritatea tipurilor de droguri, în special canabis, cocaină, MDMA și medicamente cu conținut stupefiant, aspect relevat de numărul în creștere al capturilor înregistrate pentru aceste substanțe. Totodată, chiar dacă numărul culturilor ilicite de canabis înregistrează o scădere, există în continuare o preocupare pentru dezvoltarea activităților ilicite organizate privind cultivarea și traficarea acestui tip de drog, dovadă fiind cantitățile mari de masă plante canabis confiscate, care reprezintă 75,72% (1540,019 kg) din cantitatea totală de droguri confiscată în anul 2017.

A. CONTEXT

A.1. ASPECTE DE NOUȚATE²⁹

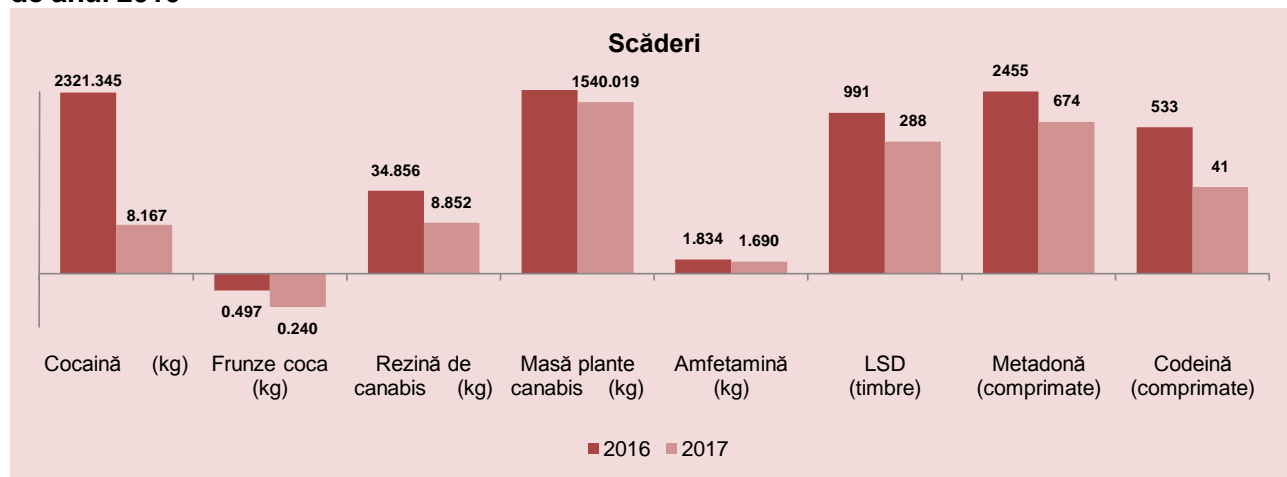
Față de anul 2016, în anul 2017 piața ilicită a drogurilor din România înregistrează următoarele tendințe:

- **Cantitatea totală de droguri** confiscate (kg) înregistrează o **scădere semnificativă**, (de aproximativ trei ori) față de anul 2016, dar rămâne peste valorile anilor anteriori (2017 – 2033,76 kg, 2016 – 5907,57 kg, de aproximativ 2 ori mai mult față de 2015 - 1192,792 kg și de 2,6 ori mai mult față de anul 2014 - 768,902 kg);
- Cele mai **importante cantități confiscate** au fost înregistrate pentru **canabis**: masă plante canabis (1540,019 kg), canabis iarbă (275,505 kg), fragmente vegetale cu THC (196,185 kg) și MDMA (18810 comprimate), spre deosebire de anul 2016 când au fost raportate confiscări importante de cocaină și khat. **Heroina** înregistrează cea mai mică cantitate confiscată din ultimii 10 ani (3,502 kg), iar **cocaina** cea mai mică cantitate confiscată din ultimii 5 ani;
- Pentru prima dată în ultimii 10 ani, **se echilibrează raportul** dintre ponderea comprimatelor de **droguri de mare risc** confiscate și cea a comprimatelor de **droguri de risc** (51,37% respectiv 48,63%);
- **99,2%** (2017,56 kg) din cantitățile totale de droguri confiscate reprezintă **capturi de canabis**, din care: 1540,019 kg masă plante de canabis, 275,505 kg canabis iarbă, 196,185 kg fragmente vegetale cu THC și 5,852 kg rezină de canabis;
- Cantitățile confiscate de **masă plante de canabis** înregistrează o **scădere semnificativă** (cu aproximativ **46%**) față de anul 2016, astfel: 2017 – 1540,019 kg, 2016 – 2846,294 kg, 2015 – 293,228 kg, 2014 – 422,164 kg;
- **Scăderi** au fost înregistrate și pentru:
 - Cantitățile de cocaină (de la 2321,345 kg în 2016 la 8,176 kg în 2017), frunze de coca (de la 0,497 kg în 2016 la 0,240 kg în 2017), rezină de canabis (de la 34,856 kg în 2016 la 8,852 kg în 2017), mase plante de canabis (de la 2846,294 kg în 2016 la 1540,019 kg în 2017), amfetamină (de la 1,834 kg în 2016 la 1,690 kg în 2017), LSD (de la 991 timbre în 2016 la 288 timbre în 2017), metadonă (de la 2455 comprimate în 2016 la 674 comprimate în 2017), codeină (de la 533 comprimate în 2016 la 41 comprimate în 2017)

²⁹ Schimbări ale tendințelor înregistrate față de anul precedent

- Numărul capturilor de heroină (de la 342 în 2016 la 222 în 2017), rezină de canabis (de la 212 în 2016 la 185 în 2017), LSD (de la 16 în 2016 la 14 în 2017), pirovalerone (de la 148 în 2016 la 6 în 2017), metadonă (de la 91 în 2016 la 65 în 2017), codeină (de la 8 în 2016 la 4 în 2017);

Grafic 7 - 1: Situația cantităților de droguri confiscate aflate în scădere în anul 2017 față de anul 2016



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

- **Creșteri** au fost înregistrate și pentru:
 - Cantitățile de canabis iarbă (de la 142,646 kg în 2016 la 275,505 kg în 2017), medicamente cu conținut stupefiant (benzodiazepine – de la 1974 comprimate în 2016 la 14067 comprimate în 2017, zolpidem – de la 23 comprimate în 2016 la 7795 comprimate în 2017, morfină – de la 8 comprimate în 2016 la 1668 comprimate în 2017, barbiturice – de la 61 comprimate în 2016 la 821 comprimate în 2017, oxicononă – de la 11 comprimate în 2016 la 359 comprimate în 2017), ciuperci halucinogene (de la 0,149 kg în 2016 la 0,181 kg în 2017), triptamine (de la 0 kg și 4 comprimate în 2016 la 0,316 kg și 3 comprimate în 2017);
 - Numărul capturilor de MDMA (de la 350 în 2016 la 477 în 2017), canabis iarbă (de la 2140 în 2016 la 2861 în 2017), cocaină (de la 138 în 2016 la 169 în 2017), medicamente cu conținut stupefiant (benzodiazepine – de la 74 în 2016 la 93 în 2017, morfină - de la 2 în 2016 la 5 în 2017, barbiturice - de la 2 în 2016 la 9 în 2017, zolpidem - de la 3 în 2016 la 5 în 2017, oxicononă - de la 1 în 2016 la 3 în 2017), canabnoizi sintetici (de la 9 în 2016 la 26 în 2017), triptamine (de la 1 în 2016 la 13 în 2017);
- Cantitatea de droguri provenită din **capturile semnificative** (1960,73 kg) reprezintă **96,4%** din totalul confiscărilor realizate, a doua cea mai mare valoare procentuală înregistrată după maximul atins în anul 2016, astfel:
 - Total cantități droguri capturate: 2033,764 kg, 44540 comprimate, 1,553 litri și 288 doze;

- Total cantități droguri provenite din capturi semnificative: 1960,73 kg, 36408 comprimate, 100 de doze și 1,31 litri.
- Cantitățile confiscate de **medicamente cu conținut stupefiant** înregistrează o **creștere**;
 - Numărul de **culturi ilicite scade** ușor, dar se menține peste valorile înregistrate în anii precedenți, fiind identificate **78 de culturi** (83 – 2016, 76 – 2015, 74 – 2014, 69 – 2013);
 - Cannabisul³⁰ confiscat în anul 2017, provine și din state precum Grecia, Albania și Cehia. față de anul 2016 când a provenit din România, Spania, Portugalia, Olanda, Moldova și Kosovo.
 - **Ponderea persoanelor de origine română** din numărul total al persoanelor implicate în activitățile de trafic de droguri³¹ este în **creștere** față de anul 2016, de la 89,31% la 96,71%.

A.2. ASPECTE GENERALE

1. Traficul și consumul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în municipiul București și județele Timiș și Constanța

Tabel 7 - 1: Situația numărului de capturi semnificative de droguri realizate în Municipiul București și în județele Timiș și Constanța, în perioada 2014 – 2017

Localitate	2014		2015		2016		2017	
	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate	Număr capturi	Cantitate
București	25	49,47 kg 61.215 cp 170 doze 0,195 litri	27	164,86 kg 4.327 cp 0,5 litri	26	492,44 kg 3156 cp	30	41,28 kg 2038 cp 1,18 litri
Timiș	6	32,9 kg 6.000 cp	10	85,47 kg	10	36,76 kg 1884 cp 900 doze	15	167,7 kg 13375 cp
Constanța	5	36,34 kg	10	60.879 kg 1.297 cp	4	2314,14 kg	8	13,01 kg 2136 cp

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Traficul la nivel stradal³², se caracterizează în continuare prin **cantități mici capturate** (sub 5 grame/ captură, respectiv sub 250 comprimate/ captură³³), deși înregistrează **creșteri** ale **numărului de capturi** pentru fiecare nivel de piață, cu excepția celor realizate pentru heroină și NSP, care înregistrează scăderi. Astfel, din totalul de 4139 capturi (aferele tipurilor de drog: heroină, cocaină, cannabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, MDMA, NSP și medicamente cu conținut stupefiant), 3407 capturi au vizat cantități de droguri mai mici de 5 grame și sub 250 comprimate, 626 de capturi au vizat cantități de droguri între 5 grame și 1000 grame/ captură, 20 capturi au vizat cantități de droguri între 250 de comprimate și 1000

³⁰ Cannabis – iarbă, rezină de cannabis, fragmente vegetale cu THC;

³¹ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2017.

³² Potrivit E.M.C.D.D.A., nivelul pieței drogurilor este dat de cantitățile de droguri confiscate, astfel:

- Sub 5 grame – mic trafic de droguri – la nivel stradal (en-detail);
- Între 5 grame – 1 kg – piața medie a drogurilor – la nivel stradal (en-detail);
- Peste 1 kg - captură semnificativă de droguri – vânzare cu ridicata (en gross);

³³ Potrivit U.N.O.D.C. capturile de droguri care depășesc 250 de comprimate/ captură sunt considerate capturi semnificative;

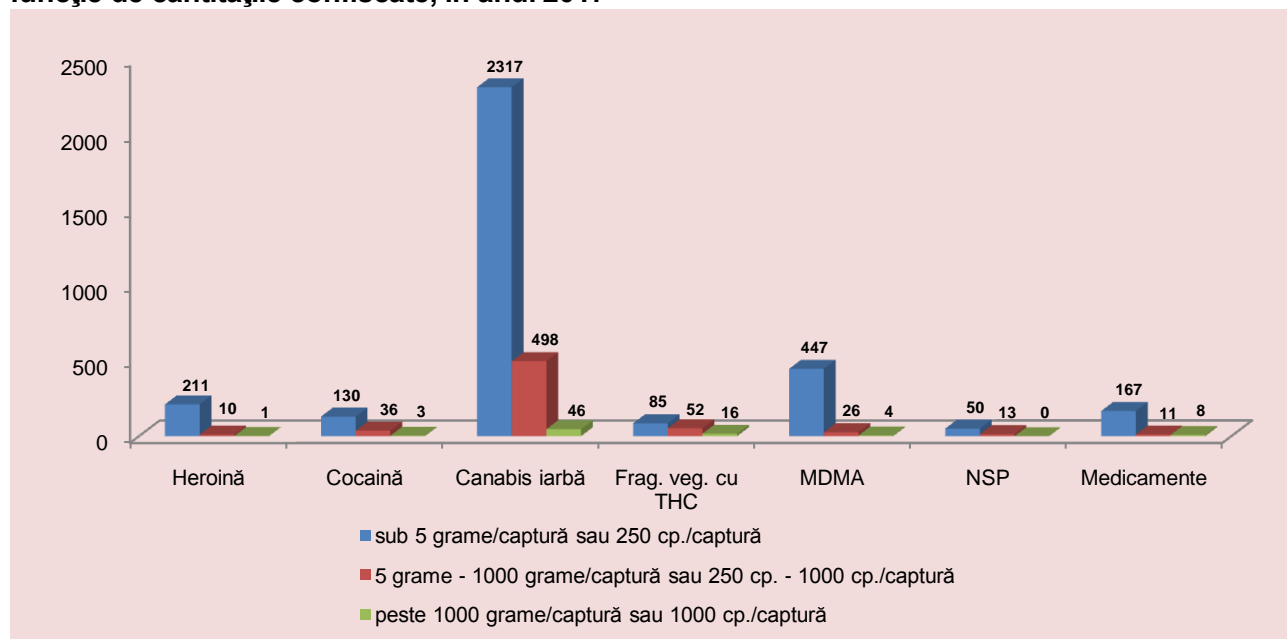
de comprimate/ captură și 78 capturi au vizat cantități de droguri peste 1000 de grame sau comprimate/ captură, astfel:

- **Heroină – 222 capturi**, totalizând 3,502 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 211 capturi totalizând 112,86 grame (0,534 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 10 capturi, totalizând 1753,29 grame;
 - Cantități peste 1000 grame/ captură: o captură de 1,6367 kg
- **Cocaină – 169 capturi**, totalizând 8,176 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 130 capturi, totalizând 136,09 grame (1,04 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 36 capturi, totalizând 3194,54 grame;
 - Cantități peste 1000 grame/ captură: 3 capturi totalizând 4,8458 kg.
- **Canabis iarbă – 2861 capturi**, totalizând 275,505 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 2317 capturi, totalizând 2250,62 grame (0,97 grame/ captură), din care 1636 capturi (757,30 grame) sub 1 gram/ captură;
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 498 capturi, totalizând 45104,48 grame;
 - Cantități peste 1000 grame/ captură: 46 de capturi totalizând 228,15041 kg.
- **Fragmente vegetale cu THC – 153 capturi**, totalizând 196,185 kg, din care:
 - Cantități sub 5 grame/ captură: 85 capturi, totalizând 100,95 grame (1,18 grame/ captură), din care 48 capturi (12,81 grame) sub 1 gram/ captură;
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 52 capturi, totalizând 4960,67 grame;
 - Cantități peste 1000 grame/ captură: 16 de capturi totalizând 191,1235 kg.
- **MDMA – 477 capturi** fiind confiscate 18810 comprimate și 0,929 kg, din care:
 - Cantități sub 250 comprimate/ captură sau 5 grame/ captură: 301 capturi, totalizând 5563 comprimate (~18 comprimate/ captură) și 146 de capturi, totalizând 88,29 grame (0,6 grame/ captură);
 - Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură sau cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 10 capturi, totalizând 5533 comprimate și 16 capturi, totalizând 841,2 grame;
 - Cantități peste 1000 comprimate/ captură: 4 capturi totalizând 7714 comprimate.
- **NSP (pirovalerone, triptamine, catinone, canabinoizi sintetici, piperazine și 2C-X) – 63 capturi**, fiind confiscate 0,627 kg, din care:
 - Cantități sub 250 comprimate/ captură sau 5 grame/ captură: 46 de capturi, totalizând 32,17 grame (0,699 grame/ captură) și 4 capturi, totalizând 4 comprimate și 17 doze;
 - Cantități cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 13 capturi, totalizând 595,3 grame.
- **Medicamente cu conținut stupefiant** (benzodiazepine, barbiturice, metadonă, oxicodonă, morfină, codeină, buprenorfină, pentazocină, petidină, metilfenidat, mitraginină, chlordiazepoxide, fentermină și zolpidem) – **194 capturi**, fiind confiscate 25626 comprimate, 306,71 grame și 1,274 litri, din care:

- *Cantități sub 250 comprimate/ captură sau 5 grame/ captură: 151 capturi, totalizând 5153 comprimate (~34 comprimate/ captură) și 16 capturi, totalizând 51,39 grame (2,43 grame/ captură);*
- *Cantități cuprinse între 250 comprimate/ captură și 1000 comprimate/ captură sau cuprinse între 5 grame/ captură și 1000 grame/ captură: 10 capturi totalizând 4395 comprimate și o captură de 255,32 grame;*
- *Cantități peste 1000 comprimate/ captură: 8 capturi totalizând 16078 comprimate;*
- *Cantități sub 250 ml/ captură: 7 capturi totalizând 0,554 litri;*
- *Cantități peste 250 ml/ captură: o captură de 0,720 litri de morfină.*

Se constată că cele mai multe capturi vizează cantități sub 5g/ captură sau sub 250 comprimate/ captură, acestea fiind realizate pentru canabis, MDMA, heroină, medicamente cu conținut stupefiant și cocaină.

Grafic 7 - 2: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, M.D.M.A., NSP și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate, în anul 2017



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

2. Cannabis³⁴:

- **Cantitatea** confiscată în anul 2017 totalizează **2017,561 kg** și a provenit din **3292 capturi**, din care 275,505 kg canabis iarbă, 196,185 kg fragmente vegetale cu THC, 1540,019 kg plante de canabis și 5,852 kg rezină de canabis. **96,51%** (1947,242 kg) din cantitatea totală confiscată provine din **91 capturi semnificative**;

³⁴ Cannabis iarbă, rezină de canabis, fragmente vegetale cu THC, mase plante de canabis

- **1540,019 Kg (76,33%)** din cantitatea totală de canabis confiscată reprezintă **masă plante de canabis**, cele mai importante capturi fiind realizate pe raza județelor Caraș-Severin (646,8 kg) și Mehedinți (650,94 kg);
- **92,34%** din capturile semnificative de canabis³⁵ confiscate (1796,843 kg canabis – din care 1485,485 kg masă plante de canabis) a avut ca țară de **producție România**;
- **Rezina de canabis** își menține prezența pe piața drogurilor din România, deși înregistrează o **scădere**, atât a numărului de capturi, cât și a cantității confiscate, fiind capturate 5,852 kg (față de 34,856 kg în 2016, 5,152 kg în 2015, 15,214 kg în 2014, 24,86 kg în 2013 și 27,263 kg în 2012).

3. Cocaină:

- Deși cantitatea confiscată înregistrează o scădere semnificativă, **numărul capturilor** de cocaină continuă trendul **ascendent**, în anul 2017 fiind înregistrate 169 capturi. **89,11%** (7,286 kg) din cantitatea totală de cocaină confiscată provine din **9 capturi semnificative**, din care 3 capturi (2,587 kg) au avut ca țară de destinație România. Cantitatea de 0,89 kg cocaină a fost rezultatul a 160 de capturi.

4. Heroină:

- Înregistrează o scădere, atât a numărului de capturi (222 față de 342 în anul 2016), cât și a cantității confiscate, atingând **cea mai mică valoare din ultimii 10 ani** (3,502 kg). **87,32%** (3,058 kg) din totalul heroinei capturate pe teritoriul României a fost rezultatul a **3 capturi semnificative**, având ca destinație România. 0,444 kg heroină a fost rezultatul a 219 capturi.

5. Droguri sintetice³⁶:

- Înregistrează o **creștere a disponibilității** pe piața ilicită (în special pentru MDMA), cu număr în creștere a capturilor și capturilor semnificative (609 față de 483 în anul 2016, respectiv 25 capturi semnificative, față de 15 realizate în 2016), dar și a cantităților confiscate (2,621 kg, 18907 comprimate și 288 doze față de 2,074 kg, 14953 comprimate și 991 doze în 2016).

6. Medicamente cu conținut stupefiant:

- Își **mențin disponibilitatea** pe piața ilicită a drogurilor, cu o **creștere ușoară** a numărului de capturi, dar și a cantităților confiscate, în special a numărului de comprimate (de la 508 comprimate în anul 2016, la 25626 în anul 2017), cele mai multe comprimate și număr de capturi fiind consemnate pentru benzodiazepine, zolpidem și morfină.

7. În ceea ce privește **persoanele** implicate în activitățile de trafic de droguri³⁷:

- **96,71%** din persoanele implicate în activitățile de trafic de droguri³⁸ sunt **de origine română**;
- Pe lângă cetățenii români, restul persoanelor implicate au provenit din: Olanda, Albania, Vietnam, Spania, Brazilia, Marea Britanie și Iordania;
- 88,49% sunt bărbați și 77,63% se încadrează în categoria de vârstă 25 – 45 ani.

³⁵ Canabis – iarbă, fragmente vegetale cu THC, plante canabis;

³⁶ La numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, derivați ai amfetaminei, LSD și MDMA.

³⁷ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2017.

³⁸ Idem;

8. În funcție de țara de origine/plecare și destinație a drogurilor³⁹ au fost constatate următoarele:

Tabel 7 - 2: Situația drogurilor ilicite din România în ceea ce privește țara de origine/plecare și destinație a drogurilor

Tip drog	Țara de origine/plecare	Țara destinație	Rută tranzit
Heroină	Turcia Grecia	România	Turcia-Bulgaria-România Grecia-Bulgaria-România
Cocaină	Spania Italia Brazilia	România Turcia	Spania-Italia-Austria-Germania-Ungaria-România Brazilia-Elveția-Germania-România-Turcia Italia-România
MDMA	Germania Olanda	România	Germania-Austria-Ungaria-România Olanda-Germania-Austria-Ungaria-România Olanda-Germania-Cehia-Slovenia-Ungaria-România Germania-Cehia-Ungaria-România Olanda-România
Canabis	Spania România Grecia Albania	România Cehia Olanda	Spania-Franța-Germania-Ungaria-România Spania-Franța-Austria-Ungaria-România Spania-Italia-Slovenia-Serbia-România Spania-Franța-Italia-Slovenia-Ungaria-România Albania-Serbia-România Grecia-Bulgaria-România Spania-România Grecia-România România-Olanda România-Cehia
Rezină de canabis	Maroc	România	Maroc-Spania-Franța-Germania-Austria-Ungaria-România
Amfetamină	Germania Bulgaria Belgia	România	Germania-Austria-Ungaria-România Belgia-Germania-Austria-Ungaria-România Germania-România Bulgaria-România
LSD	Olanda	România	Olanda-Germania-Austria-Ungaria-România

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

9. Tranzitând România, următoarele tipuri de droguri au avut ca destinație⁴⁰:

- Cocaină – cu destinație Turcia;
- Canabis iarbă – cu destinație Cehia și Olanda;
- Plante de canabis – cu destinația Olanda și Germania;
- Benzodiazepine – cu destinație Suedia.

³⁹ Idem;

⁴⁰ Idem;

10. Metode de disimulare⁴¹:

- Autoturisme/autobuze/tren: în piese auto, în trusa de prim ajutor, în bagaje, în cilindrii de gaz, în bagaj de mână;
- Imobile: în saci, în cutii pentru depozitat, în cuptor, în frigider, în bagaje, în borcane, geantă de mână, în cutii de vopsea lavabilă, piese de mobilier, în sticle de suc, în garaj, în pod, în izolația acoperișului;
- Stradă: bagaj, geantă de mână, borcane, pungă de plastic, cutii de mâncare;
- Aeroport/punct de trecere a frontierei: bagaj;
- Colete expediate prin firme de curierat/ poștă.

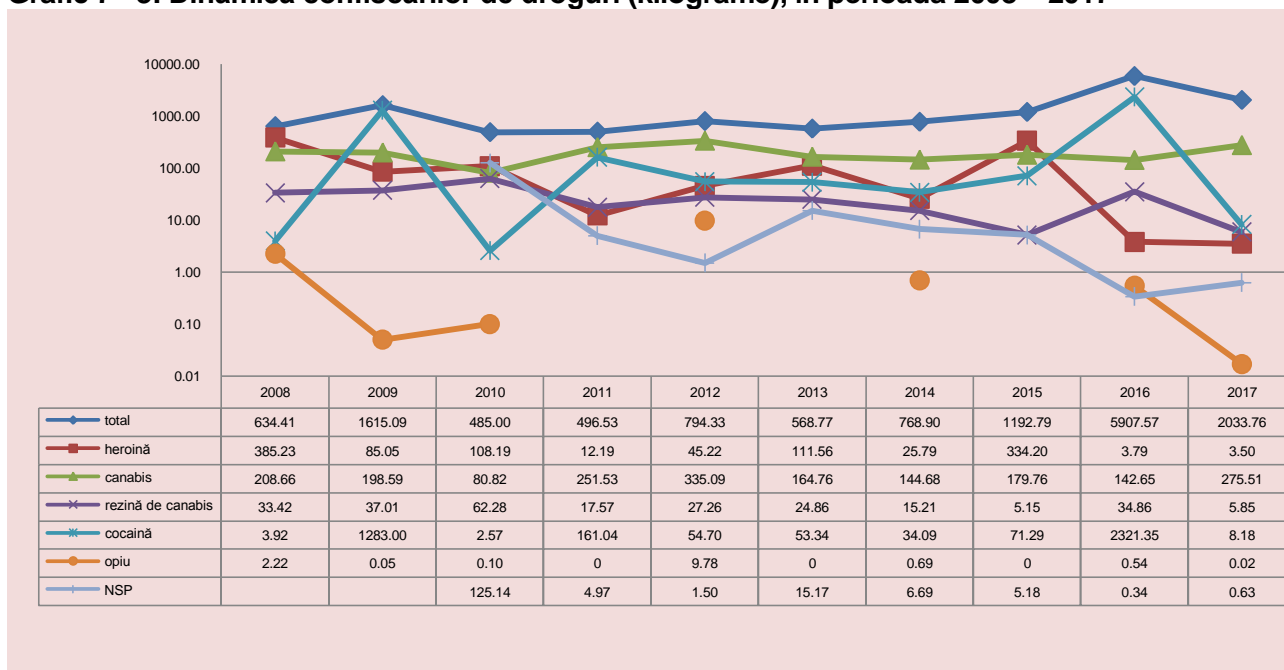
B. ANALIZA INDICATORILOR

B.1. ASPECTE GENERALE

B.1.1. Cantități confiscate

Deși în scădere semnificativă (de aproximativ 3 ori), **cantitatea totală de droguri confiscată** în anul 2017 (2033,764 kg față de 5907,57 în anul 2016) rămâne peste valorile anilor precedenți, înregistrând **a doua cea mai mare valoare** după maximul atins în anul 2016. Scăderea apare ca urmare a scăderii semnificative a cantității de cocaină confiscată față de anul 2016, când aceasta a înregistrat o valoare record de 2321,35 kg.

Grafic 7 - 3: Dinamica confiscărilor de droguri (kilograme), în perioada 2008 – 2017



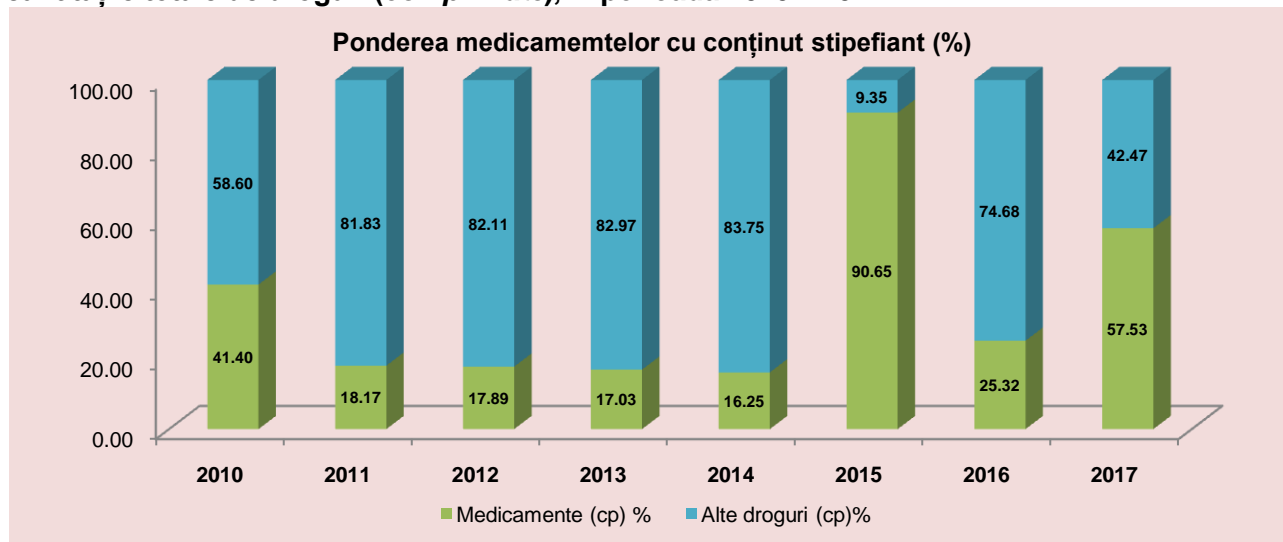
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

⁴¹ Date extrase din capturile semnificative de droguri realizate în anul 2017;

Analiza ultimilor 10 ani relevă o tendință fluctuantă a evoluției confiscărilor pe tip de drog, cu valori maxime ale cantităților de cocaină în anul 2016, heroină și medicamente cu conținut stupefiant în anul 2015, opiu în 2012 și NSP în anul 2010.

Numărul de **comprimate confiscate** în anul de referință **se dublează** față de 2016 (de la 20076 la 44540 de comprimate).

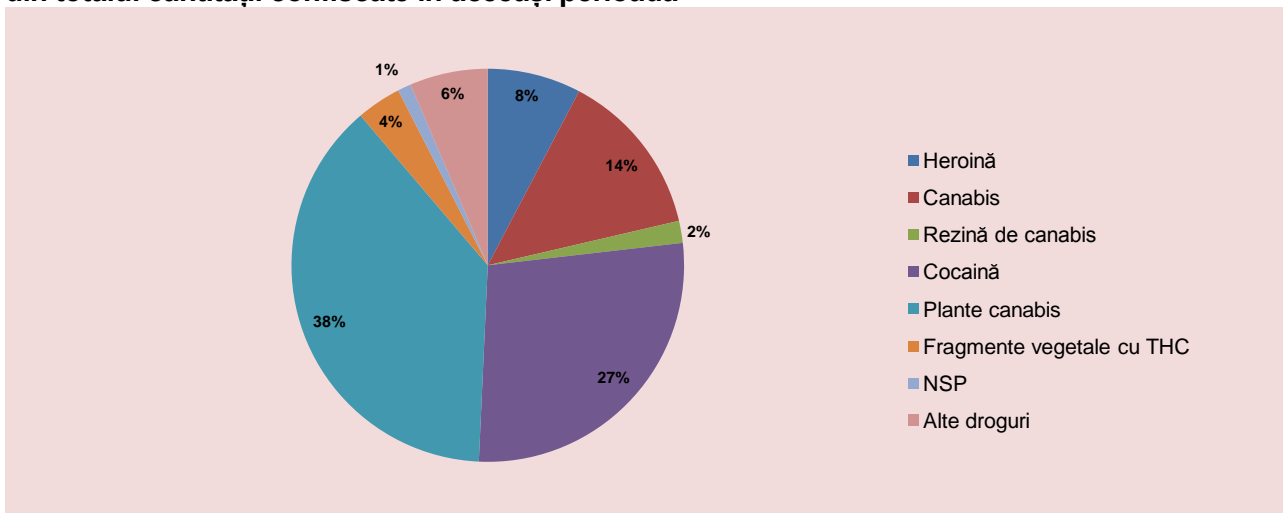
Grafic 7 - 4: Dinamica confiscărilor de medicamente cu conținut stupefiant raportată la cantitățile totale de droguri (comprimate), în perioada 2010 – 2017



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În perioada 2008-2017, au fost confiscate 14497,17 kg droguri, **cele mai mari cantități** fiind înregistrate pentru **masă plante de cannabis** (5517,8 kg), **fragmente vegetale cu THC** (533,792 kg) **cannabis iarbă** (1982,03 kg), **hașiș** (263,48 kg), **cocaină** (3993,47 kg), **heroină** (1114,71 kg) și **NSP** (159,614 kg).

Grafic 7 - 5: Ponderea principalelor tipuri de droguri confiscate în perioada 2008 – 2017, din totalul cantității confiscate în aceeași perioadă



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2017, au fost confiscate **2033,764 kg de droguri** (față de 5907,57 în 2016, 1192,792 în 2015, 768,902 kg în 2014, 568,773 kg în 2013 și 794,328 kg în 2012), **44540 de comprimate** (față de 20076 comprimate în 2016, 159907 comprimate în 2015, 397211 comprimate în 2014, 33328 comprimate în 2013 și 16528 comprimate în 2012), **1,553 litri** (față de 0,152 litri în 2016, 0,596 litri în 2015, 0,864 litri în 2014, 0,248 litri în 2013 și 3,726 litri în 2012) și **288 de doze** (față de 75 de doze în 2015, 509 doze în 2014, 2 doze în 2013 și 104 doze în 2012), din care:

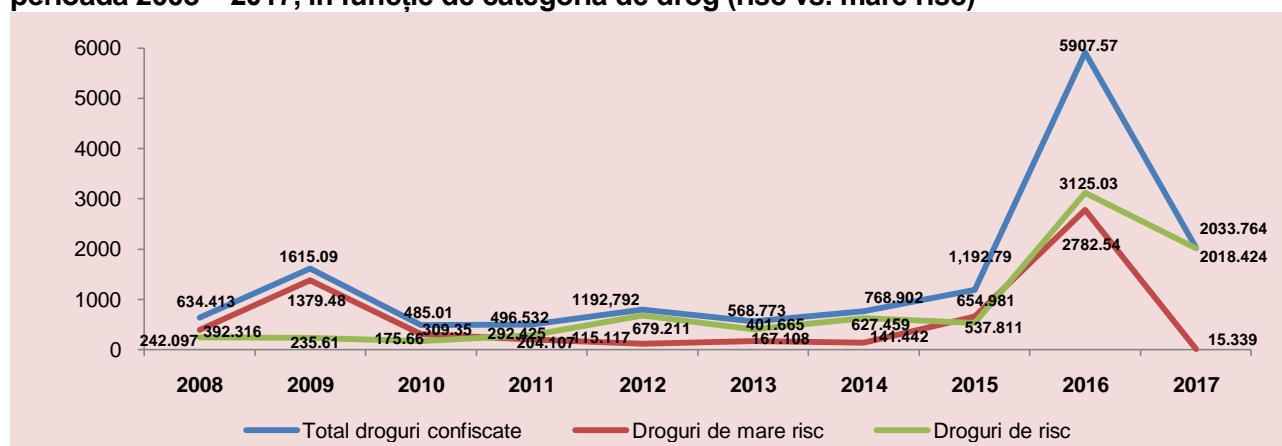
- **Droguri de mare risc:**

- **15,339 kg** (în scădere semnificativă față de anii anteriori, astfel: 2782,54 kg în 2016, 654,981 kg în 2015, 141,442 kg în anul 2014, 167,108 kg în anul 2013 și 115,117 kg în anul 2012);
- **21658 comprimate** (în creștere față de anul 2016 și față de anul 2015, când au fost confiscate 18000 comprimate, respectiv 16167 comprimate, dar în scădere semnificativă față de anul 2014 și față de anul 2013, când au fost confiscate 390211 comprimate, respectiv 32592 comprimate);
- **288 de doze** (în scădere față de anul 2016, când au fost confiscate 991 de doze);
- **1,11 litri** (în creștere semnificativă față de valorile înregistrate în perioada 2012-2016, astfel: 0,082 litri în 2016, 0,596 litri în 2015, 0,773 litri confiscați în 2014, 0,182 litri în 2013 și 2,643 litri în 2012).

- **Droguri de risc⁴²:**

- **2018,424 kg** (în scădere față de anul 2016 când au fost confiscate 3125,03 kg și creștere față de anii anteriori, astfel: 537,811 kg în 2015, 627,459 kg în 2014, 401,665 kg în 2013 și 679,211 kg în 2012) – **a doua cea mai mare valoare înregistrată în ultimii 5 ani;**
- **22882 comprimate** (în creștere semnificativă față de anul 2016 când au fost confiscate 2076 comprimate, apoi o scădere semnificativă față de anul 2015 când au fost confiscate 143740 comprimate și iar în creștere față de anii 2014, 2013 și 2012 când au fost confiscate 7000, 736 și respectiv 2057 comprimate).

Grafic 7 - 6: Evoluția cantităților totale (kilograme) de droguri confiscate în România, în perioada 2008 – 2017, în funcție de categoria de drog (risc vs. mare risc)

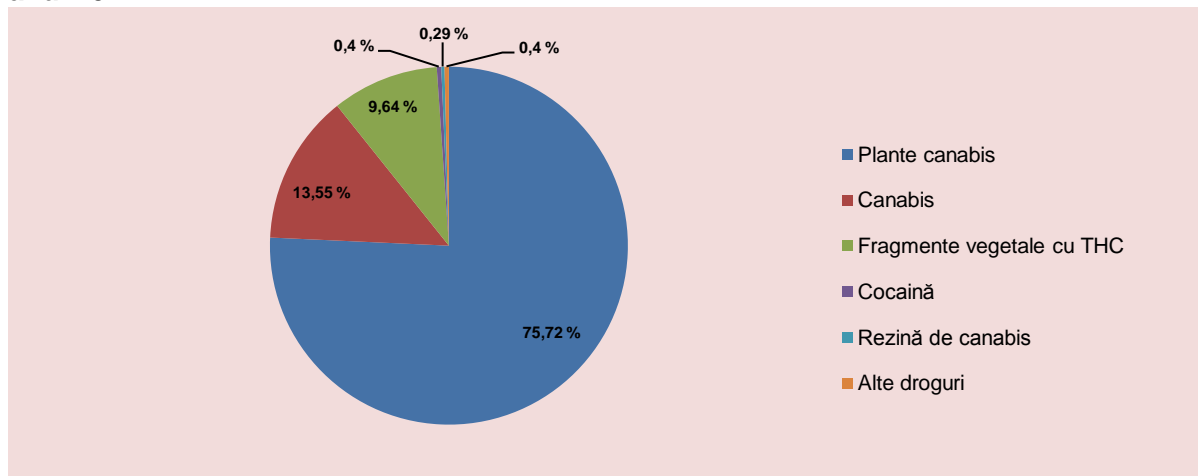


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

⁴² Inclusiv fragmentele vegetale cu THC și masă plante de cannabis

Din cele 2033,764 kilograme de droguri confiscate, **75,72%** reprezintă **masă plante de canabis** (1540,019 kg), **23,19%** reprezintă capturi de **canabis iarbă și fragmente vegetale cu THC** (471,69 kg – din care 196,185 kg fragmente vegetale cu THC), **0,4%** reprezintă **cocaină** (8,176 kg), **0,29%** **rezină de canabis** (5,852 kg) și 0,4% alte droguri.

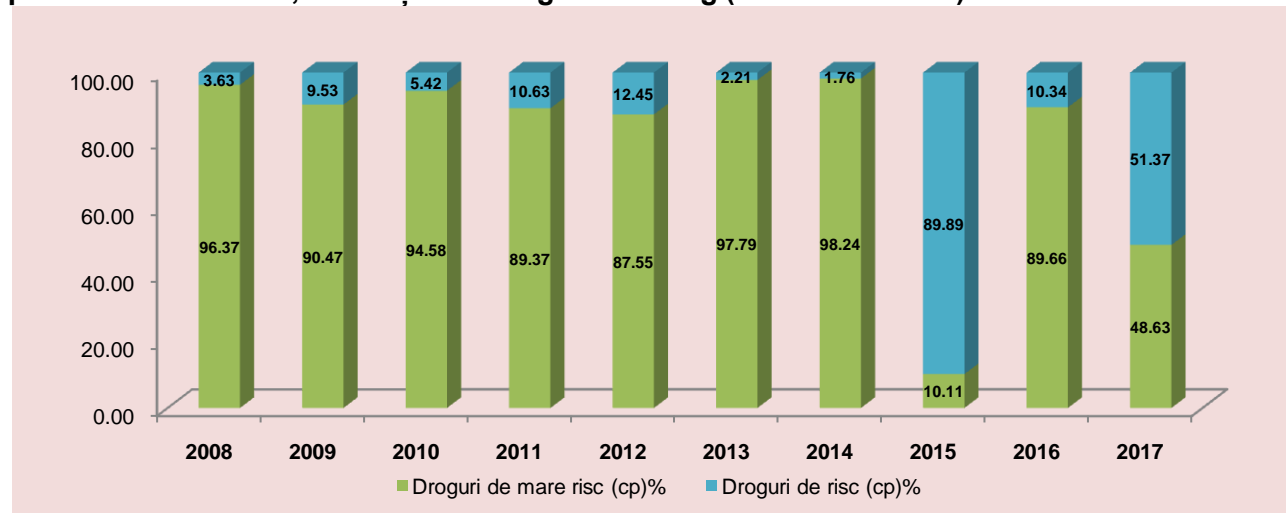
Grafic 7 - 7: Ponderea principalelor tipuri de droguri din cantitatea totală confiscată în anul 2017



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Raportat la anul precedent, anul 2017 înregistrează o **creștere** a numărului de **comprimate** din categoria **droguri de mare risc**.

Grafic 7 - 8: Evoluția cantităților totale (comprimate) de droguri confiscate în România, în perioada 2009 – 2017, în funcție de categoria de drog (risc vs mare risc)



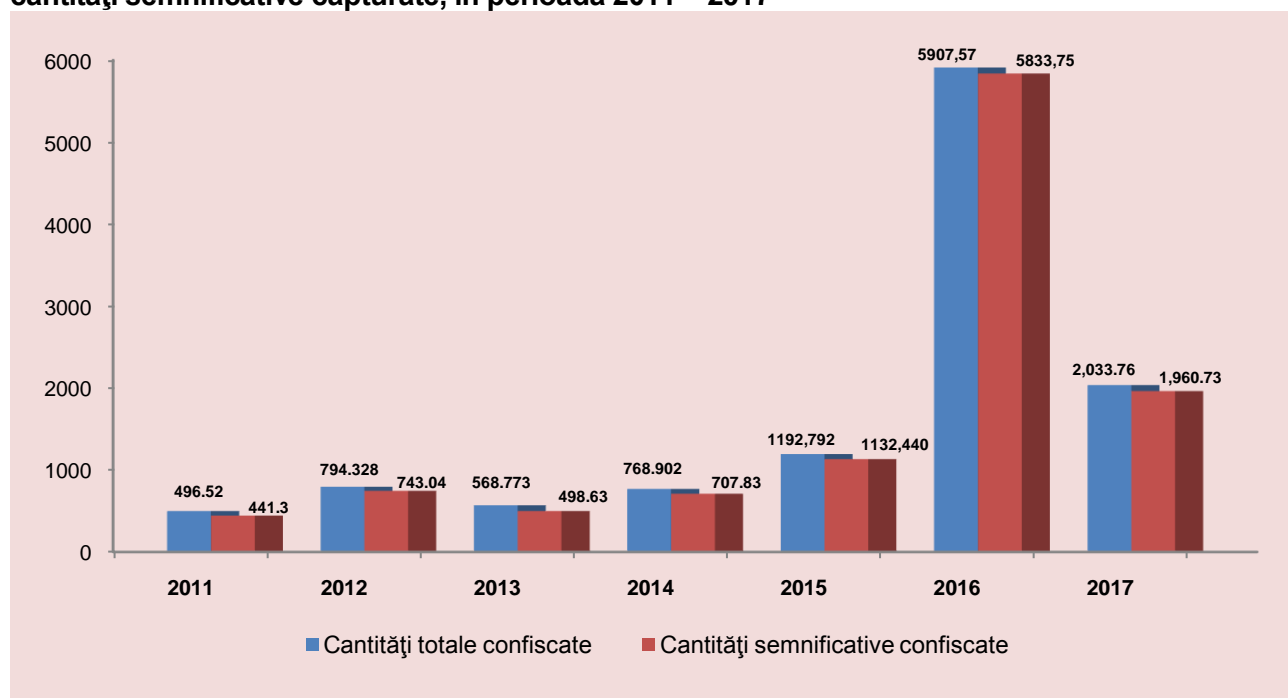
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Din numărul total de comprimate confiscate în anul 2017 **42,23%** (18810 comprimate) reprezintă **MDMA**, **31,58%** (14067 comprimate) reprezintă **benzodiazepine**, 17,5% (7795

comprimate) reprezintă zolpidem, 3,74% (1668 comprimate) reprezintă morfină și 1,51% (674 comprimate) reprezintă metadonă.

96,4% din cantitatea totală de droguri capturată în anul 2017 provine din **capturi semnificative** (valoare în **scădere** față de anul 2016 – 98,75% și în **creștere** față de cele înregistrate în anii anteriori – 94,94% în anul 2015, 92% în anul 2014, 87,66% în anul 2013 și 93% în anul 2012).

Grafic 7 - 9: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri confiscate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2017



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.1.2. Număr de capturi

Anul 2017 înregistrează **cel mai mare număr total de capturi** realizate până în prezent. În acest context, numărul de capturi a crescut și pentru principalele tipuri de droguri, excepție făcând capturile de heroină, care, după cea mai mare valoare atinsă în anul 2016, au înregistrat o scădere semnificativă. O creștere semnificativă este consemnată pentru capturile de MDMA, iar capturile de opiu, LSD și rezină de canabis înregistrează valori în scădere față de anii precedenți.

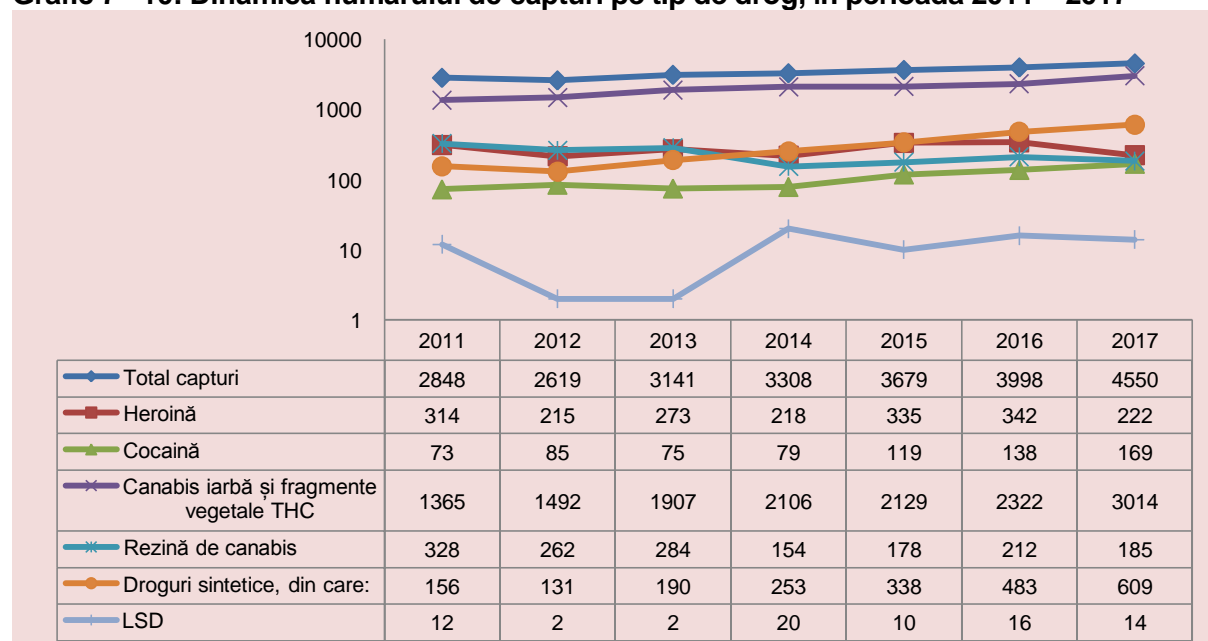
Tabel 7 - 3: Situația drogurilor ilicite confiscate la nivel național, în perioada 2012 – 2017, în funcție de tipul de drog

Droguri	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant
Heroină (kg)	215	45,217	273	111,558	218	25,787	335	334,195	342	3,793	222	3,502
Cocaină	85	54,703	75	53,339	79	34,088	119	71,286	138	2.321,345	169	8,176
Canabis iarbă și fragmente vegetale cu THC	1.492	335,086	1.907	250,715	2.106	184,919	2.129	235,19	2.322	243,591	3.014	471,69
Rezină de canabis	262	27,263	284	24,86	154	15,214	178	5,152	212	34,856	185	5,852
Droguri sintetice	131	12.903	190	27.596	253	318.143	338	14.924	483	14953	609	18907
Pirovalerone (kg)	10	0,03	12	0,025	32	0,181	185	2,658	148	0,231	5	0,044
LSD (doze)	2	104	2	2	20	509	10	67	16	991	14	288

Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Astfel, au fost realizate **4550 capturi** de droguri, din care cele mai multe au fost înregistrate pentru: canabis 3014 capturi (2861 capturi de iarbă de canabis și 153 capturi de fragmente vegetale cu THC), MDMA (477 capturi), heroină (222 capturi), rezină de canabis (185 capturi), cocaină (169 capturi) și amfetamină (115 capturi).

Grafic 7 - 10: Dinamica numărului de capturi pe tip de drog, în perioada 2011 – 2017

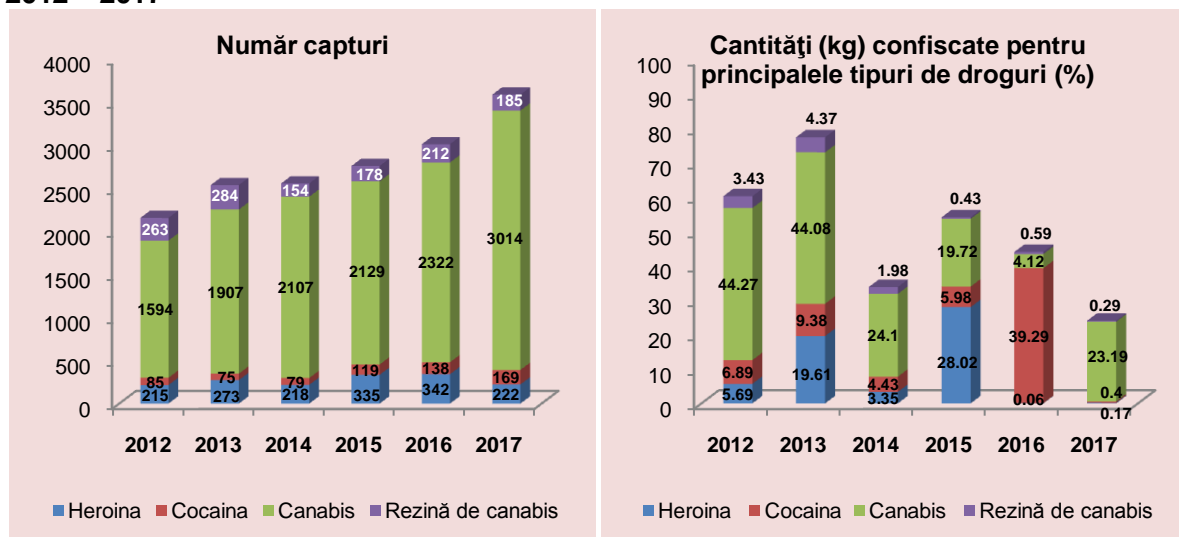


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Ultimii 5 ani consemnează o tendință în creștere a numărului de capturi, cu cele mai multe capturi înregistrate pentru cannabis iarbă și fragmente vegetale (11478), droguri sintetice (1873), heroină (1390) și rezină de cannabis (1013).

Analiza numărului de capturi raportat la cantitățile confiscate evidențiază cannabisul ca drogul predominant atât în totalul numărului de capturi, cât și al cantității totale confiscate, excepție făcând anii 2015 și 2016, care se evidențiază prin cantitățile mari de heroină, respectiv cocaină confiscate.

Grafic 7 - 11: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2012 – 2017



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2. ANALIZA PE TIP DE SUBSTANȚĂ

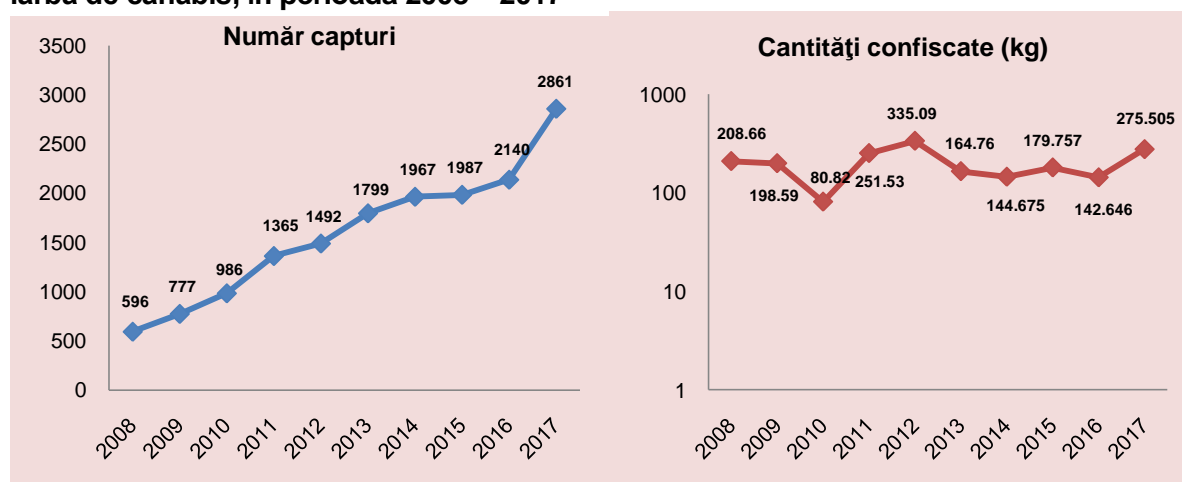
B.2.1. Cannabisul

Canabisul rămâne cel mai capturat drog la nivel național, înregistrând în anul 2017 cel mai mare număr de capturi realizate până în prezent. Astfel, au fost confiscate **471,69 kg cannabis**⁴³ (față de 243,591 kg în 2016 și 235,19 kg capturate în 2015) provenind din **3014 capturi**, din care **275,505 kg cannabis iarbă** (față de 142,646 kg capturate în 2016) provenind din **2861 capturi** și **196,185 kg fragmente vegetale cu THC** (față de 100,945 kg capturate în 2016) provenind din **153 capturi**.

Deși înregistrează o evoluție oscilantă a cantităților confiscate, iarba de cannabis prezintă o disponibilitate în creștere, ultimii 10 ani evidențiind o creștere de aproape cinci ori a numărului de capturi de cannabis iarbă. În ceea ce privește cantitatea confiscată în anul 2017, aceasta atinge cea mai mare valoare din ultimii 5 ani și a doua valoare din ultimii 10 ani, după maximul atins în anul 2012.

⁴³ Cannabis iarbă și fragmente vegetale cu THC

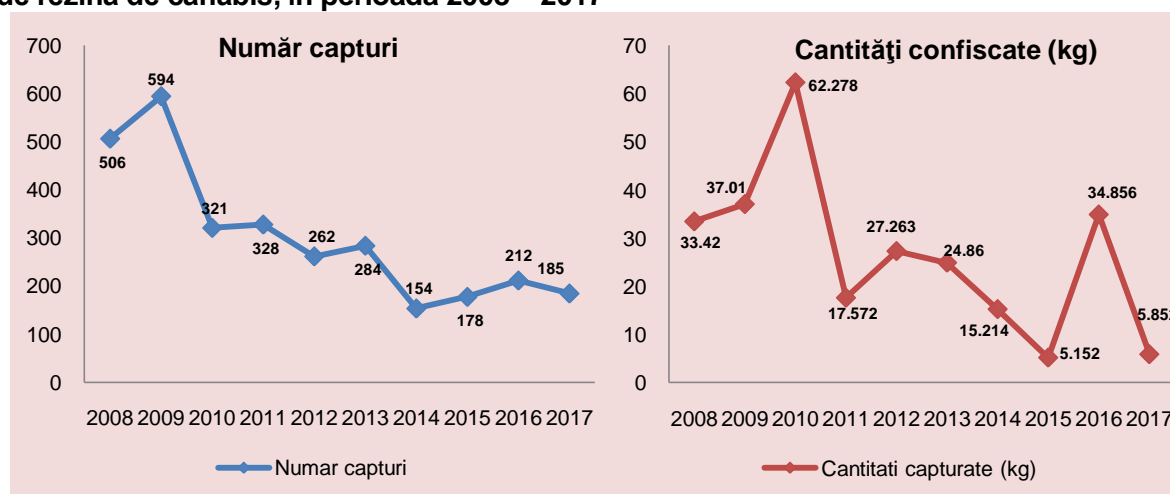
Grafic 7 - 12: Evoluția cantităților de iarbă de canabis confiscate vs numărul capturilor de iarbă de canabis, în perioada 2008 – 2017



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2017, confiscările de **rezină de canabis** înregistrează o scădere, atât din punct de vedere al cantității confiscate, cât și al numărului de capturi realizate. Astfel, cantitatea totală confiscată (5,852 kg) a scăzut semnificativ față de anul 2016 și înregistrează, alături de cantitatea confiscată în anul 2015, cea mai mică valoare din ultimii zece ani. Numărul de capturi de rezină de canabis a scăzut la 185, de la 212 capturi realizate în anul 2016, valoarea menținându-se sub nivelul ultimilor 10 ani, evoluția acestui indicator fiind oscilantă, cu o tendință generală descendentă. Din cantitatea toată de rezină de canabis confiscată, 1,332 kg au provenit dintr-o captură semnificativă, această cantitate fiind destinată pieței ilicite din România.

Grafic 7 - 13: Evoluția cantităților de rezină de canabis confiscate vs numărul capturilor de rezină de canabis, în perioada 2008 – 2017

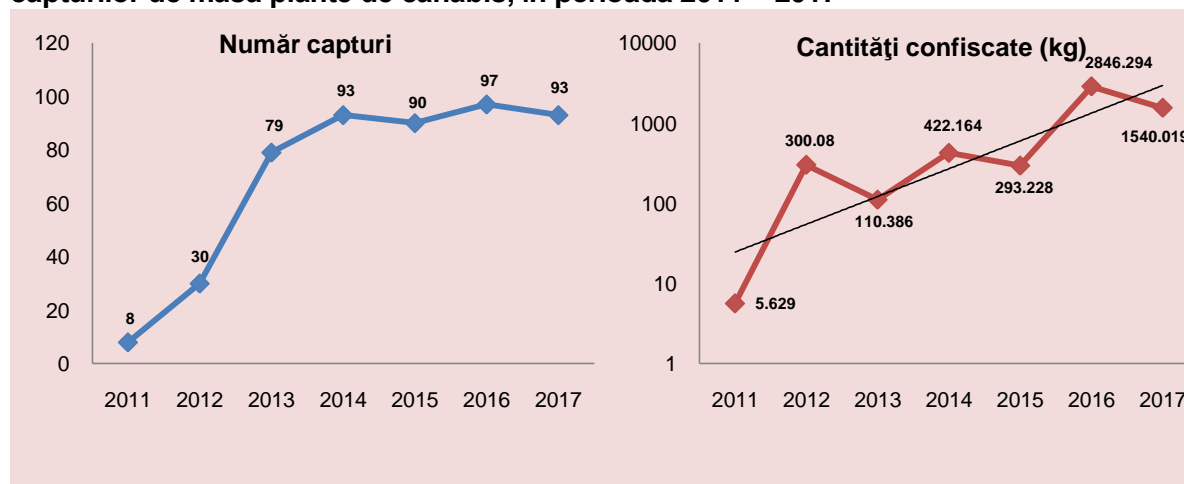


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Și cantitatea de **masă plante de canabis** confiscată în cursul anului 2017 înregistrează, de asemenea, o scădere semnificativă față de anul anterior (1540,019 kg în 2017 față de 2846,294 kg în 2016). Cu toate acestea, își menține disponibilitatea pe piața drogurilor din

România, numărul de capturi înregistrând o scădere nesemnificativă față de anul precedent (93 de capturi, față de 97 realizate în 2016). Raportată la cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2017, cantitatea confiscată de masă plante de canabis reprezintă 75,72% (1540,019 kg), procent în creștere comparativ cu cel consemnat în anul 2016 (48,18% - 2846,294 kg).

Grafic 7 - 14: Evoluția cantităților de masă plante de canabis confiscate vs numărul capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2017



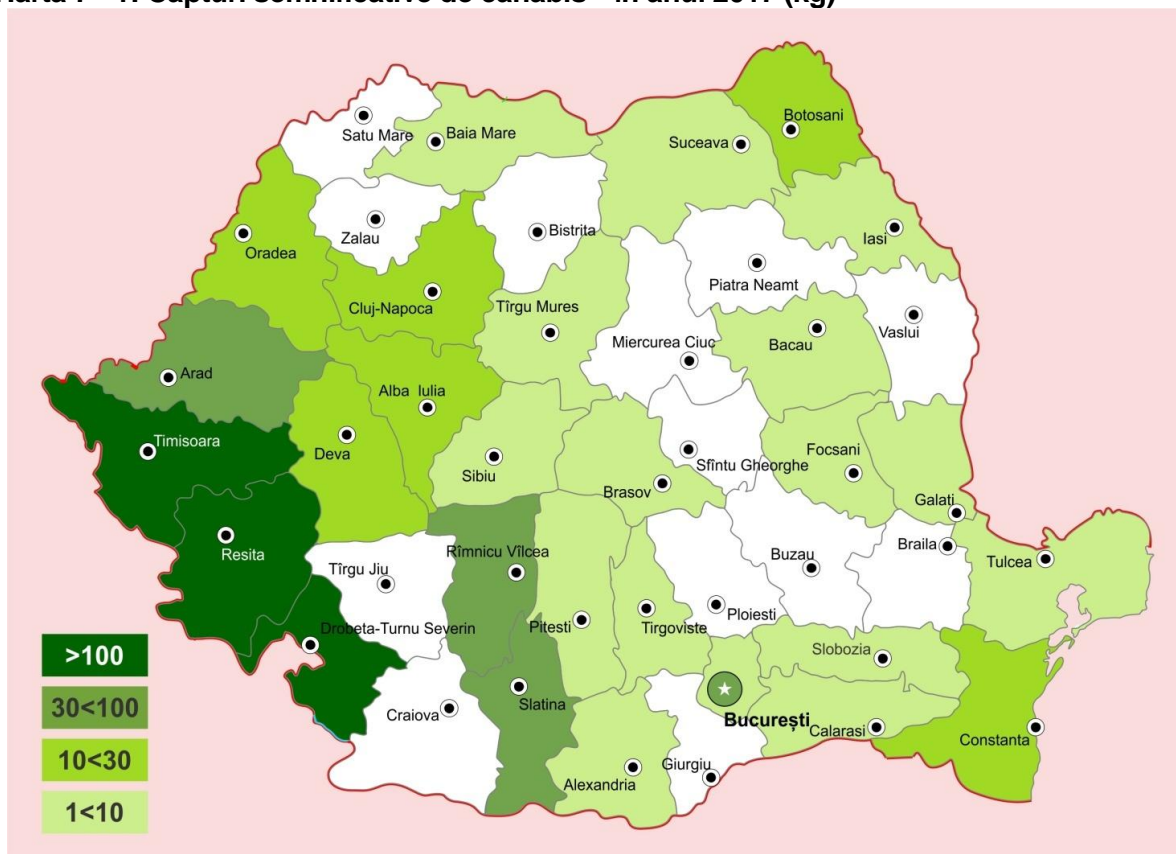
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Comparativ cu anul 2016, cu toate că numărul culturilor ilicite descoperite în anul 2017 înregistrează o scădere (de la 83 la 78), acesta se situează peste valorile anilor precedenți: 76 culturi în 2015, 74 culturi în 2014, 69 culturi în anul 2013 și 48 în anul 2012.

Analiza datelor privind capturile semnificative de canabis realizate în anul 2017 evidențiază faptul că aproximativ **92,34%** din cantitatea de **canabis**⁴⁴ confiscată (1796,843 kg canabis – din care 1485,485 kg masă plante de canabis) a avut ca **țară de producție România**.

⁴⁴ Canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, masă plante canabis;

Harta 7 - 1: Capturi semnificative de canabis⁴⁵ în anul 2017 (kg)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2017, **rutele de trafic** a canabisului, mențin caracteristicile anilor anteriori. Astfel, iarba de canabis confiscată în România provine din Spania, România, Grecia și Albania și pătrunde pe teritoriul național, în principal pe cale rutieră, fiind disimulată în colete expediate prin firme de curierat/poștă, în bagaje, geți de mână, cutii pentru mancare sau depozitare, borcane sau pungi de plastic. Cantitatea de 1,332 kg de rezină de canabis confiscată a provenit din Maroc.

⁴⁵ Canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, masă plante canabis și rezină de canabis;

Harta 7 - 2: Rute de traficare pentru canabis⁴⁶ în anul 2017



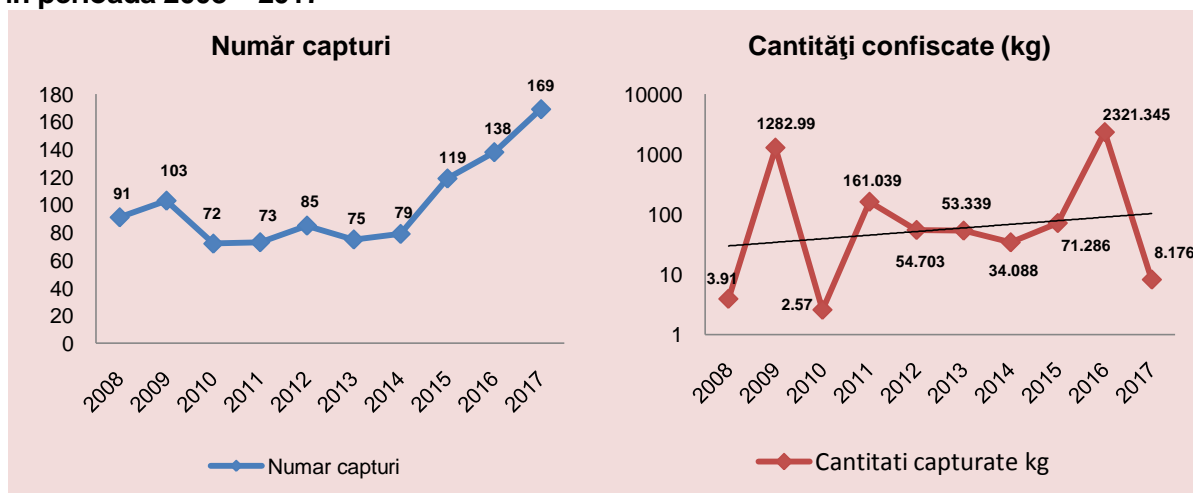
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.2.Cocaina

Deși cantitatea totală de cocaină confiscată a înregistrat o scădere semnificativă față de anul 2016 (8,176 kg față de 2321,345 kg), anul 2017 înregistrează o **creștere a disponibilității** cocainei pe teritoriul național, aspect relevat atât de creșterea numărului de capturi (de la 138 la 169), inclusiv a numărului de capturi semnificative (de la 7 la 9), precum și de faptul că 3 capturi semnificative de cocaină (2,587 kg) au avut ca destinație România.

Dacă în perioada 2008-2012 s-au confiscat 1505,212 Kg cocaină din 424 capturi, în următoarea perioadă de 5 ani, cantitatea de cocaină confiscată a crescut cu peste 65% (2488,23 kg), iar numărul de capturi la 580.

Grafic 7 - 15: Evoluția cantităților de cocaină confiscate vs numărul capturilor de cocaină, în perioada 2008 – 2017

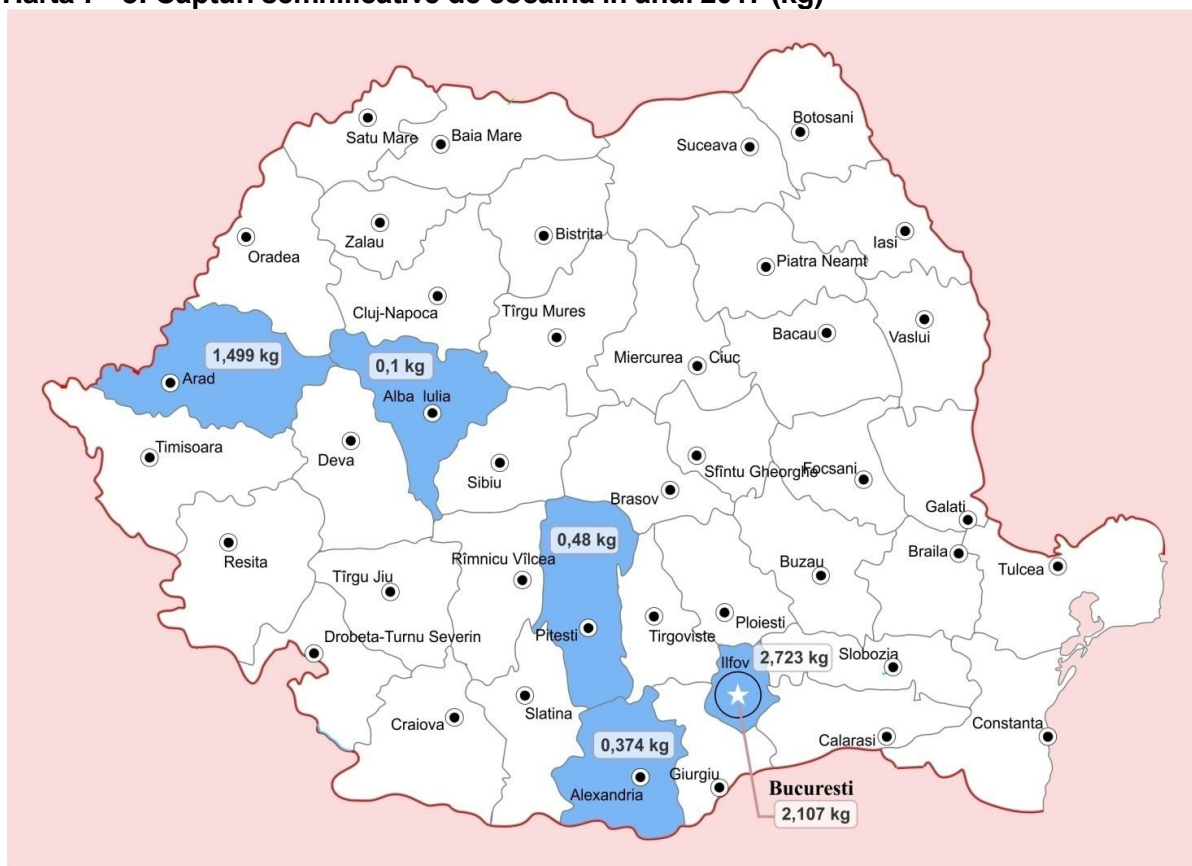


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

⁴⁶ Canabis iarbă, frgamente vegetale cu THC, plante și rezină de canabis;

Din punct de vedere al **țării de origine**⁴⁷, cocaina capturată pe teritoriul României în cursul anului 2017 a avut ca țări de plecare Spania, Italia și Brazilia. Pentru 6 din cele 9 capturi semnificative (4,699 kg reprezentând 57,47% din cantitatea totală) nu au putut fi identificate date referitoare la țara de origine sau destinație

Harta 7 - 3: Capturi semnificative de cocaină în anul 2017 (kg)



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În privința **rutelor de trafic** și a metodelor de disimulare, s-a constatat că în anul 2017, traficul de cocaină s-a realizat:

- Pe cale rutieră, în butelii de gaz, pe ruta Spania – Italia – Austria – Germania – Ungaria – România și în borcan cu destinație România, din Italia;
- Pe cale aeriană, din Brazilia, pe ruta Elveția – Germania – România – Turcia;
- Au mai fost capturate în zona feroviară de frontieră (în bagaj abandonat) și la domiciliu disimulate în frigider.

⁴⁷ Date extrase din capturile semnificative de droguri

Harta 7 - 4: Rute de traficare a cocainei în anul 2017



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.3. Drogurile sintetice

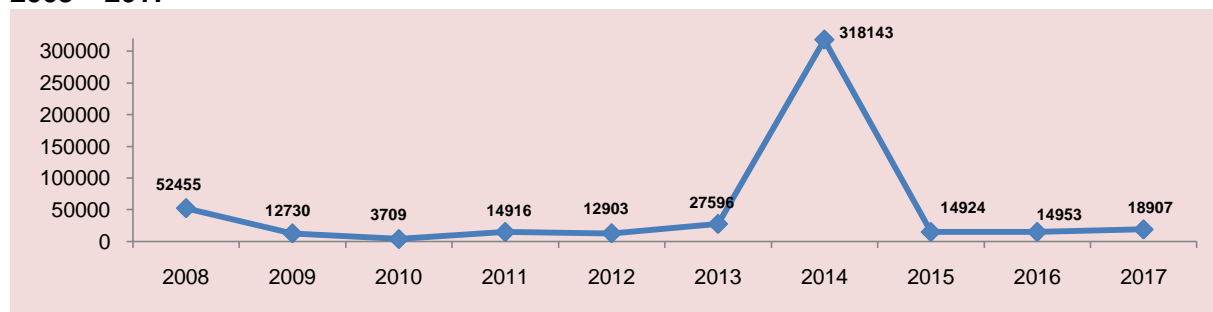
Aceste tipuri de droguri înregistrează, în anul 2017, o creștere a disponibilității pe piața ilicită din România. Capturile realizate au evidențiat că aceste droguri au provenit din Olanda și Bulgaria și au fost aduse în România pe calea rutieră, prin intermediul firmelor de curierat sau cu autoturisme personale/ autocare, de către cetățeni care se întorceau din Occident.

Cantitățile de droguri sintetice confiscate în cursul anului 2017 totalizează 2,621 kg, 18907 comprimate și 288 doze, după cum urmează: amfetamină – 1,69 kg și 97 comprimate, derivați ai amfetaminei – 2,13 gr, MDMA – 0,929 kg și 18810 comprimate și LSD – 288 doze și au provenit din 609 capturi, față de 2016 când au fost confiscate 2,074 kg, 14953 comprimate și 991 doze, după cum urmează: amfetamină – 1,834 kg și 82 comprimate, derivați ai amfetaminei – 0,4 gr și 514 comprimate, metamfetamină – 20,16 gr, MDMA – 0,218 kg și 14357 comprimate și LSD – 911 doze provenite din 483 capturi.

Cantitățile de droguri sintetice provenite din capturi semnificative sunt în creștere față de anul 2016 pentru MDMA (2017 – 0,653 kg și 131247 comprimate MDMA față de 10821 comprimate MDMA în 2016) și în scădere pentru amfetamină și LSD (2017 – 1,07 kg amfetamină și 100 doze LSD, față de 1,21 kg amfetamină și 900 doze LSD în 2016). De asemenea, numărul total al capturilor semnificative de droguri sintetice⁴⁸ este în creștere (25 capturi semnificative realizate în 2017, față de 15 în 2016), cu creșteri înregistrate pentru MDMA (de la 10 la 17 capturi) și amfetamină (de la 3 capturi la 7 în anul 2017).

⁴⁸ Amfetamină, derivați ai amfetaminei, LSD și MDMA

Grafic 7 - 16: Evoluția confiscărilor de comprimate de tip droguri sintetice, în perioada 2008 – 2017



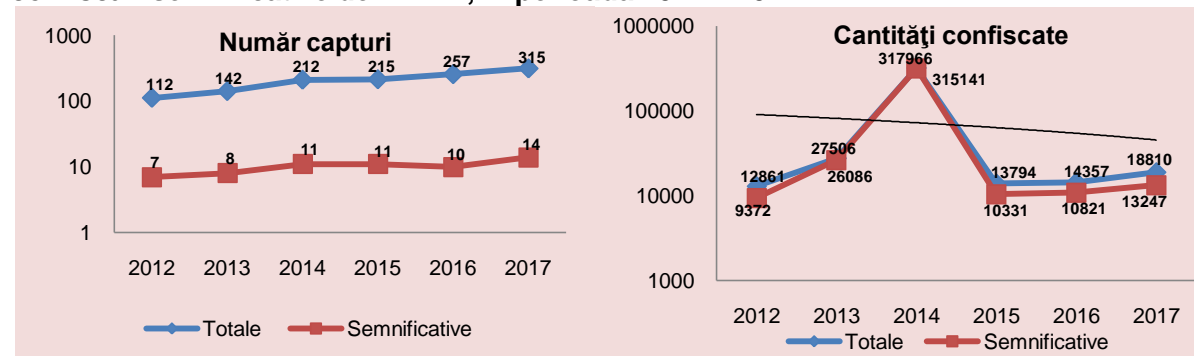
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Amfetamină – Deși cantitatea totală confiscată în anul 2017 este în scădere față de anul 2016 (69 kg și 97 comprimate față de 1,834 kg), numărul de capturi este în creștere (115 capturi față de 108 realizate în 2016, respectiv 7 capturi semnificative față de doar 3 în anul 2016).

MDMA – Față de anul anterior, anul 2017 înregistrează o creștere a confiscărilor de MDMA, atât din punct de vedere al numărului de capturi, cât și al cantității confiscate, ceea ce confirmă **disponibilitatea în creștere** a acestui tip de drog pe piața ilicită a drogurilor, în ultimii 5 ani. Astfel, în anul 2017 au fost confiscate 18810 comprimate și 0,929 kg MDMA, provenind din 477 de capturi, comparativ cu 14357 comprimate și 0,218 kg MDMA, provenind din 350 capturi realizate în 2016. 70,43% (13247 comprimate) din totalul comprimatelor de MDMA confiscate au provenit din 14 capturi semnificative, restul de 5563 comprimate fiind rezultatul a 301 capturi (~18 comprimate/ captură). Din cantitatea de 0,929 kg MDMA, 0,654 kg au fost rezultatul a 3 capturi semnificative.

Rutele de traficare pentru MDMA nu comportă modificări față de anii precedenți, comprimatele confiscate pe teritoriul național fiind traficate pe cale rutieră, pe rutele Olanda – Germania – Austria – Ungaria – România, Olanda – Germania – Cehia – Slovenia – Ungaria – România, Germania – Cehia – Ungaria – România sau Olanda – România. Acestea au fost transportate cu autoturisme/ autocare și ascunse în bagaje sau colete poștale.

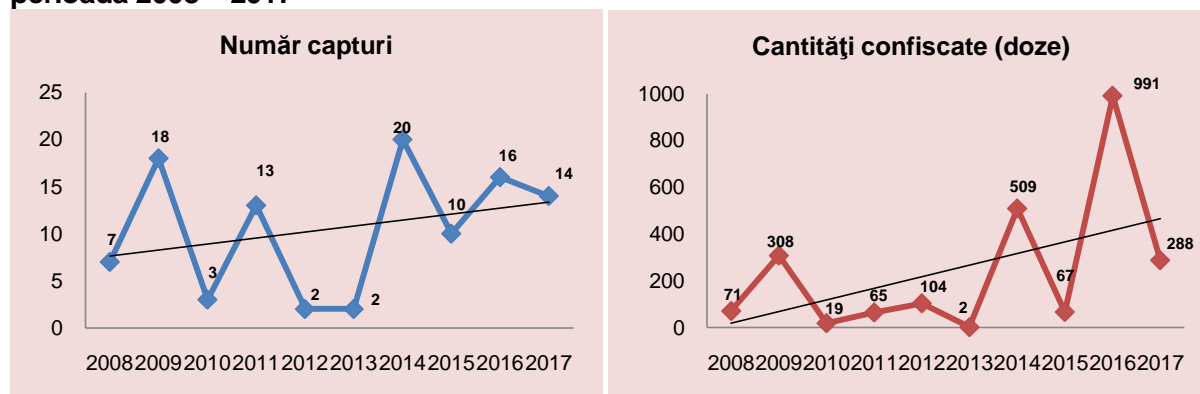
Grafic 7 - 17: Evoluția capturilor și confiscărilor de comprimate de MDMA vs capturi și confiscări semnificative de MDMA, în perioada 2012 – 2017



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

LSD își menține disponibilitatea pe piața ilicită, chiar dacă înregistrează o **scădere** atât a numărului de capturi, cât și a cantității confiscate (doze). Comparativ cu anii precedenți, confiscările de LSD au înregistrat o scădere semnificativă în anul 2017, fiind capturate 288 doze provenite din 14 capturi față de 991 doze, provenite din 16 capturi în anul 2016 și 509 doze provenite din 20 capturi în anul 2014 . 100 doze de LSD confiscate reprezintă rezultatul unei singure capturi semnificative.

Grafic 7 - 18: Evoluția dozelor de LSD confiscate vs numărul capturilor de LSD, în perioada 2008 – 2017

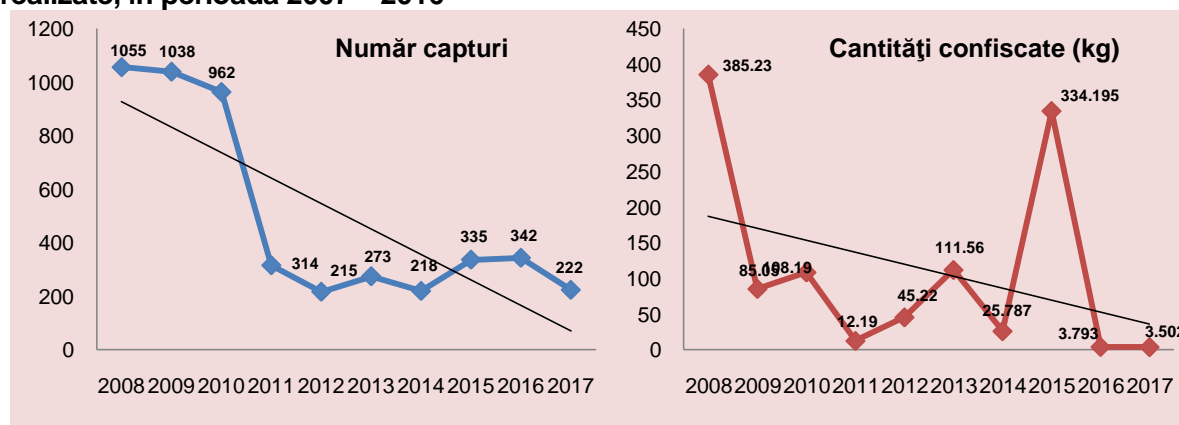


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.4. Heroina

Dacă anul 2016 consemna valori de maxim, în creștere, pentru numărul de capturi și în scădere pentru cantitate confiscată de heroină, în anul 2017 aceste valori înregistrează deopotrivă o scădere, cantitatea de heroină confiscată atingând cea mai mică valoare din ultimii 10 ani (3,502 kg), iar numărul capturilor de heroină scăzând la 222 capturi, de la 342 înregistrate în anul 2016. 87,32% din heroina confiscată a provenit din 3 capturi semnificative (3,058 kg) care au avut ca țară de destinație România. Restul de 0,444 kg heroină a făcut obiectul a 219 capturi la nivel național (~ 2 gr/captură).

Grafic 7 - 19: Evoluția cantităților de heroină confiscate vs. numărul de capturi de heroină realizate, în perioada 2007 – 2016



Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

Analiza evoluției confiscărilor de heroină în ultimii 10 ani evidențiază o tendință oscilantă a cantităților confiscate, cu valori maxime atinse în anii 2008 și 2015, și o stabilizarea a pragului numărului de capturi în perioada 2011-2017, comparativ cu perioada 2008-2010, la sub 350 de capturi pe an, ceea ce reprezintă o scădere de peste 50% a acestor valori față de cele înregistrate în perioada 2008-2010.

Rutele utilizate pentru traficul de heroină pe teritoriul național se mențin, fără schimbări majore. Astfel, și în anul 2017, acest tip de drog a provenit din Turcia, fiind transportat pe cale rutieră pe rutele Turcia – Bulgaria – România și Turcia – Grecia – Bulgaria – România, fiind ascunsă în trusa auto de prin ajutor. Totodată, heroina capturată a fost identificată în imobile reședință, fiind disimulată în cuptor.

B.2.6. Noi substanțe psihoactive (NSP)

În anul 2017 substanțele noi psihoactive își mențin prezența pe piața drogurilor din România, chiar dacă se consemnează o scădere a disponibilității lor. Astfel, au fost realizate 63 capturi (în scădere față de anul 2016, când au fost realizate 182 capturi) și au fost confiscate doar 0,627 kg și 4 de comprimate și 17 doze (timbre) de noi substanțe psihoactive, cantitate în scădere față de anii precedenți (2016 – 0,336 kg, 2015 – 5,188 kg, 2014 – 6,7 kg, 2013 – 16,431 kg, 2012 – 1,5 kg).

În ultimii cinci ani, datele privind capturile de NSP evidențiază o tendință în scădere a disponibilității triptaminelor pe piața ilicită a drogurilor, în timp ce disponibilitatea pentru catinone și pirovalerone este fluctuantă. Totodată, începând cu anul 2014, se înregistrează o tendință de scădere și pentru canabinoizii sintetici.

În anul 2017, nu au fost înregistrate capturi semnificative de noi substanțe psihoactive.

Tabel 7 - 4: Situația cantităților de NSP confiscate, precum și a numărului capturilor de NSP în perioada 2013 – 2017

NSP	Cantitate capturată										Număr capturi				
	kilograme					comprimate/doze					2013	2014	2015	2016	2017
Canabinoizi sintetici	0,531	0,972	0,599	0,02572	0,19971	0	0	0	0	0	23	119	46	9	26
Catinone	0,204	0,578	0,439	0,079	0,05918	4	16	1	0	0	26	36	41	11	11
Piperazine	0,0001	0	0,0002	0,00021	0	39	14460	28	3	0	4	5	3	3	0
Pirovalerone	0,025	0,181	2,658	0,23106	0,04835	13	0	4	0	0	12	32	185	148	6
Triptamine	14,19	4,964	1,415	0	0,31982	0	11	0	4	0	68	23	6	1	13
2 C-X	0	0,00084	0,00001	0,00003	0,00041	0	1	2	33	21	0	3	2	10	7

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.7. Medicamente cu conținut stupefiant

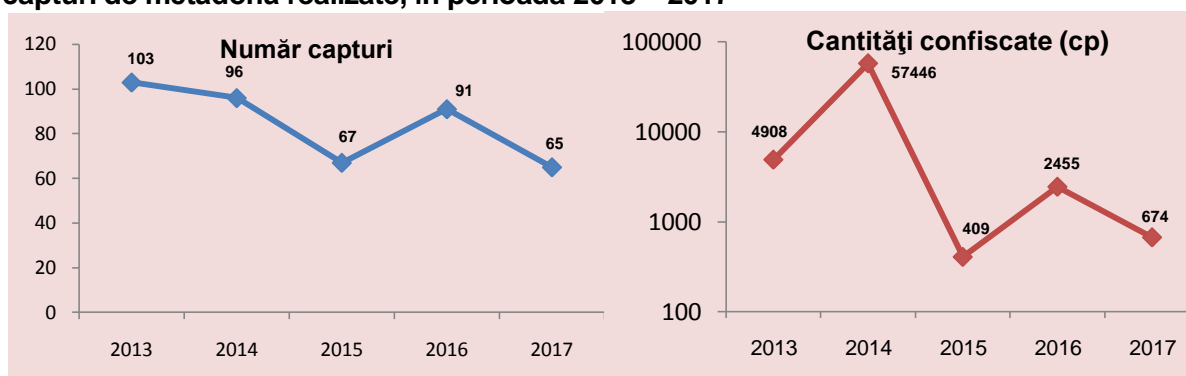
Medicamentele cu conținut stupefiant înregistrează un trend ascendent în privința cantităților confiscate (25626 comprimate, 306,71 grame și 1274 mililitri) și o creștere ușoară a numărului de capturi, de la 190 capturi în 2016 la 193 capturi în anul 2017, ceea ce evidențiază o menținere a disponibilității acestora pe piața drogurilor din România. Astfel, în anul 2017, numărul capturilor semnificative a crescut, fiind realizate 17 astfel de capturi de medicamente (față de doar 4 în anul 2016), după cum urmează: 5 capturi de

benzodiazepine (12724 comprimate) față de doar o captură în 2016 (440 de comprimate alprazolam), 3 capturi de morfină (1668 comprimate și 772 mililitri), 3 capturi de zolpidem (7794 comprimate), 2 capturi de barbiturice (625 comprimate și 126 mililitri), o captură de metadonă (135 mililitri) față de 2 capturi în anul 2016 (656 comprimate), o captură de oxicodonă (350 comprimate), o captură de petidină (112 mililitri) și o captură de mitraginină (255,32 grame).

B.2.7.1. Metadonă

În anul 2017, se constată o **scădere a disponibilității** metadonei, materializată prin scăderea atât a cantității confiscate, cât și a numărului de capturi, acestea înregistrând cea mai mică valoare din ultimii 5 ani. Astfel, au fost realizate 65 de capturi, fiind confiscate 674 comprimate, 2,83 grame și 135 mililitri, comparativ cu anul 2016 când au fost înregistrate 91 de capturi totalizând 2445 comprimate, 0,2 grame și 82 mililitri. Cantitatea de 135 de mililitri de metadonă este rezultatul unei singure capturi semnificative și a provenit din Franța, fiind destinată pieței ilicite din țara noastră.

Grafic 7 - 20: Evoluția cantităților de metadonă (comprimate) confiscate vs. numărul de capturi de metadonă realizate, în perioada 2013 – 2017

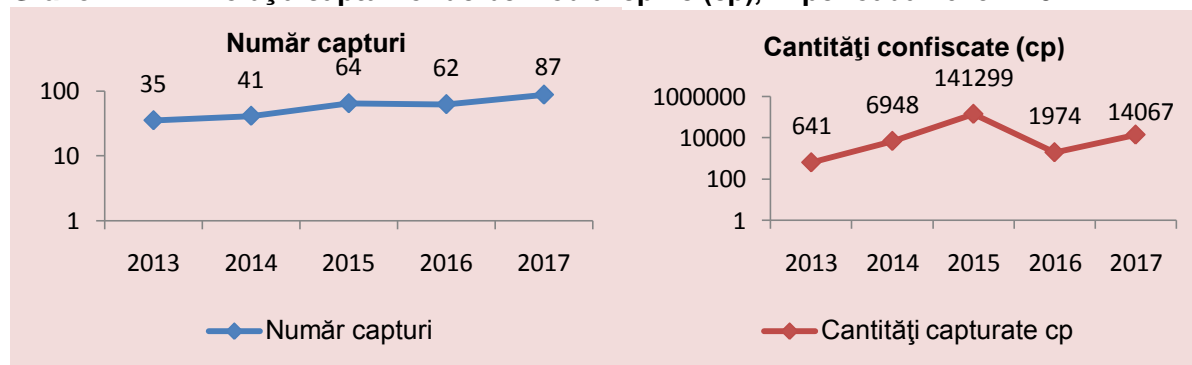


Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.2.7.2. Benzodiazepine

După scăderea semnificativă a cantității confiscate de benzodiazepine din 2016, anul 2017 înregistrează o **creștere a disponibilității** acestui tip de medicamente pe piața ilicită, cu cel mai mare număr de capturi realizate până în prezent, și a doua cea mai mare valoare a cantității de comprimate confiscate, după maximul atins în anul 2015. Astfel, au fost confiscate 14067 comprimate, 5,34 grame și 38 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a 93 capturi, față de anul precedent când au fost confiscate 1974 comprimate, 7,6 grame și 22,5 mililitri de benzodiazepine, ca urmare a 74 capturi. În anul 2017, au fost realizate 5 capturi semnificative totalizând 12724 comprimate de benzodiazepine, în creștere comparativ cu anul 2016, când a fost realizată doar o singură astfel de captură. Pentru 2 capturi de benzodiazepine (1157 comprimate) România a fost consemnată țară de origine, iar pentru 3 capturi de benzodiazepine România a fost țară de destinație. O captură de benzodiazepine a avut ca țară de destinație și Suedia.

Grafic 7 - 21: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2013 – 2017



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

În anul 2017, au fost realizate 10 **capturi semnificative** de medicamente cu conținut stupefiant după cum urmează: **7794 comprimate** de zolpidem, **1668 comprimate și 772 mililitri** de morfină, **350 comprimate** de oxycodonă, **135 mililitri** de metadonă, **0,255 kilograme** de mitraginină și **112 mililitri** de petidină.

România a fost țară de destinație pentru o captură de zolpidem (204 comprimate), o captură de mitraginină (0,255 kilograme), o captură de oxycodonă (350 comprimate) și o captură de metadonă (135 mililitri). Pentru captura de zolpidem, România a fost și țară de origine.

Totodată, față de anul 2016, confiscările de morfină, zolpidem și oxycodonă au înregistrat o creștere, atât din punct de vedere al numărului de capturi, cât și al cantităților confiscate, în timp ce confiscările de codeină și metadonă au scăzut semnificativ. Numărul capturilor de ketamina și barbiturice este, de asemenea în creștere (de la 5 capturi în anul 2016 la 21 capturi în anul de referință, respectiv de la 2 la 9 capturi).

Tabel 7 - 5: Alte medicamente confiscate în anii 2016 - 2017

Alte medicamente	Cantitate capturată						Număr capturi	
	grame		comprimate		mililitri		2016	2017
	2016	2017	2016	2017	2016	2017		
Oxicodonă	-	-	11	359	-	-	1	3
Morfină	22,1	-	8	1668	-	863	2	5
Codeină	1,76	1,37	533	41	-	-	8	4
Barbiturice	-	1,85	61	821	-	126	2	9
Ketamină	2,82	515,34	-	-	-	5,1	5	21
Buprenorfină	-	-	11	7	-	-	3	2
Metadonă	0,2	2,86	2455	674	82	135	91	65
Zolpidem	0,79	40	23	7795	-	-	3	5
Phentermine	-	-	-	140	-	-	-	3

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog

B.3. PREȚUL DROGURILOR

B.3.1. Prețul drogurilor la nivelul străzii

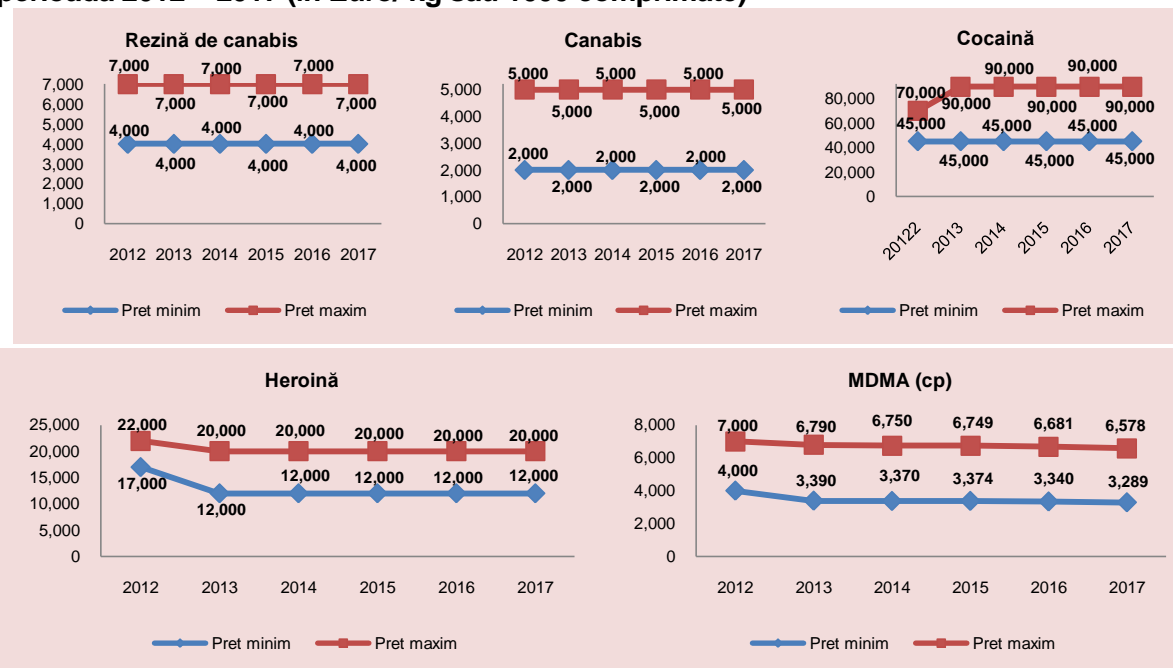
În anul 2017, prețurile de comercializare a drogurilor se **mențin** în **tendința** anilor anteriori, înregistrând valori relativ constante, diferențele fiind determinate în parte de cursul mediu al monedei euro⁴⁹ stabilit de B.N.R. pentru anul 2017, dar și de cererea și disponibilitatea drogurilor pe piață, astfel:

- **Canabis iarbă** (marijuana) – valorile prețului cu ridicată rămân constante și în anul 2017, modificări fiind identificate doar la nivelul prețurilor cu amănuntul, în sensul unei scăderi ușoare a prețului minim – 8,77 Euro/ gram în 2017, față de 8,9 Euro/ gram în 2016;
- **Rezină de canabis** (hașiș) – prețul cu ridicata (en gros) se menține la nivelul anilor 2009 – 2016, iar valorile înregistrate pentru prețul cu amănuntul, la nivel stradal, sunt și ele în scădere față de anul 2016 (13,36 – 17,81 Euro/ gram în 2016, față de 13,15 – 17,54 Euro/ gram în 2017);
- **Cocaină** – atât prețul cu ridicata cât și prețul cu amănuntul se mențin la un nivel constant față de anii precedenți - 45000 – 90000 Euro/ kg, respectiv 80 - 120 Euro/ gram;
- **Heroină** – prețul cu ridicata păstrează valori constante față de anul 2016, în timp ce, valoarea prețului cu amănuntul este în scădere și variază între 43,85 – 48,24 Euro/ gram, față de 44,54 – 48,99 Euro/ gram în 2016;
- **MDMA** – prețurile sunt în ușoară scădere față de anii precedenți, prețul cu ridicata variind între 3289 – 6578 Euro în anul 2017, față de 3340 – 6681 Euro/ 1000 comprimate în 2016, în timp ce prețul unui comprimat de MDMA variază între 8,77 și 17,54 Euro, față de 8,9 și 17,81 Euro în anul 2016;
- **LSD** – prețul cu amănuntul este în ușoară scădere, de la 17,81 – 33,4 Euro/ doză în anul 2016, la 17,54 – 32,89 Euro/ doză în anul 2017.

⁴⁹ Conform datelor existente la nivelul Băncii Naționale a României cursul mediu înregistrat pentru moneda Euro în anul 2016 a fost de 4,49 Ron iar în anul 2017 a fost de 4,56 Ron (<http://www.curs-valorar-bnr.ro/>).

B.3.2. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 de comprimate)

Grafic 7 - 22: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2012 – 2017 (în Euro/ kg sau 1000 comprimate)



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

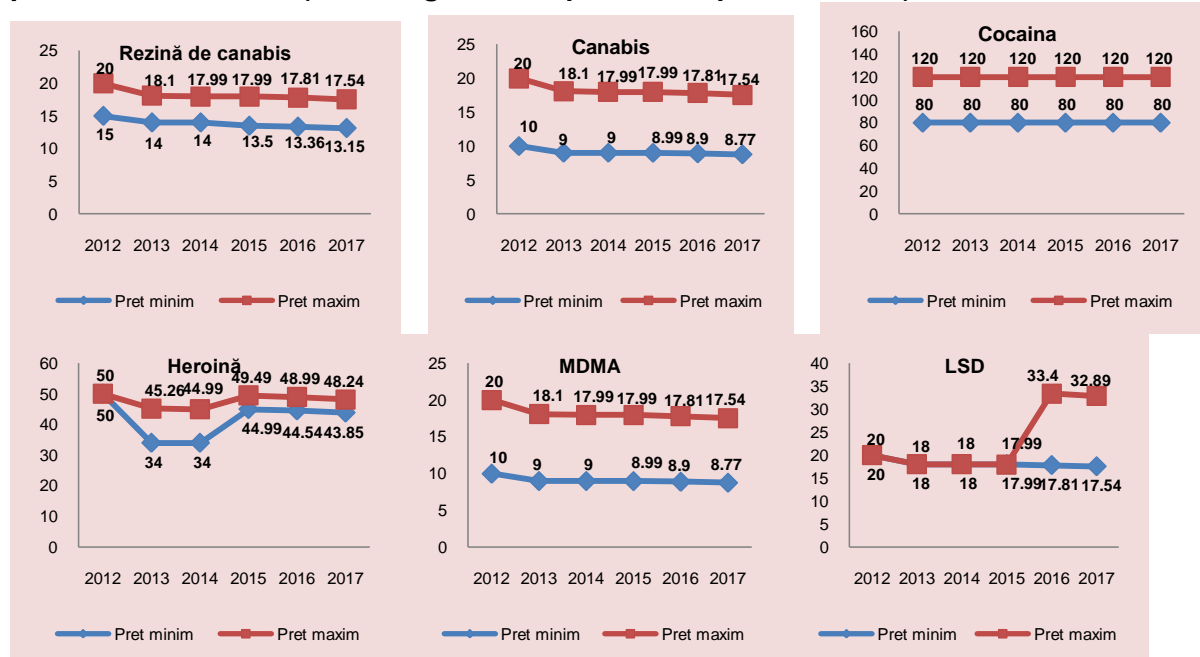
Dintre drogurile identificate pe piața ilicită, cocaina păstrează cel mai ridicat preț (90000 Euro/ kg), iar prețul comprimatelor de MDMA înregistrează o ușoară scădere a prețului minim (cu ridicata și cu amănuntul).

Evoluția prețurilor maxime cu ridicata în perioada 2013-2017 consemnează cea mai ridicată valoare pentru heroină (22000 Euro/Kg în anul 2012) și valori constante pentru canabis (5000 Euro/Kg), rezină de canabis (7000 Euro/Kg), cocaină (90.000 Euro/Kg) și heroină (20000 Euro/Kg) în perioada 2013-2017. Prețul maxim al MDMA înregistrează în această perioadă o ușoară scădere de la 6790 Euro/1000 comprimate în 2013, 6750 Euro/1000 comprimate în 2014, 6749 Euro/1000 comprimate în 2015, 6681 Euro/1000 comprimate în 2016 la 6578 Euro/1000 comprimate în 2017.

B.3.3. Prețul cu amănuntul (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)

Atât valorile minime, cât și cele maxime ale prețurilor drogurilor vândute cu amănuntul sunt în ușoară scădere la nivelul anului 2017 față de anii precedenți, cu excepția cocainei, al cărei preț se menține constant.

Grafic 7 - 23: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2012 – 2017 (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)



Sursa: Serviciul Antidrog – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

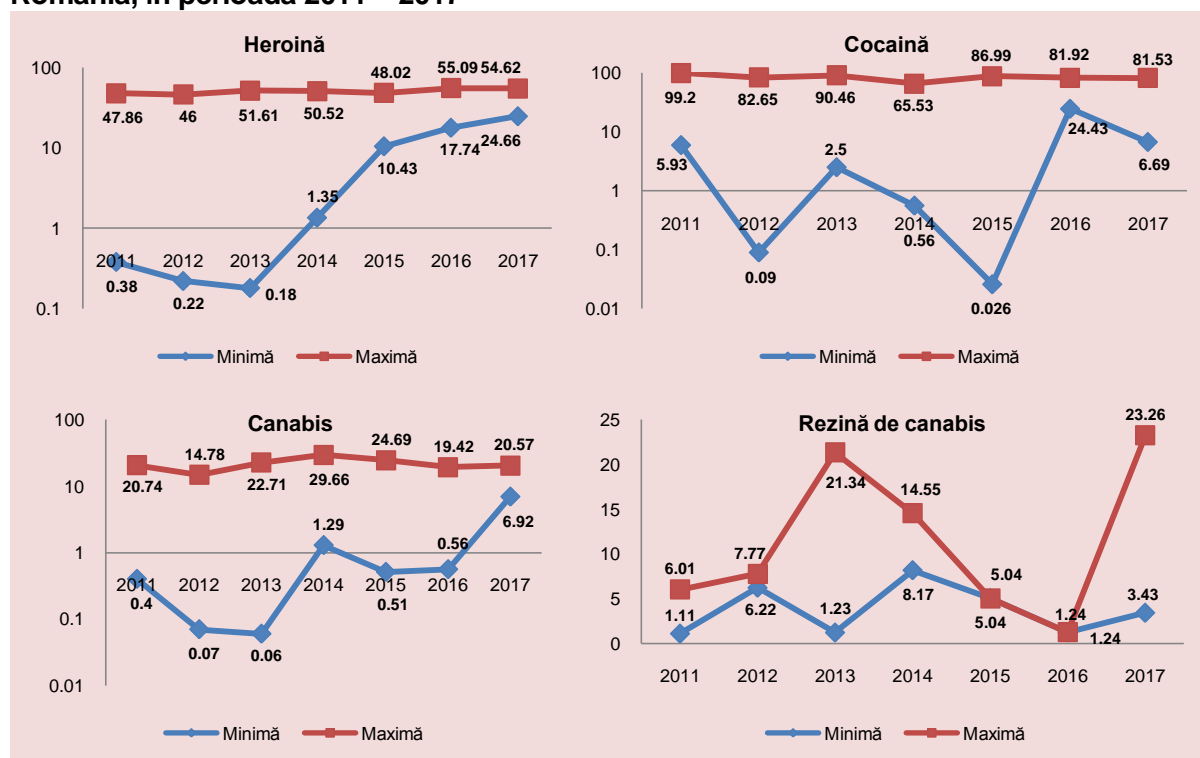
B.4. PURITATEA DROGURILOR

Probele analizate în cursul anului 2017⁵⁰ au pus în evidență următoarele aspecte, astfel:

- Concentrația heroinei analizate (12 probe) a variat între 24,66% și 54,62%. Purity medie a probelor de heroină analizate a fost de 39,47%. Cei mai frecvent întâlniți agenți de diluție și adjuvanți/ adulterați în probele de heroină au fost: griseofulvin, cofeină și paracetamol;
- Purity probelor de MDMA analizate (2 probe) a variat între 34,37% și 37,31%, iar concentrația capturilor de cocaină analizate a variat între 6,69% și 81,53%. În probele de cocaină analizate au fost identificate substanțe, precum: levamisol, fenacetină, cofeină, lidocaină, procaină și tebacaină;
- Concentrația în THC a ierbii de canabis comercializată la nivelul străzii a fost cuprinsă între 6,92% și 20,57%, iar analiza probelor (77 probe) de iarbă de canabis vândută la nivelul străzii a relevat o concentrație medie de 14,06%. În ceea ce privește rezina de canabis vândută la nivelul străzii, analizele de laborator (13 probe) au pus în evidență o concentrație în THC între 3,43% și 23,26%.

⁵⁰ Probe analizate la nivelul LCAPD, la solicitarea expresă a procurorului sau a instanței de judecată

Grafic 7 - 24: Evoluția purității minime vs. maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2017



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor – Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

În ceea ce privește puritatea maximă a probelor analizate în cursul anului 2017, aceasta a scăzut pentru heroină, cocaină și MDMA și a crescut pentru cannabis și rezină de cannabis.

C. CONCLUZII

- Deși înregistrează o **scădere semnificativă** față de anul 2016, cantitatea totală de droguri confiscate rămâne peste valorile anilor anteriori;
- Numărul în creștere al capturilor de droguri relevă o **creștere a disponibilității** acestora pe piața ilicită, cu accent pe principalele tipuri de droguri. Astfel, cele mai multe capturi au fost înregistrate pentru **canabis** (2861 de capturi), **MDMA** (477 capturi), **heroină** (222 capturi), **rezină de cannabis** (185 capturi), **cocaină** (169 capturi), fragmente vegetale cu THC (153 capturi);
- **Canabisul** rămâne cel mai capturat drog la nivel național, fiind evidențiată în continuare o preocupare pentru cultivarea ilicită a acestuia (99,2% din cantitatea totală de droguri confiscate reprezintă capturi de cannabis⁵¹). Cantitatea confiscată de masă plante de cannabis reprezintă 75,72% din cantitatea totală de droguri confiscată în cursul anului 2017;
- **Medicamentele cu conținut psihotrop și stupefiant** (benzodiazepine, morfină, zolpidem, barbiturice, oxicodonă) înregistrează o **creștere a disponibilității** față de anul 2016, reflectată atât prin creșterea cantităților/comprimatelor confiscate, cât și a numărului de capturi realizate;

⁵¹ Cannabis iarbă, frgamente vegetale cu THC, plante și rezină de cannabis;

- Deși în cantități mici și număr în scădere al capturilor, NSP-urile își mențin prezența pe piața ilicită, fiind înregistrate **creșteri** ale numărului de capturi de **canabinoizi sintetici** și **triptamine**;
- Traficul la nivel național rămâne în continuare determinat de **cantități mici de droguri traficate** la nivelul străzii, destinate consumului propriu (micul trafic stradal), cu **creșteri** ale **numărului de capturi** pentru fiecare nivel de piață, cu excepția celor realizate pentru heroină și NSP-uri, care înregistrează scăderi. Peste 74% din numărul total de capturi reprezintă capturi mai mici de 5 g (ceea ce reprezintă 0.14% din cantitatea totală de droguri confiscate) acestea fiind realizate pentru cannabis, MDMA, heroină, medicamente cu conținut stupefiant și cocaină și doar puțin peste 2% din numărul total de capturi reprezintă capturi mai mari de 1kg (peste 96% din cantitatea de droguri confiscată);
- Traficul și consumul de droguri ca fenomen rămâne concentrat în Municipiul București și județele Timiș și Constanța.

8. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

8.1. ASPECTE DE NOUȚATE⁵²

Raportate la anul 2016, datele statistice privind infraționalitatea la regimul drogurilor aferente anului 2017, au pus în evidență următoarele:

- **Scăderea** numărului **cauzelor penale soluționate** de către unitățile de parchet (cu aproximativ 10,19%), a numărului dosarelor soluționate prin **renunțare la urmărirea penală** (cu 17,34%) și a numărului **persoanelor cercetate** (cu 6,6% mai puține față anul 2016);
- **Scăderea** numărului **grupurilor infraționale** identificate (de la 75 la 52 în anul 2017) și a numărului persoanelor implicate în aceste grupări;
- **Scăderea** numărului de **dosare penale** la regimul drogurilor înregistrate la nivelul instanțelor de judecată;
- **Continuarea** aplicării **măsurilor coercitive alternative**, în special de către instanțele de judecată, reflectată prin **creșterea** numărului de **amenzi penale aplicate**, respectiv a pedepselor închisorii cu **suspendarea executării sub supraveghere** a acesteia;
- **Creșterea** numărului **persoanelor condamnate** de către instanțele de judecată pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor cu 10,59% față de anul 2016 (de la 852 la 943) și a proporției acestora prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată (de la 42,64% la 45,45%);
- Ușoară **creștere** a numărului de **minori condamnați** pentru infracțiuni la regimul drogurilor;
- **Creșterea** numărului persoanelor condamnate la **pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar** pentru **infracțiunile de trafic și trafic internațional de droguri**, concomitent cu creșterea numărului de **amenzi penale** aplicate pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**;
- **Scăderea** ponderii persoanelor condamnate pentru **infracțiunea de trafic de droguri care a constituit obiect principal al dosarului penal** din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor (de la 83% la 77,82%) și creșterea valorii absolute a acestui indicator (de la 672 la 691);
- **Creșterea** valorii absolute și procentuale a numărului **persoanelor condamnate** pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**, atât **ca obiect principal al dosarului penal** (de la 78 la 101 persoane, respectiv de la 9,7% în anul 2016 a 11,4%), cât și ca obiect secundar al acestuia (de la 244 la 399);
- **Creșterea semnificativă** a numărului total de **fapte penale** incriminate de **Legea nr. 194/2011**⁵³ raportat la valorile înregistrate în anul 2016 (de la 91 la 198), cu accent pe cele înregistrate ca obiect secundar raportat la obiectul principal al dosarului (de 42 la 143);
- **Scăderea** numărului de **infracțiuni contra patrimoniului** și **creșterea** numărului de **infracțiuni de trafic de droguri** în rândul infracțiunilor săvârșite de către persoanele aflate în **arest preventiv care s-au declarat consumatoare de droguri**;
- **Creșterea** (de peste 3 ori comparativ cu anul 2016) a numărului **persoanelor puse sub urmărire** pentru fapte penale la regimul drogurilor.

⁵² Modificări ale tendințelor survenite față de anul precedent

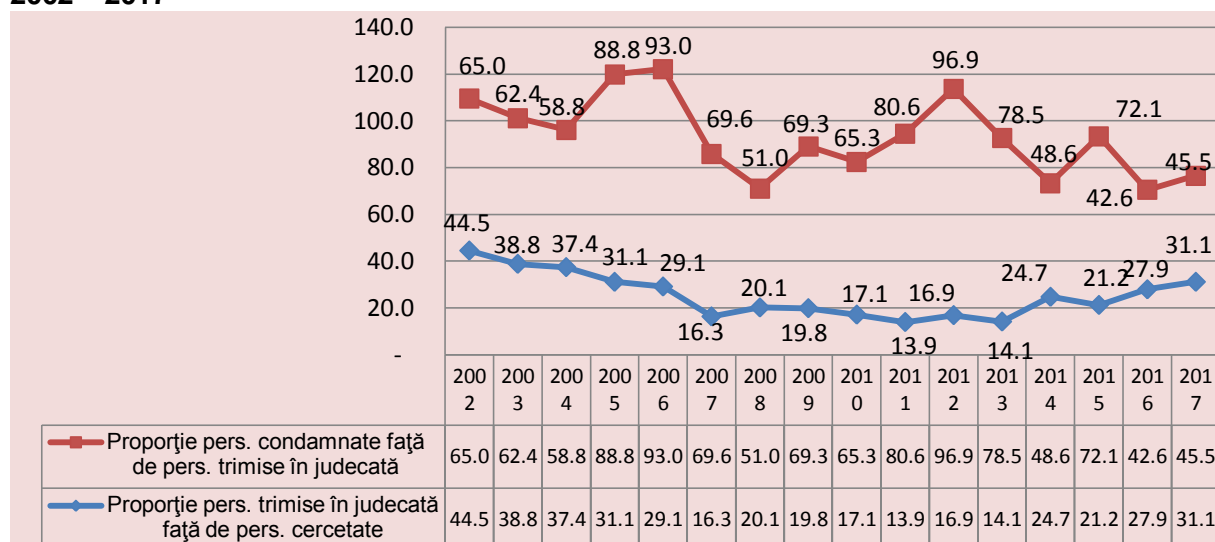
⁵³ Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

8.2. ANALIZA INDICATORILOR

Față de anul 2016, se constată o **scădere** a **valorilor absolute a indicatorilor** privind numărul cauzelor soluționate de parchete (cu 10,19% de la 4525 la 4064), rechizitoriilor (cu 7,86%, de la 636 la 586), a numărului dosarelor soluționate prin renunțare la urmărirea penală (cu 17,34% de la 1742 la 1440) și prin clasare (cu 9,43% de la 1899 la 1720).

Creșteri au fost înregistrate pentru numărul acordurilor de recunoaștere a vinovăției încheiate (cu 28,23% de la 248 la 318), cel al persoanelor trimise în judecată (cu 3,85% de la 1998 la 2075) și pentru ponderea persoanelor condamnate din totalul persoanelor trimise în judecată (de la 42,6% la 45,5%).

Grafic 8 - 1: Evoluția proporției numărului de persoane condamnate prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată și a proporției numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate, în perioada 2002 – 2017

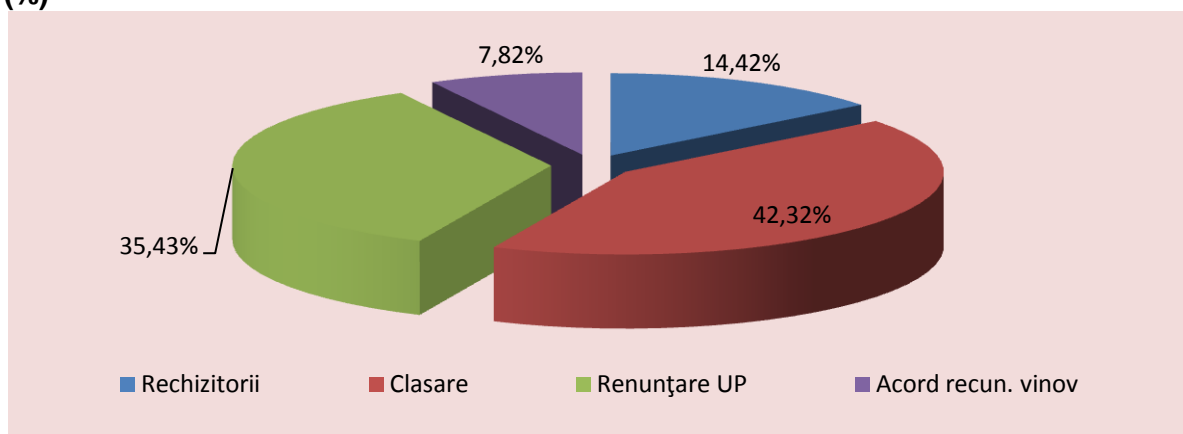


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Deși numărul total al cauzelor penale soluționate în anul 2017 este în scădere față de anul 2016 (4.064 în 2017 față de 4.525), se constată o **creștere a ponderii dosarelor soluționate cu trimitere în judecată**⁵⁴ (22,24% în 2017 față de 19,54%) și a **proporției persoanelor trimise în judecată** prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate (de la 27,9% în 2016 la 31,1% în 2017). Totodată, se constată și o scădere a **proporției dosarelor în care a fost aplicată soluția renunțării la urmărirea penală** (de la 38,5% în 2016 la 35,43% în 2017).

⁵⁴ Rechizitoriile și acorduri de recunoaștere a vinovăției;

Grafic 8 - 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2016, în funcție de tipul soluției dispuse (%)

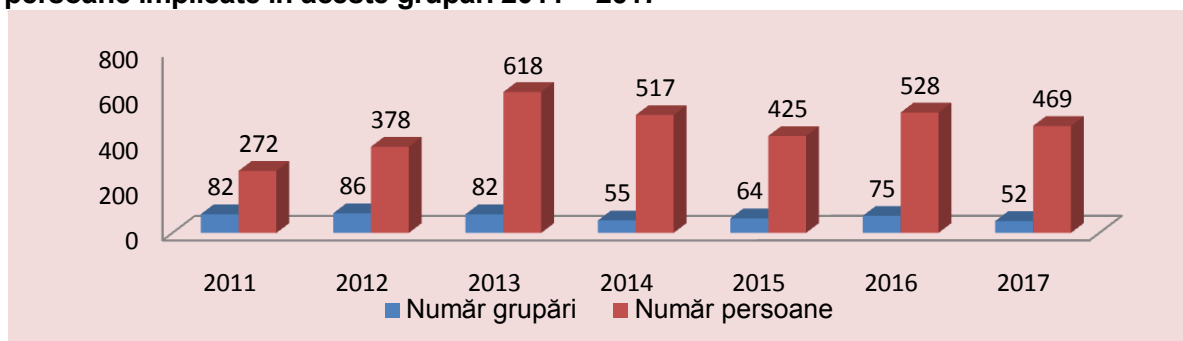


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Potrivit datelor furnizate de Consiliului Superior al Magistraturii, anul 2017 înregistrează la nivelul instanțelor de judecată o **scădere a numărului de dosare penale la regimul drogurilor**⁵⁵ (de la 891 dosare la 746), valoare numerică ce reprezintă 1,24% din totalul dosarelor penale înregistrate la nivelul tribunalelor (valoare asemănătoare cu cea înregistrată anul precedent) și 0,20% din cele la nivel național (față de 0,26% în 2016).

Anul 2017 consemnează, deopotrivă, atât **scăderea** valorii indicatorului privind **grupurile infracționale identificate** (de la 75 în 2016, la 52 în 2017), precum și a numărului persoanelor implicate în aceste grupări (de la 528 în 2016, la 469 în 2017). Astfel, raportat la numărul grupărilor destrămate, numărul persoanelor implicate în aceste grupări ar putea reprezenta un indiciu cu privire la întărirea grupărilor infracționale prin extinderea diviziunii structurale a acestora și, implicit, implicarea unui număr tot mai mare de persoane în activități ilicite.

Grafic 8 - 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2017



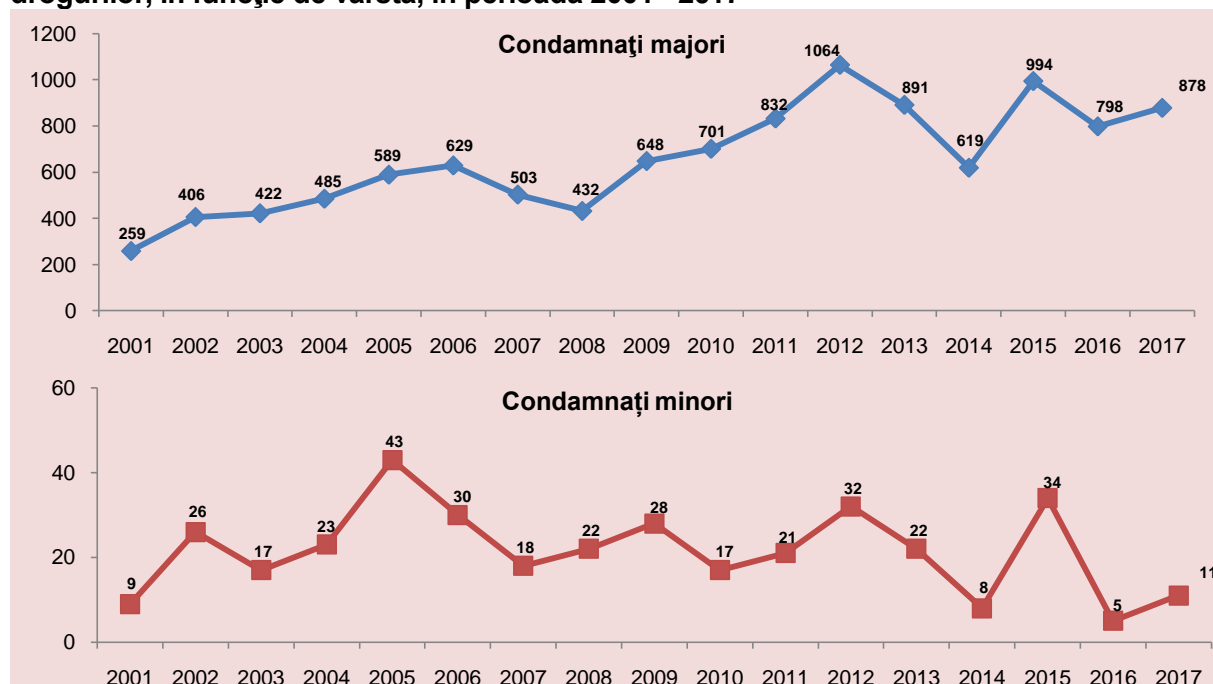
Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Inspectoratul General al Poliției Române

Numărul persoanelor condamnate, atât majore, cât și minore, este în **creștere cu 10,59%** față de anul 2016 (803 persoane condamnate în 2016 și 888 persoane condamnate în

⁵⁵ Infracțiuni la Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare și la Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

2017)⁵⁶, cele mai mari valori fiind înregistrate în București (275 față de 263 în 2016), Constanța (88 față de 39 în 2016), Galați (69 față de 27 în 2016), Cluj (46 față de 22 în 2016), Prahova (33 față de 40 în 2016) și Dâmbovița (39 față de 23 în 2016).

Grafic 8 - 4: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2017



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Nivelul de **implicare a minorilor** în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor este de 1,24% din numărul total al persoanelor condamnate în anul 2017, fiind în **ușoară creștere** față de anul 2016, când valoarea procentuală a acestuia era sub 1%. În ultimii 5 ani, se înregistrează o evoluție oscilantă a numărului minorilor condamnați la regimul drogurilor, cu o valoare de maxim atinsă în anul 2015 (34 minori) și cu o valoare minimă în anul 2016 (5).

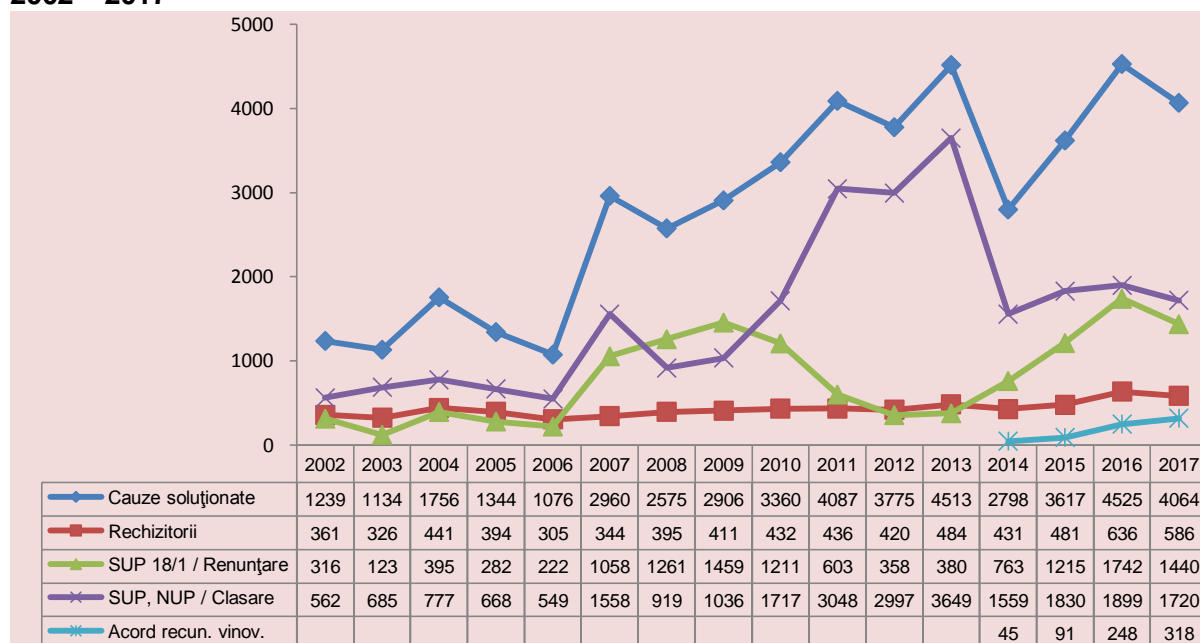
Din totalul persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor 691 de persoane (77,82%) sunt persoane condamnate pentru infracțiuni de trafic de droguri prevăzute la art. 2 din legea specială la regimul drogurilor și doar 101 (11,37%) reprezintă persoane condamnate pentru infracțiuni de deținere pentru consum propriu prevăzute la art. 4 din același act normativ.

8.2.1. Dosare penale soluționate

Potrivit datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism, în cursul anului 2017 au fost soluționate **4064 cauze**, ceea ce reprezintă o **scădere de aproximativ 10,19%** față de anul 2016, când au fost soluționate **4525 cauze**.

⁵⁶ Persoane condamnate pentru Infracțiuni la Legea nr. 143/2000.

Grafic 8 - 5: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2002 – 2017



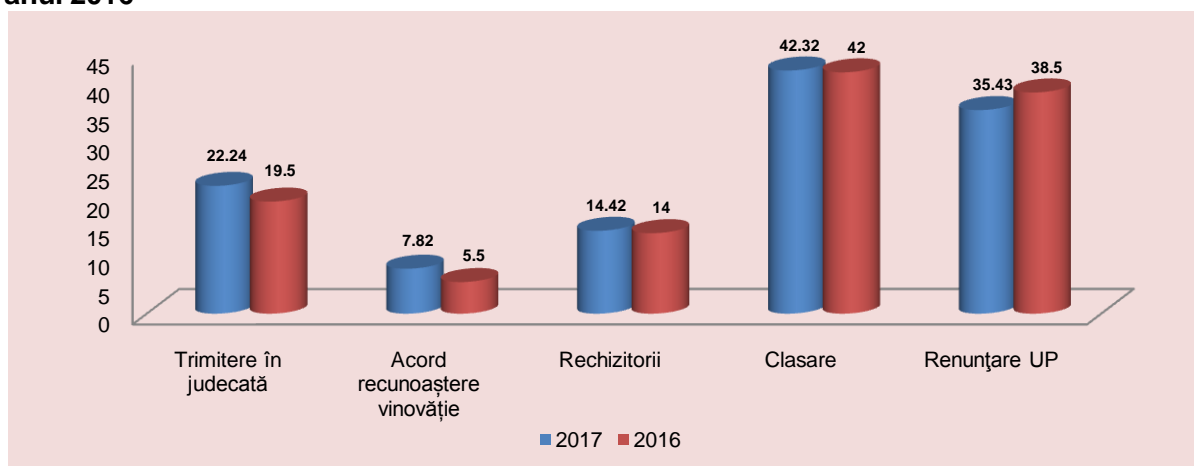
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

În ceea ce privește **soluțiile date**, în anul 2017 se constată o **scădere** a valorii indicatorilor aferenți, excepție făcând procedura acordului de recunoaștere a vinovăției. Astfel, 586 de cauze au fost înaintate instanțelor de judecată, în 1440 de cauze a fost dispusă renunțarea la urmărirea penală, iar în 1720 de dosare penale s-a dispus clasarea. Potrivit dispozițiilor art. 478 din Codul de procedură penală, pentru 318 persoane a fost aplicată procedura specială de încheiere a unui acord de recunoaștere a vinovăției, valoare în creștere față de anul precedent.

Raportat la **valorile procentuale** înregistrate în anul 2016, anul 2017 consemnează o creștere a procentului de **cauze soluționate prin trimitere în judecată**⁵⁷ (de la 19,5% în anul 2016, la 22,24% în anul 2017), o scădere a procentului cauzelor soluționate prin **renunțare la urmărirea penală** (de la 38,5% în anul 2016, la 35,43% în anul 2017) și menținerea procentului rechizitoriilor și a cauzelor soluționate prin **clasare**.

⁵⁷ Rechizitorii și acorduri de recunoaștere a vinovăției;

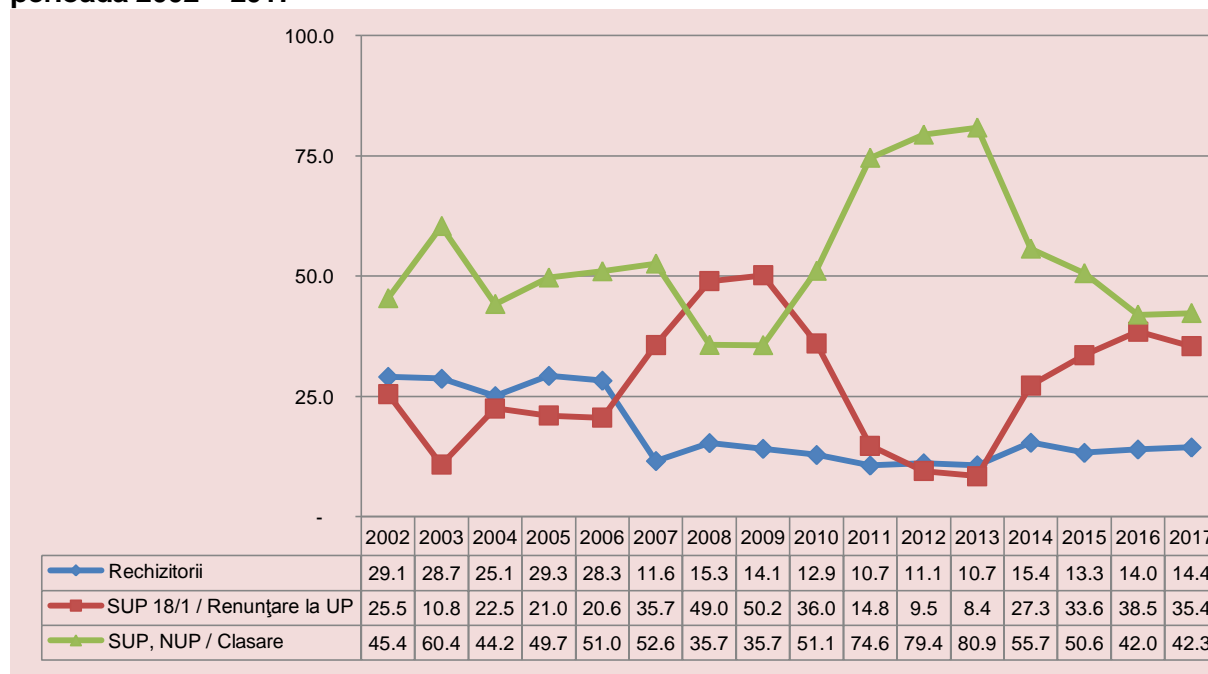
Grafic 8 - 6: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2016



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Anul 2017, consemnează **scăderea** numărului și proporției cauzelor soluționate prin **renunțare la urmărire penală** față de perioada ultimilor 3 ani și menținerea valorii proporției dosarelor soluționate **prin clasare**.

Grafic 8 - 7: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției, în perioada 2002 – 2017



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

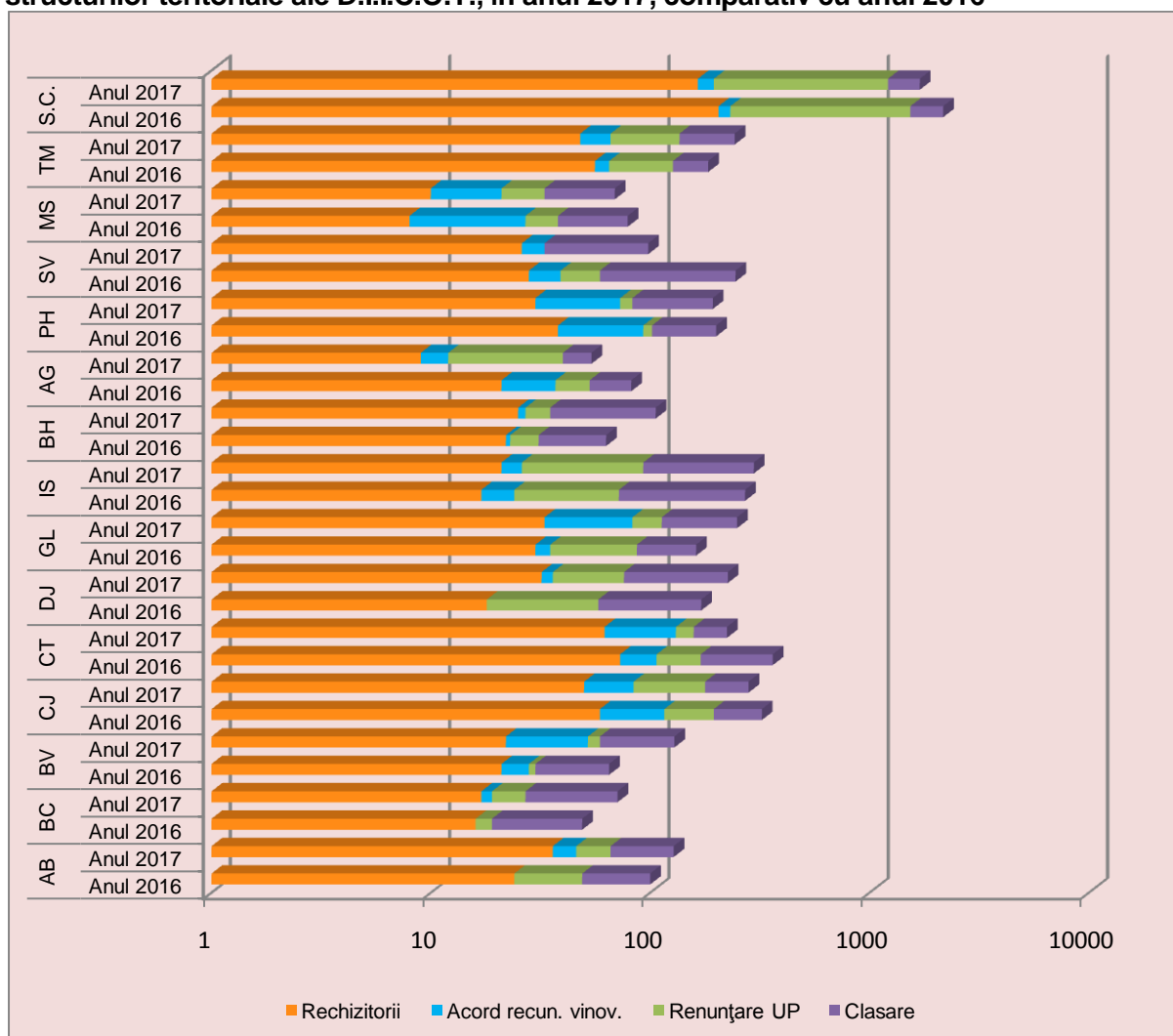
Analiza indicatorilor **la nivel teritorial** indică o creștere a numărului de **cauze soluționate** pentru 8 structuri teritoriale D.I.I.C.O.T., astfel: Alba Iulia (de la 100 în 2016, la 128 în 2017), Bacău (de la 49 în 2016, la 71 în 2017), Brașov (de la 65 în 2016, la 129 în 2017), Dolj (de la 171 în 2016, la 226 în 2017), Galați (de la 162 în 2016, la 249 în 2017), Iași (de la 271 în 2016, la 296 în 2017), Bihor (de la 36 în 2016, la 106 în 2017) și Timișoara (de la 184 în 2016, la 243 în 2017).

Scăderi ale numărului de **cauze soluționate au fost înregistrate** pentru 7 structuri teritoriale D.I.I.C.O.T., astfel: Structura Centrală⁵⁸ (de la 2169 în 2016, la 1697 în 2017), Suceava (de la 245 în 2016, la 98 în 2017), Cluj (de la 323 în 2016, la 281 în 2017), Constanța (de la 362 în 2016, la 224 în 2017), Argeș (de la 82 în 2016, la 54 în 2017), Prahova (de la 200 în 2016, la 193 în 2017), Suceava (de la 245 în 2016, la 98 în 2017) și Maramureș (de la 79 în 2016, la 69 în 2017).

În anul 2017, Structura Centrală înregistrează cel mai mare **procent al cauzelor soluționate** din totalul cauzelor soluționate de către structurile teritoriale ale D.I.I.C.O.T. (41,7%), fiind urmat de Iași (7,28%), Cluj (6,91%), Galați (6,12%) și Timișoara (5,97%).

În ceea ce privește **soluțiile date**, cele mai multe rechizitorii, în valoare procentuală, au fost înregistrate pentru Structura Centrală (28,16%), Constanța (10,6%), Cluj (8,5%), Timișoara (8,2%), Alba Iulia (6,1%) și Galați (5,6%). Față de anul precedent, se constată o scădere procentuală a rechizitoriilor cu 7,86%.

Grafic 8 - 8: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2017, comparativ cu anul 2016



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

⁵⁸ În cadrul analizei, la Structura Centrală au fost incluse și Municipiul București și Birourile Teritoriale Călărași, Giurgiu, Ialomița și Teleorman.

Se remarcă faptul că, în anul 2017, din numărul total de cauze soluționate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, **Structura Centrală** înregistrează **cea mai mare proporție (70,1%)** de cauze soluționate prin **măsura renunțării la urmărirea penală**, fiind urmată de structurile teritoriale din Cluj (6,52%), Timișoara (4,86%), și Iași (4,66%).

Cele mai multe acorduri de recunoaștere a vinovăției au fost înregistrate la nivelul Serviciilor teritoriale D.I.I.C.O.T. din Constanța (69), Galați (50), Ploiești (43) și Cluj (34), iar cele mai multe soluții de clasare au fost încheiate de către Structura Centrală (482) și Serviciile teritoriale D.I.I.C.O.T. din Iași (204), Craiova (150) și Galați (136).

Tabel 8 - 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2016 – 2017

Serviciul teritorial	Cauze soluționate									
	2016					2017				
	Rechizitorii	Acord recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total	Rechizitorii	Acord recunoaștere vinovăție	Renunțare UP	Clasare	Total
Alba Iulia	24	0	25	51	100	36	10	20	62	128
Bacău	16	0	3	30	49	17	2	8	44	71
Brașov	21	7	2	35	65	22	30	7	70	129
Cluj	59	57	79	128	323	50	34	94	103	281
Constanța	73	34	63	192	362	62	69	27	66	224
Craiova	18	0	40	113	171	32	4	40	150	226
Galați	30	5	52	75	162	33	50	30	136	249
Iași	17	7	48	199	271	21	5	67	204	296
Oradea	22	1	8	32	63	22	2	8	71	106
Pitești	21	16	16	29	82	9	3	28	14	54
Ploiești	38	55	9	98	200	30	43	10	110	193
Suceava	28	11	20	186	245	26	7	0	62	98
Tg. Mureș	8	19	11	41	79	10	11	12	36	69
Timișoara	56	9	62	57	184	48	18	70	107	243
Structura centrală	205	27	1304	633	2169	165	30	1019	482	1697
Total	636	248	1742	1899	4525	586	318	1440	1720	4064

Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

8.2.2. Persoane cercetate și trimise în judecată⁵⁹

În anul 2017, se observă o ușoară **scădere** a numărului de **persoane cercetate** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor. Astfel, la nivelul structurilor de parchet, au fost cercetate 6669 persoane (cu 6,6% mai puține față anul 2016), din care aproximativ 29,48% (1966 persoane) au fost cercetate de către Structura Centrală și 16,5% (1101 persoane) de către Serviciul Teritorial al Municipiului Ploiești.

Din totalul persoanelor cercetate, 2075 de persoane (31,11%)⁶⁰ au fost trimise în fața instanțelor de judecată pentru continuarea procesului penal, 637 dintre acestea aflându-se în stare de arest preventiv. Față de anul 2016, numărul total al **persoanelor trimise în judecată** înregistrează o **creștere** cu 3,85%⁶¹.

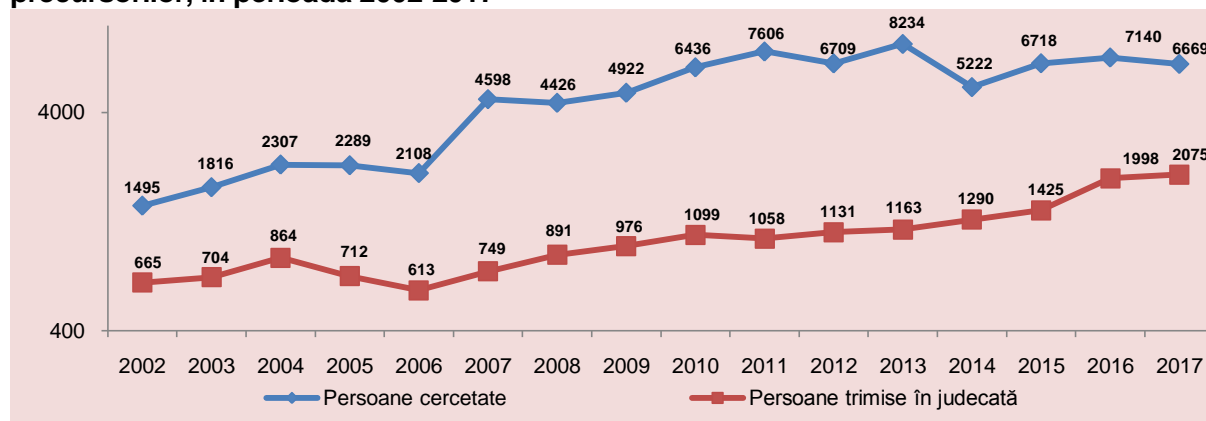
Pentru diferența de 4594 de persoane au fost dispuse alte măsuri procedurale.

⁵⁹ Date furnizate de D.I.I.C.O.T.;

⁶⁰ Inclusiv acordurile de recunoaștere a vinovăției;

⁶¹ Valoarea a fost calculată inclusiv cu acordurile de recunoaștere a vinovăției;

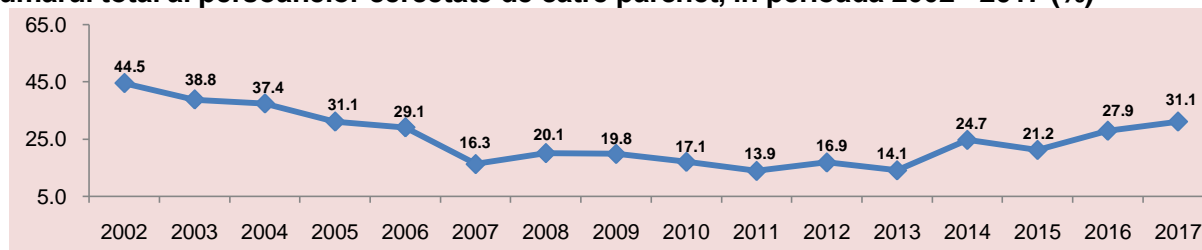
Grafic 8 - 9: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2002-2017



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

Raportat la anul precedent, în anul 2017, corelarea indicatorului persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor cu indicatorul persoane cercetate menține tendința crescătoare a **ponderii persoanelor trimise în judecată** (de la 27,9% în 2016, la 31,1% în 2017).

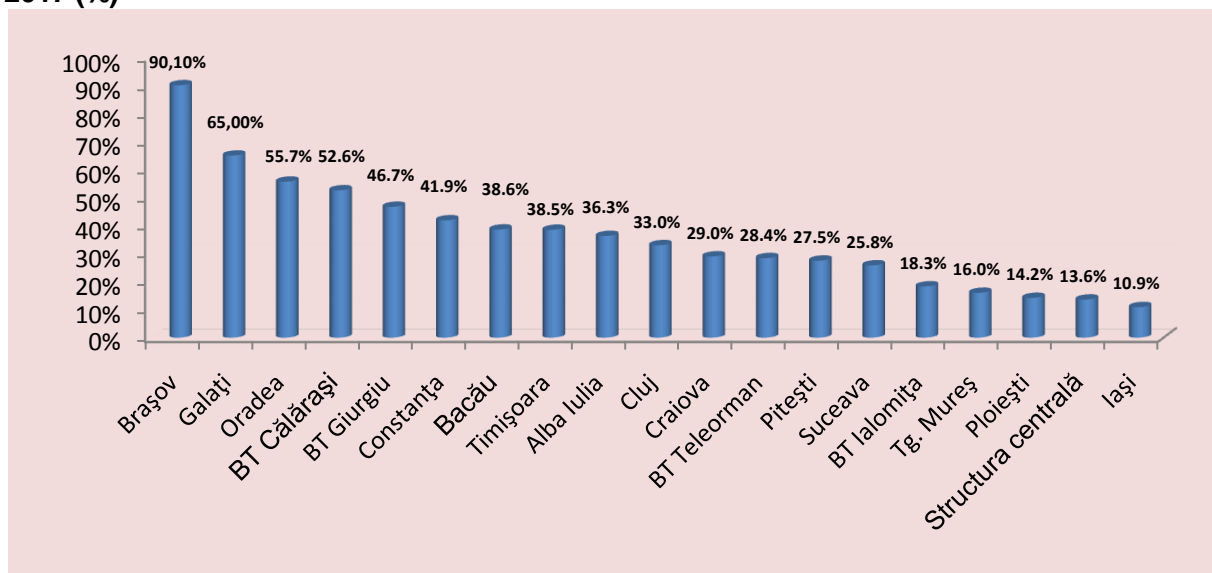
Grafic 8 - 10: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2002 - 2017 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T.

La **nivel teritorial**, cel mai mare număr de **persoane trimise în judecată** s-a înregistrat la nivelul structurilor D.I.I.C.O.T. Constanța (293), Galați (291), Structura Centrală (375) și Ploiești (199), iar cea mai mare pondere a numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate a fost înregistrată la nivelul Serviciilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T. Brașov (90,11%), Galați (65%) și Oradea (55,7%) și a Birourilor Teritoriale Călărași (52,6%) și Giurgiu (46,7%).

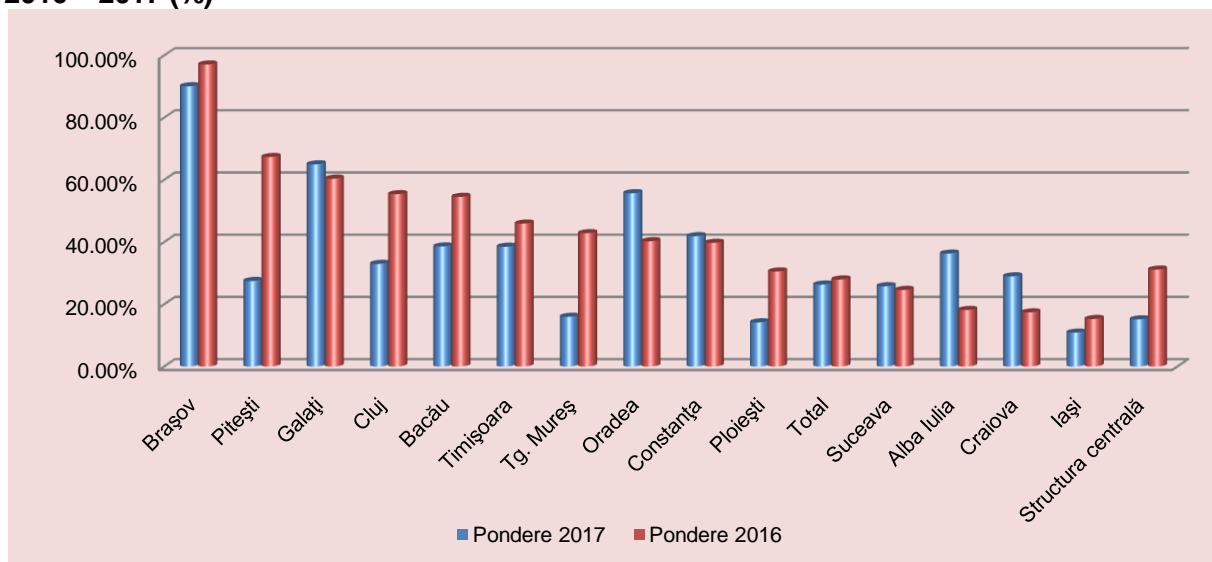
Grafic 8 - 11: Ponderea numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., în anul 2017 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casaţie şi Justiţie, D.I.I.C.O.T.

Comparativ cu anul 2016, cele mai mari **valori procentuale** ale numărului de persoane trimise în judecată (creşteri) au fost înregistrate pentru judeţele care intră în aria de competenţă teritorială a structurilor D.I.I.C.O.T. din Galaţi, Oradea, Constanţa, Suceava, Alba Iulia şi Craiova.

Grafic 8 - 12: Numărul persoanelor trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T. – Situaţie comparativă 2016 – 2017 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casaţie şi Justiţie, D.I.I.C.O.T.

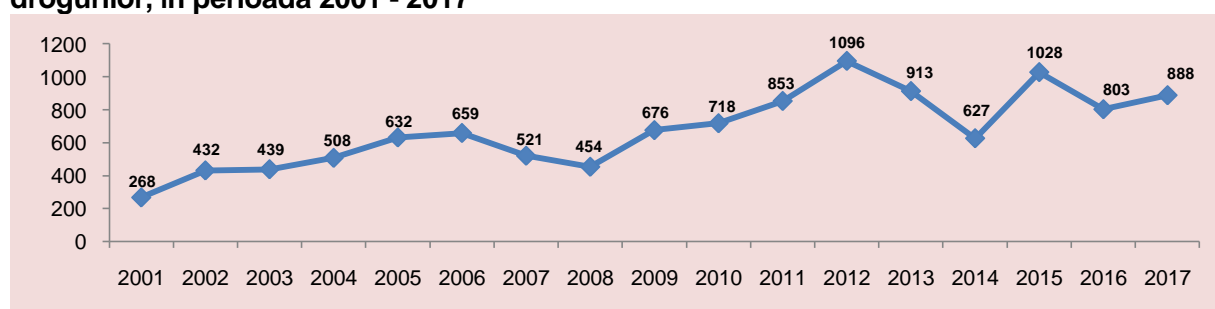
În ceea ce priveşte numărul de **minori cercetaţi** pentru săvârşirea de infracţiuni la regimul drogurilor, cea mai mare valoare s-a înregistrat pe raza de competenţă a Serviciului Teritorial D.I.I.C.O.T. Galaţi (35), iar cele mai multe **persoane arestate** au fost înregistrate la

nivelul Structurii Centrale (137) și al structurilor D.I.I.C.O.T. din Constanța (70), Craiova (67), Timișoara (66) Ploiești (61) și Alba Iulia (53).

8.2.3. Persoane condamnate⁶²

În anul 2017, au fost înregistrate **943 persoane condamnate** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor⁶³ și NSP⁶⁴ (față de 852 persoane condamnate în anul 2016), ceea ce reprezintă 17,45% din numărul total de condamnați definitiv la nivelul tribunalelor, respectiv **2,65% la nivel național**. Astfel, față de anul 2016, anul 2017 consemnează o **creștere cu 10,59%** a numărului de persoane condamnate pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor, fiind condamnate **888 de persoane**, dintre care **877 majore și 11 minore**, față de 803 persoane condamnate în anul precedent (dintre care 798 majori și 5 minori).

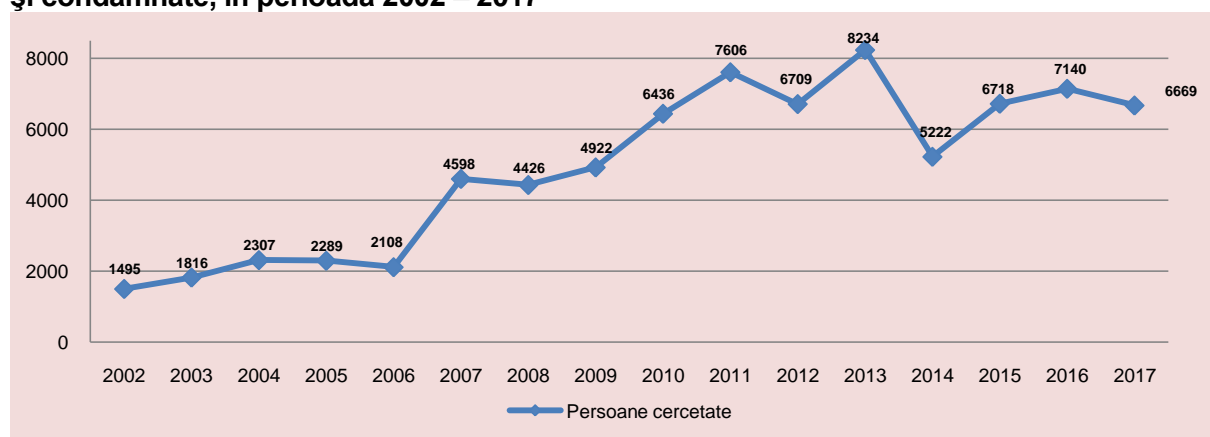
Grafic 8 - 13: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2017



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Numărul de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor înregistrat în anul 2017 menține tendința oscilantă a evoluției valorilor acestui indicator în ultimii 5 ani (2013-2017).

Grafic 8 - 14: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2002 - 2017⁶⁵

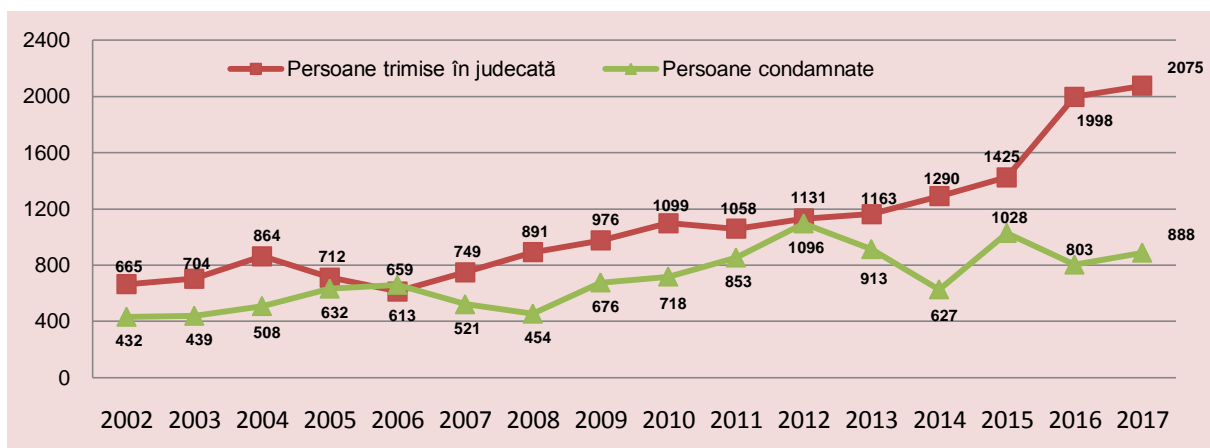


⁶² Date statistice furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii;

⁶³ Prevăzute de Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

⁶⁴ Prevăzute de Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

⁶⁵ Valoarea aferentă indicatorului persoane trimise în judecată pentru anul 2014 include și 45 de acorduri de recunoaștere a vinovăției;



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, D.I.I.C.O.T. și Consiliul Superior al Magistraturii

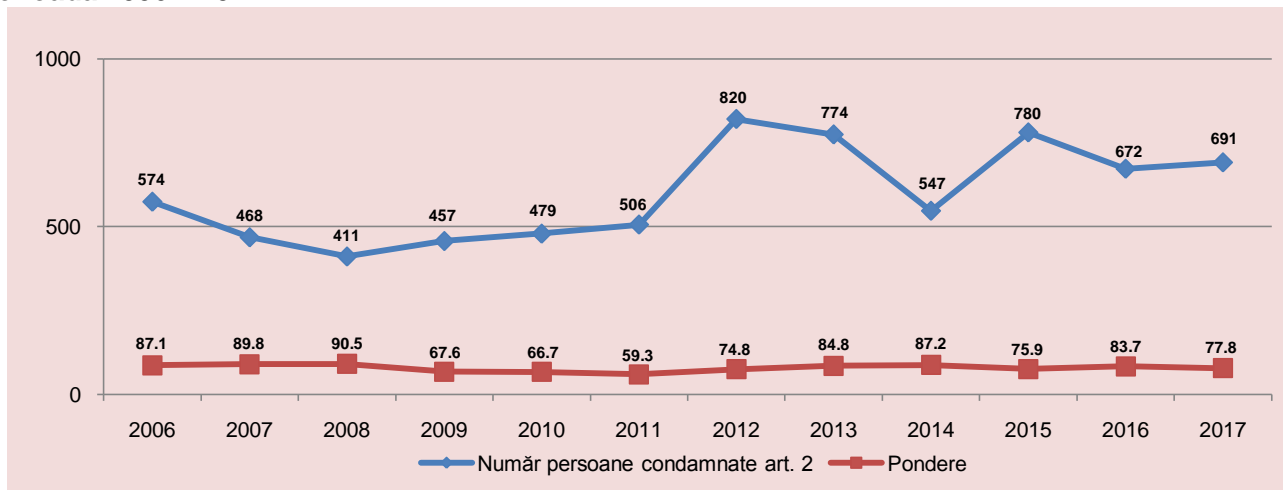
Și în anul 2017, Bucureștiul înregistrează cel mai mare număr de persoane condamnate (275), valoare în creștere față de anul 2016 (263 persoane condamnate), și care reprezintă aproximativ 29% din totalul persoanelor condamnate la nivel național.

În ceea ce privește **infracțiunea de trafic de droguri**⁶⁶, au fost înregistrate 871 de fapte penale având ca obiect, principal/ secundar, acest tip de infracțiune. **Numărul persoanelor condamnate** din dosarele penale în care infracțiunea de trafic de droguri a constituit obiect principal **a crescut**, de la **672** în anul 2016, la **691 persoane** în anul de referință, dar **propoziția** acestuia prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor a înregistrat o **scădere**, de la **83,7%** în anul 2016, la **77,8%** în anul 2017, raport invers față de anul 2016, când ponderea acestora a crescut, deși valoarea absolută a acestui indicator a scăzut. Pentru 180 de persoane, infracțiunea de trafic de droguri a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului.

Analiza în timp a valorilor absolute și procentuale a indicatorului persoane condamnate pentru infracțiunea de trafic de droguri menține tendința oscilantă înregistrată în ultimii 10 ani.

⁶⁶ Art. 2 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

Grafic 8 - 15: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 2 din Legea 143/2000 și a ponderii acestui indicator din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Numărul **minorilor condamnați** pentru acest tip de infracțiune se menține la valoarea anului 2016, fiind consemnați 4 minori condamnați.

La nivel teritorial, cele mai multe persoane condamnate pentru trafic de droguri au fost înregistrate în București (217), Constanța (74), Galați (54), Cluj (43) și Prahova (32). Se observă că Bucureștiul rămâne în continuare zona teritorială cu cea mai mare pondere de condamnări pentru trafic de droguri (31,4% în anul 2017) și înregistrează, în anul de referință, o creștere cu 5,3% a valorii acestui indicator (de la 206 persoane în 2016, la 217 în anul 2017).

Pentru infracțiunea de **introducere sau scoatere din țară**, precum și **importul ori exportul de droguri de risc, fără drept**⁶⁷ au fost înregistrate 178 fapte penale, valoare în creștere față de anul 2016, când au fost înregistrate 129 de astfel de infracțiuni. **Numărul persoanelor condamnate** din dosarele penale în care acest tip de infracțiune a constituit obiect principal a înregistrat, de asemenea, o **creștere**, de la 53 de persoane înregistrate în anul 2016 (6,6% din totalul persoanelor condamnate) la 96 de persoane înregistrate în anul 2017 (10,8% din totalul persoanelor condamnate). Pentru 82 de persoane, acest tip de infracțiune a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului, valoare care este, de asemenea, în creștere raportat la anul precedent. Cele mai multe persoane condamnate pentru acest tip de infracțiune s-au înregistrat în București (19), Dâmbovița (12), Timiș și Hunedoara (câte 6).

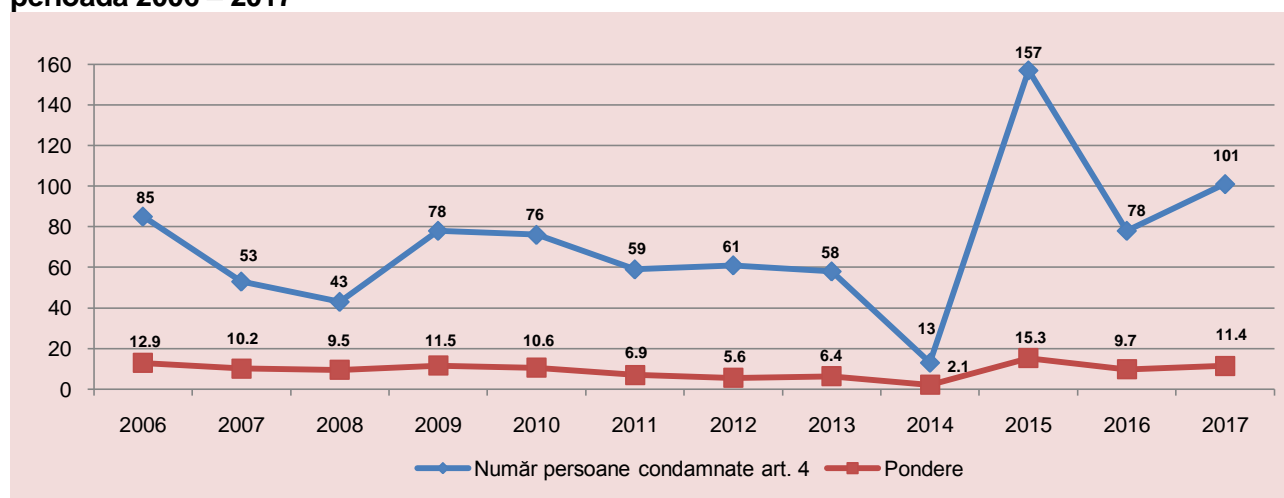
Pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**⁶⁸, au fost înregistrate 500 de fapte penale, ceea ce reprezintă o creștere semnificativă față valoarea consemnată în anul 2016 (322 fapte penale). Numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată pentru acest tip de infracțiune ca obiect principal al dosarului penal a înregistrat o **creștere** față de anul 2016 (de la 78 persoane, la 101 în anul 2017). Și proporția acestei

⁶⁷ Art. 3 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

⁶⁸ Art. 4 din Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

categorii de persoane din totalul persoanelor condamnate **a crescut** la **11,4%** față de anul 2016, când valoarea procentuală a acestui indicator a fost de 9,7%. Pentru 399 de persoane, acest tip de infracțiune a constituit obiect secundar cu raportare la obiectul principal al dosarului, valoare în creștere semnificativă față de anul precedent când au fost înregistrate 244 de persoane. Cele mai multe persoane condamnate pentru acest tip de infracțiune s-au înregistrat în Municipiul București (39), Galați (12), Covasna (10), Suceava (7), Botoșani și Constanța (câte 6).

Grafic 8 - 16: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/2000 și a ponderii prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017



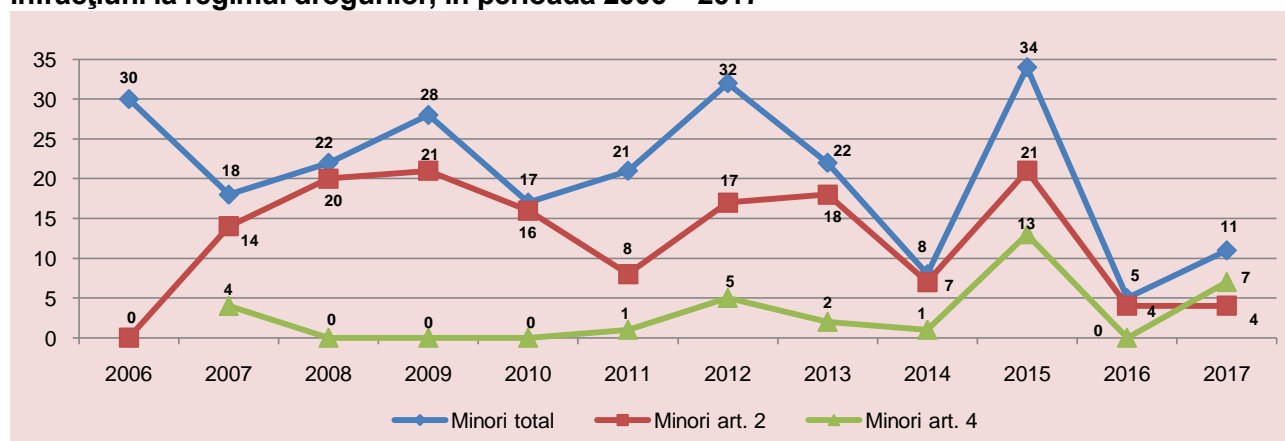
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Față de anul 2016, când valorile absolută și procentuală ale numărului persoanelor condamnate pentru deținere de droguri pentru consum propriu au înregistrat o scădere semnificativă, anul 2017 evidențiază o creștere a acestora, valoarea absolută a acestui indicator înregistrând a doua cea mai mare valoare după maximul atins în anul 2015.

Analiza ultimilor 5 ani pune în evidență o evoluție sinusoidală, atât în privința numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/2000, cât și a ponderii acestuia prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, cu valori de maxim atinse în anul 2015.

Numărul **minorilor condamnați** pentru infracțiuni la regimul drogurilor înregistrează, de asemenea, o **creștere semnificativă**, de la 5 minori în 2016, la **11 minori** în anul de referință, valoarea acestui indicator rămânând sub nivelul maxim atins în anul 2015. Cele mai multe condamnări (7) au avut ca obiect infracțiuni de deținere de droguri pentru consum propriu, iar 4 au avut ca obiect infracțiuni de trafic de droguri, ambele valori în creștere față de anul precedent, când proporția acestora a fost relativ egală. Valorile înregistrate în anul 2017, mențin tendința oscilantă evidențiată pentru evoluția acestui indicator în ultimii 10, respectiv 5 ani.

Grafic 8 - 17: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2017, **minori condamnați** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor au fost înregistrați în următoarele județele: Suceava (3), Călărași (2), Botoșani (2), Hunedoara (1), Dolj (1) și Brașov (1).

În cursul anului 2017, și numărul faptelor penale incriminate de **Legea nr. 194/2011**⁶⁹ a **crescut semnificativ**, fiind înregistrate 198 astfel de fapte, față de doar 91 înregistrate în anul 2016. Pentru 55 de persoane (față de 49 înregistrate în anul 2016) condamnările au vizat infracțiuni incriminate de acest act normativ ca obiect principal al dosarului penal, iar pentru 143 (față de 42 înregistrate în anul 2016) ca obiect secundar cu raportare la obiectul principal a dosarului. Se constată o dublare a numărului total de fapte penale raportat la valorile înregistrate în anul 2016, cu accent pe cele înregistrate ca obiect secundar raportat la obiectul principal a dosarului. Din cele 55 persoane condamnate, 7 au fost minore. Cele mai multe condamnări s-au înregistrat în județele Cluj (14 din care un minor), Constanța (11) Prahova (5), Sălaj (5 din care 2 minori), Tulcea (5 din care 3 minori), Suceava (5).

8.2.4. Pedepse aplicate⁷⁰

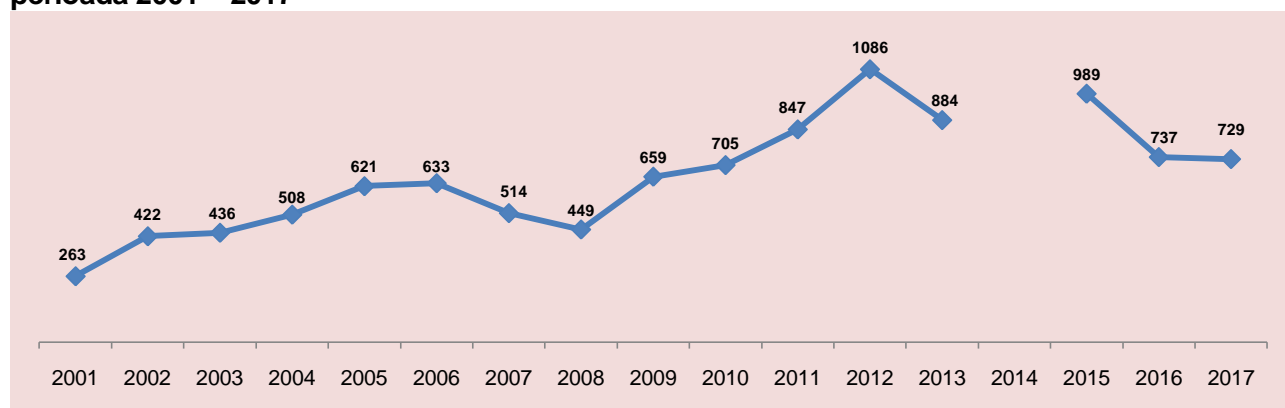
La fel ca și în anii precedenți, în cursul anului 2017, instanțele de judecată au aplicat cu **precădere pedeapsa închisorii** pentru infracțiunile săvârșite la regimul drogurilor. Astfel, din totalul celor 888 persoane condamnate, 729 de persoane au primit pedeapsa închisorii, pentru 100 de persoane a fost aplicată amenda penală, 48 de persoane au primit amânarea executării pedepsei⁷¹, iar în cazul celor 11 minore condamnați au fost aplicate măsuri educative neprivative de libertate.

⁶⁹ **Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive**, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată

⁷⁰ Date furnizate de Consiliul Superior al Magistraturii. Pentru anul 2014 nu au fost disponibile date privind pedepsele aplicate ca urmare a unor disfuncționalități în aplicația centralizatoare a condamnaților definitiv, determinată de intrarea în vigoare a noilor coduri penale. Pentru anul 2015 nu sunt disponibile date privind condamnările și pedepsele aplicate pentru nerespectarea prevederilor Legii nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

⁷¹ Conform prevederilor art. 83 din N.C.P. amânarea aplicării pedepsei poate fi aplicată persoanelor pentru care pedeapsa stabilită de instanță, inclusiv în cazul concursului de infracțiuni, este amenda sau închisoarea de cel mult 2 ani;

Grafic 8 - 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2017

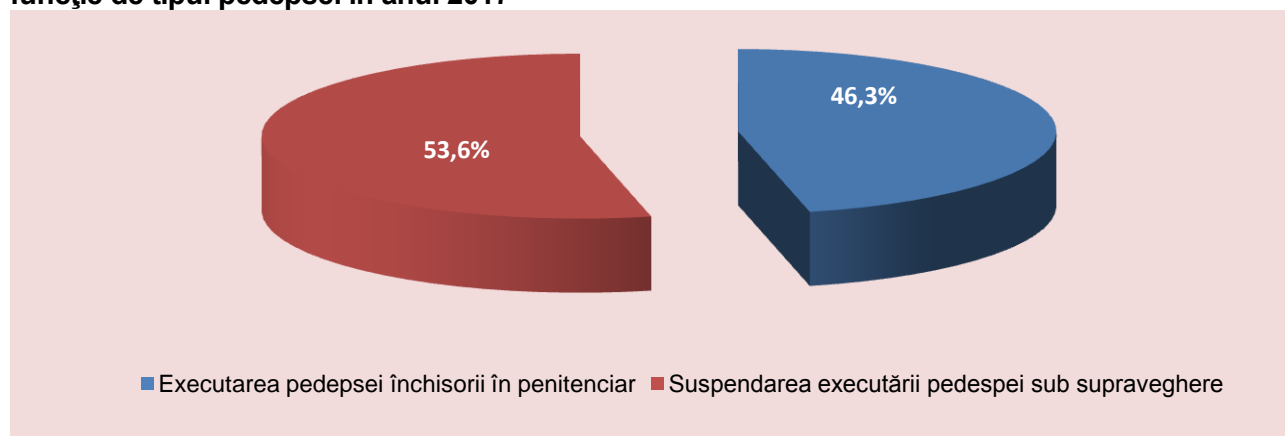


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Comparativ cu anul 2016, se menține tendința de scădere a numărului total de persoane condamnate la **pedeapsa închisorii**, și se constată o creștere, atât a numărului de persoane cărora li s-a aplicat amenda penală (de peste 4 ori), cât și al celor pentru care s-a dispus amânarea executării pedepsei pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor (de la 38 la 48 persoane).

Din totalul celor 729 de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, 338 persoane - 46,4% (față de 297 de persoane - 40,3%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar și 391 persoane - 53,6% (față de 440 de persoane - 59,7%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea executării acesteia sub supraveghere.

Grafic 8 - 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei în anul 2017

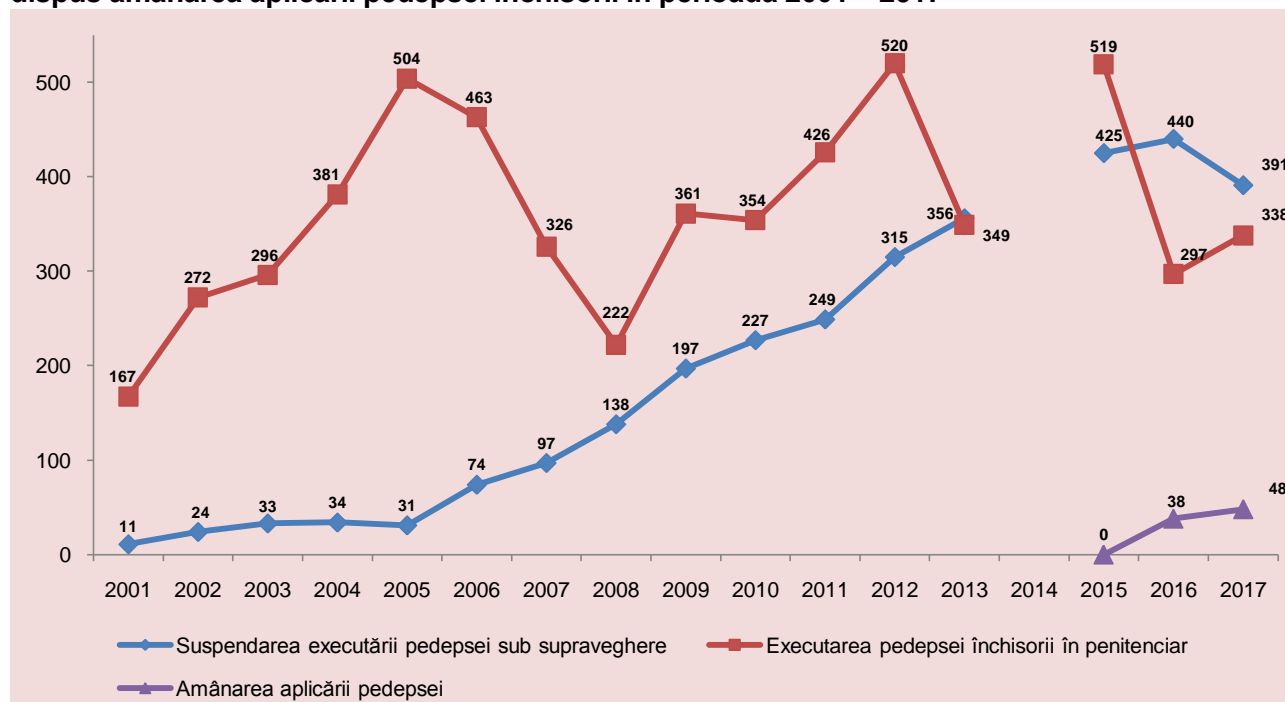


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2017, se constată că ponderea pedepselor privative de libertate din totalul pedepselor aplicate de instanțele de judecată înregistrează o creștere față de valoarea înregistrată în anul 2016 (de la 40,3% la 46,4%), în timp ce ponderea pedepsei închisorii cu suspendarea executării acesteia sub supraveghere scade (de la 59,7% la 53,6%).

Cu toate acestea, valorile înregistrate în anul de referință relevă practica instanțelor de judecată de a aplica **precădere pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere**, aspect evidențiat începând cu anul 2015.

Grafic 8 - 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea executării sub supraveghere și pentru care s-a dispus amânarea aplicării pedepsei închisorii în perioada 2001 – 2017



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește aplicarea pedepselor în funcție de tipul infracțiunii, situația se prezintă astfel:

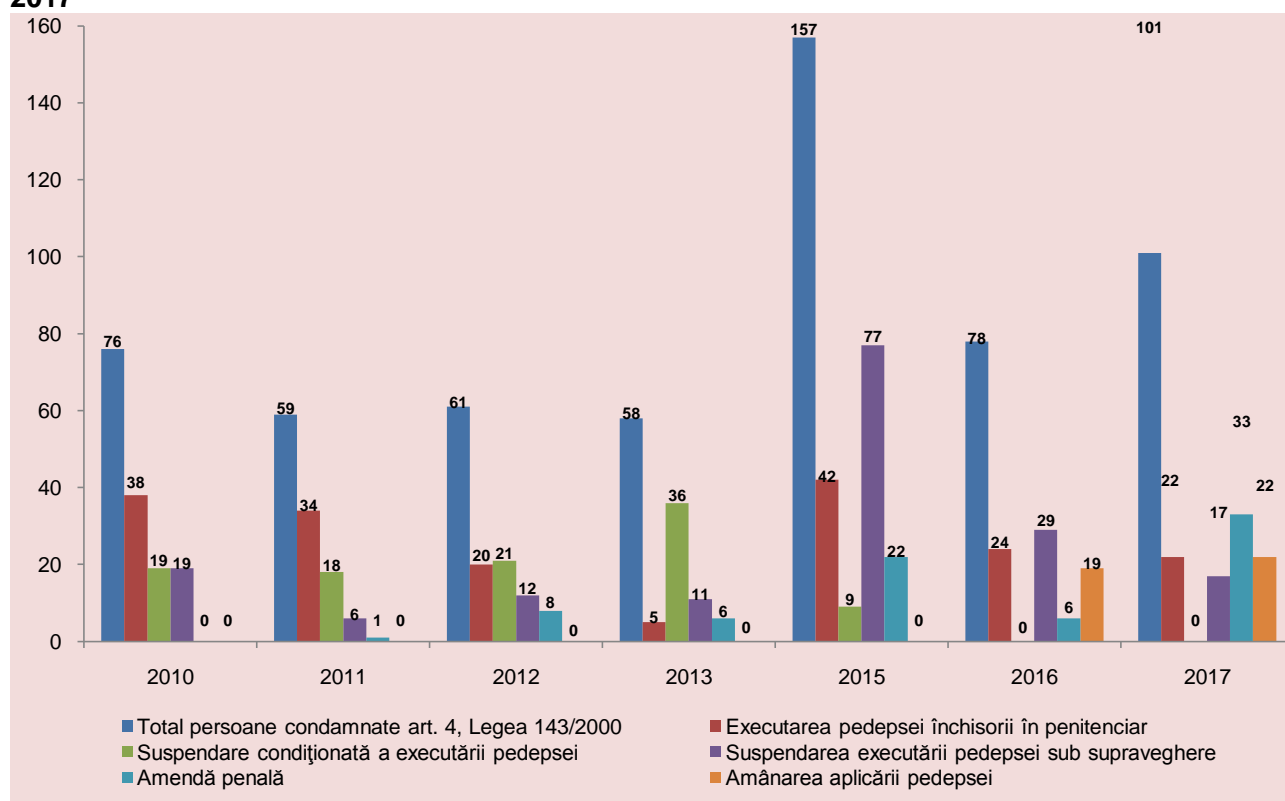
- Pentru **trafic de droguri**⁷² instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 250 de persoane (36,18%) din cele 691 condamnate, ceea ce reprezintă o creștere de 8,7% comparativ cu anul 2016, când au fost înregistrate 230 de astfel de cazuri, dintr-un total de 672 de persoane (34,22%). Pentru 345 de persoane (49,93%) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, valoare absolută în scădere față de anul precedent (402 de persoane, 59,82%), iar pentru 67 persoane a fost aplicată amenda penală, valoare de asemenea în creștere semnificativă față de același an (17 persoane). Amânarea executării pedepsei a fost dispusă pentru 25 de persoane, valoare în creștere față de anul 2016 (19 persoane). Pentru 4 minori au fost aplicate măsuri neprivative de libertate;
- Pentru **trafic internațional de droguri**⁷³ instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 66 de persoane (68,75%) din cele 96 condamnate, ceea ce reprezintă o **creștere** de 53,49% comparativ cu anul 2016, când au fost înregistrate 43 astfel de cazuri, dintr-un total de 53 de persoane. Pentru 29 persoane (30,2%) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, față de doar 9 persoane (16,98%) înregistrate în anul 2016, iar pentru o persoană instanța a hotărât amânarea executării pedepsei;

⁷² Art.2 din Legea nr.143/2000;

⁷³ Art.3 din Legea nr.143/2000;

- Pentru infracțiunea de **deținere de droguri pentru consum propriu**⁷⁴, instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 22 de persoane (21,78%) din cele 101 condamnate, ceea ce reprezintă o **scădere** de 8,33% comparativ cu anul 2016, când au fost înregistrate 24 astfel de cazuri, dintr-un total de 78 de persoane. Pentru 17 persoane (16,83%) a fost aplicată măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere**, în timp ce, pentru 22 de persoane (21,78%) instanța a hotărât **amânarea executării pedepsei**, valori în scădere față de anul precedent. Totodată, se constată și o creștere semnificativă a numărului de amenzi penale aplicate, de la 6 amenzi în anul 2016, la 33 în anul de referință. Pentru 4 minori au fost aplicate măsuri neprivative de libertate.

Grafic 8 - 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/2000, în perioada 2010 – 2017⁷⁵



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

- Pentru infracțiunile prevăzute de **Legea 194/2011**, instanțele au dispus pedeapsa închisorii cu **executare în penitenciar** pentru 21 persoane (38,18%) din cele 55 condamnate, ceea ce reprezintă o **creștere** față de anul 2016 (13 persoane, 26,53%). Măsura **suspendării executării pedepsei sub supraveghere** a fost aplicată pentru 15 persoane (27,27%), valori în scădere față de anul precedent când au fost înregistrate 30 de persoane (61,22%) pentru care a fost aplicată această pedeapsă. Pentru 8 persoane a fost aplicată amenda penală, iar pentru 3 persoane instanța a hotărât **amânarea executării pedepsei**. Pentru 6 minori au fost aplicate măsuri neprivative de libertate.

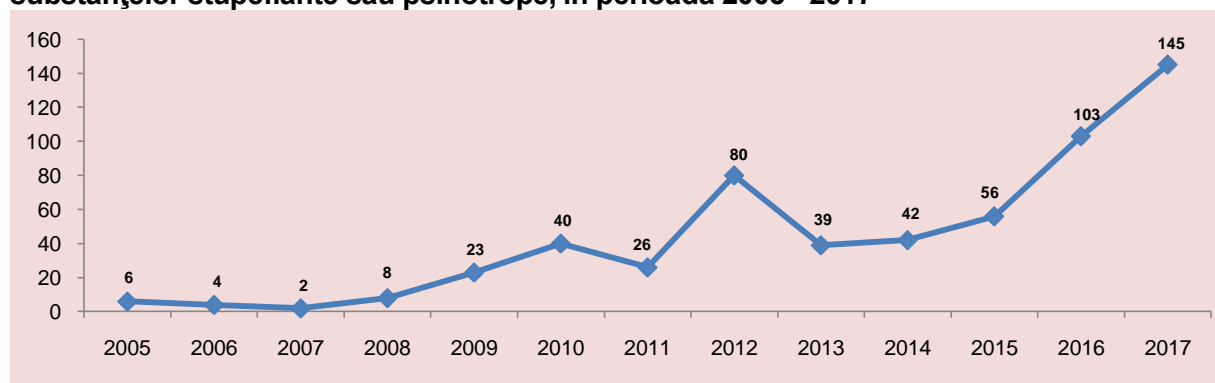
⁷⁴ Art.4 din Legea 143/2000;

⁷⁵ Datele privind pedepsele aplicate în anul 2014 nu au putut fi defalcate din cauza sincopelor apărute ca urmare a intrării în vigoare a noii legislații penale și a implementării sistemului ECRIS la nivelul tribunalelor teritoriale;

8.2.5. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri

Potrivit datelor furnizate de către Direcția Rutieră din cadrul I.G.P.R., în cursul anului 2017, la nivelul întregii țări, au fost constatate **145 infracțiuni la regimul conducerii unui vehicul sub influența substanțelor psihoactive**, conform prevederilor art. 336 alin. (2) din Noul Cod Penal. Astfel, numărul persoanelor depistate în trafic, care au condus autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante⁷⁶ este în **creștere** (de 1,4 ori) comparativ cu valoarea înregistrată în anul 2016. Cel mai mare număr de conducători auto depistați în trafic a fost înregistrat pe raza Municipiului București (46) și pe raza județelor Bihor și Giurgiu (câte 15). De asemenea, au fost înregistrate cazuri și pe raza județelor: Timiș (13), Constanța (11), Vrancea și Satu Mare (câte 5), Sibiu, Cluj și Iași (câte 4), Călărași (3), Olt, Sălaj, Harghita, Tulcea și Vâlcea (câte 2), Alba, Arad, Caraș Severin, Covasna, Dâmbovița, Dolj, Maramureș, Mureș, Mehedinți, Prahova (câte 1).

Grafic 8 - 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2017



Sursa: Direcția Rutieră, Inspectoratul General al Poliției Române

Analiza datelor privind persoanele care s-au aflat în stare de **arest preventiv** la nivelul Centrelor de Rețineră și Arestare Preventivă⁷⁷ ale Serviciului de Rețineră și Arestare Preventivă din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, și care s-au declarat consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope a evidențiat următoarele:

- **Numărul persoanelor private de libertate** care la data încarcerării în centru au declarat că sunt **consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope** a înregistrat o **creștere** cu 4,7%, de la 591 persoane în anul 2016, la 619 persoane în anul 2017 (543 bărbați și 76 femei);
- **Infracțiunile contra patrimoniului** rămân și în anul 2017 pe **primul loc** în rândul infracțiunilor săvârșite de persoanele consumatoare de substanțe stupefiante sau psihoactive, deși numărul lor este în scădere cu 11,4% (de la 475 în anul 2016, la 421 în anul 2017), comparativ cu anul precedent. Ponderea acestor infracțiuni este de 68% din totalul infracțiunilor săvârșite, cel mai mare număr fiind înregistrat pentru infracțiunile de furt și furt calificat (341) și tâlhărie (80);
- **Infracțiunile de trafic de droguri** înregistrează o creștere față de anul 2016, ocupând în continuare **poziția secundă**, atât din punct de vedere numeric (113 față de 76), cât și din punct de vedere procentual (18,3% față de 12,9%).

⁷⁶ Datele provin din controalele inopinate efectuate în trafic de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere;

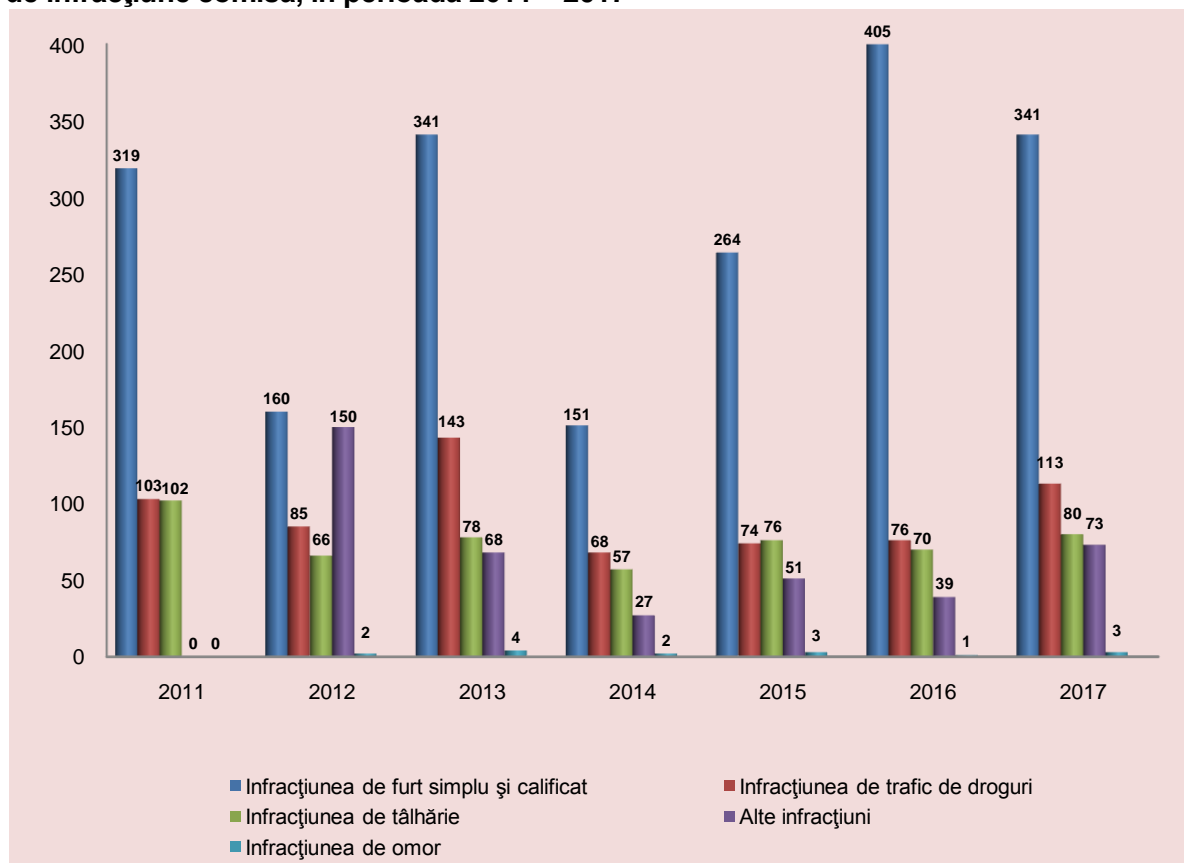
⁷⁷ În Municipiul București, persoanele care se declară consumatoare de droguri sunt încarcerate doar în Centrul de Rețineră și Arestare Preventivă nr. 1.;

Tabel 8 - 2: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 – 2017

Tipul de infracțiune	Număr de persoane											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	278	323	378	221	414	319	160	341	151	264	405	341
Infracțiunea de trafic de droguri	224	217	183	264	303	103	85	143	68	74	76	113
Infracțiunea de tâlhărie	47	112	125	100	119	102	66	78	57	76	70	80
Infracțiunea de omor	6	2	1	0	0	0	2	4	2	3	1	3
Infracțiunea de vătămare corporală	1	0	3	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a	n/a	15
Infracțiunea de proxenetism	2	2	2	30	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de distrugere	1	0	4	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de înșelăciune	1	3	13	42	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	1	0	3	0	0	0	n/a.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Alte infracțiuni	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	150	68	27	51	39	73

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

Grafic 8 - 23: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2011 – 2017



Sursa: Serviciul de Reținere și Arestare Preventivă, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

8.2.6. Persoane aflate în penitenciare

Numărul persoanelor aflate în detenție pentru infracțiuni la **Legea nr. 143/2000**, la sfârșitul anului 2017, a înregistrat o **scădere** cu 24,56% comparativ cu anul 2016. Astfel, la data de 31 decembrie 2017, în unitățile de detenție ale Administrației Naționale a Penitenciarelor, se aflau 983 de persoane condamnate definitiv pentru infracțiuni la regimul drogurilor, față de 1303 persoane înregistrate în anul 2016.

În anul de referință, au fost **liberate condiționat** 544 de persoane aflate în executarea pedepselor pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/2000, înregistrându-se astfel o **creștere de 18%** față de anul precedent (461 de persoane). De asemenea, au fost puse în libertate, la termen, 27 de persoane condamnate definitiv pentru comiterea de infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/2000, față de 16 persoane liberate la termen în anul 2016.

Numărul persoanelor condamnate definitiv, aflate în detenție la data de 31 decembrie 2017, pentru săvârșirea de infracțiuni prevăzute de **Legea nr. 194/2011** privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare (NSP), a înregistrat o **mică scădere**, de la 49 de persoane în 2016, la 43 în anul de referință.

La fel ca și în anul 2016, pe parcursul anului de referință, au fost **liberate condiționat** 25 de persoane aflate în executarea pedepselor pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr.

194/2011. Totodată, au fost puse în libertate, la termen, 3 persoane condamnate definitiv pentru comiterea de infracțiuni prevăzute de aceeași lege.

8.2.7 Persoane aflate în evidența serviciilor de probațiune

Din datele furnizate de către Direcția Probațiune din cadrul Ministerului Justiției rezultă faptul că, în anul 2017, au fost întocmite 302 referate/rapoarte de evaluare pentru persoanele cercetate/ sancționate pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri (dintre care 231 majori și 71 minori). De asemenea, au mai fost întocmite și 39 de referate/ rapoarte de evaluare pentru persoanele cercetate/sancționate pentru săvârșirea la Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare (dintre care 18 majori și 21 minori).

În anul 2017, persoanelor aflate în **supraveghere** care au săvârșit infracțiuni prevăzute de **Legea nr. 143/2000** privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri le-au fost aplicate următoarele măsuri:

- pentru un minor instanța de judecată a dispus participarea la un stagiu de formare civică, conform prevederilor N.C.P. art. 117;
- pentru 7 minori instanțele de judecată au dispus măsura supravegherii, conform prevederilor N.C.P. art. 118;
- pentru 15 minori instanțele de judecată au dispus măsura asistării zilnice, conform prevederilor N.C.P. art. 120;
- pentru 3050 de persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, conform prevederilor N.C.P. art. 91;
- pentru 120 de persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată amânarea aplicării pedepsei, conform prevederilor N.C.P. art. 83;
- pentru 14 de persoane majore instanțele de judecată au dispus înlocuirea obligației de plată a amenzii neexecutate cu obligația de a presta o muncă neremunerată în folosul comunității, conform prevederilor N.C.P. art. 64;
- pentru 2 persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată liberarea condiționată, conform prevederilor N.C.P. art. 99.

De asemenea, în anul 2017, persoanelor aflate în **supraveghere** ce au săvârșit infracțiuni prevăzute de **Legea nr. 194/2011** privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare le-au fost aplicate următoarele măsuri:

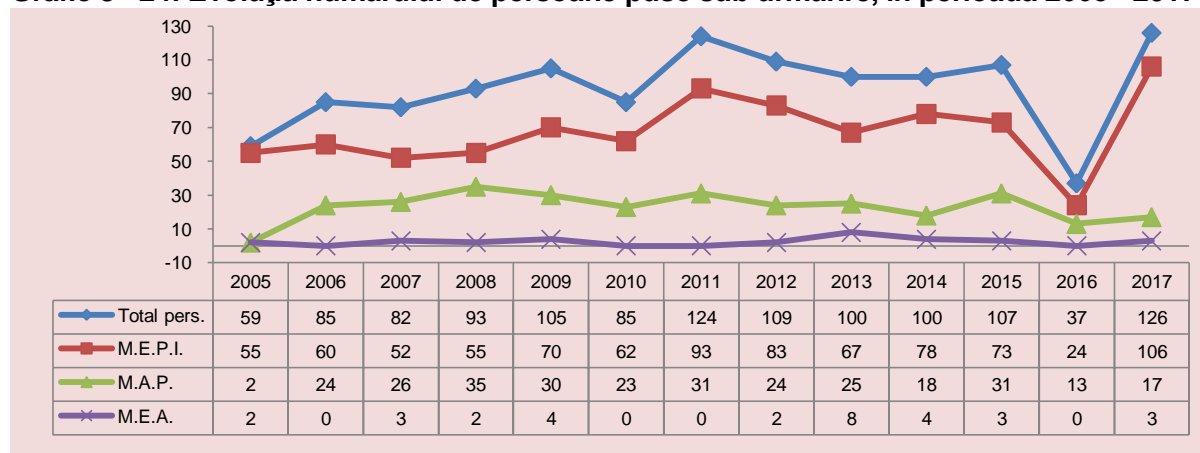
- pentru 4 minori instanțele de judecată au dispus măsura supravegherii, conform prevederilor N.C.P. art. 118;
- pentru 5 minori instanțele de judecată au dispus măsura asistării zilnice, conform prevederilor N.C.P. art. 120;
- pentru 296 de persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată suspendarea executării pedepsei sub supraveghere, conform prevederilor N.C.P. art. 91;
- pentru 26 de persoane majore a fost dispusă de către instanțele de judecată amânarea aplicării pedepsei, conform prevederilor N.C.P. art. 83;

- pentru 8 persoane majore instanțele de judecată au dispus înlocuirea obligației de plată a amenzii neexecutate cu obligația de a presta o muncă neremunerată în folosul comunității, conform prevederilor N.C.P. art. 64.

8.2.8 Persoane aflate sub urmărire

Conform datelor statistice comunicate de către Direcția de Investigații Criminale, din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în anul 2017, numărul persoanelor puse sub urmărire a înregistrat o **creștere semnificativă** (de peste 3 ori) comparativ cu anul 2016. Astfel, comparativ cu anul 2016, au fost emise 3 mandate europene de arestare (M.E.A.) și au fost emise mai multe mandate de arestare preventivă (M.A.P. – 17, față de 13) și mandate de executare a pedepsei închisorii (M.E.P.I. – 106, față de 24).

Grafic 8 - 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2017



Sursa: Direcția de Investigații Criminale, Inspectoratul General al Poliției Române

8.2.9. Persoane predate/ extrădate/ transferate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor

Analiza datelor furnizate de Centrul de Cooperare Polițienească Internațională din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române relevă faptul că, în anul 2017, numărul cetățenilor care au făcut obiectul **procedurilor de cooperare judiciară internațională în materie penală** pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor a **creșcut**, fiind înregistrați 70 de cetățeni (față de 57 în anul 2016), astfel: predate (49 față de 41) și transfer (21 față de 16). Dintre aceștia, 23 de cetățeni români au fost predați în România din Statele Membre ale Uniunii Europene în baza mandatelor europene de arestare, iar 26 persoane au fost predate din țara noastră autorităților din alte state. Față de anul 2016, când nu au fost înregistrate **cazuri de extrădare** către autoritățile din alte state sau cazuri de persoane extrădate în România, în cursul anului 2017, 4 cetățeni români au fost extrădați în România, iar 2 persoane au fost extrădate din România.

Numărul total al transferurilor înregistrate în vederea continuării executării pedepselor privative de libertate, pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în și din România, a fost de 21 de persoane, din care 3 cetățeni români și 18 cetățeni străini. În ceea ce privește cetățenii străini, aceștia au fost transferați către Spania (4 cetățeni), Panama (3 cetățeni), Cipru (3 cetățeni), Olanda (2 cetățeni), Italia (2 cetățeni), Austria (1 cetățean), Marea Britanie (1 cetățean), Germania (1 cetățean) și Norvegia (1 cetățean).

8.3. INFRAȚIONALITATEA LA NIVEL REGIONAL

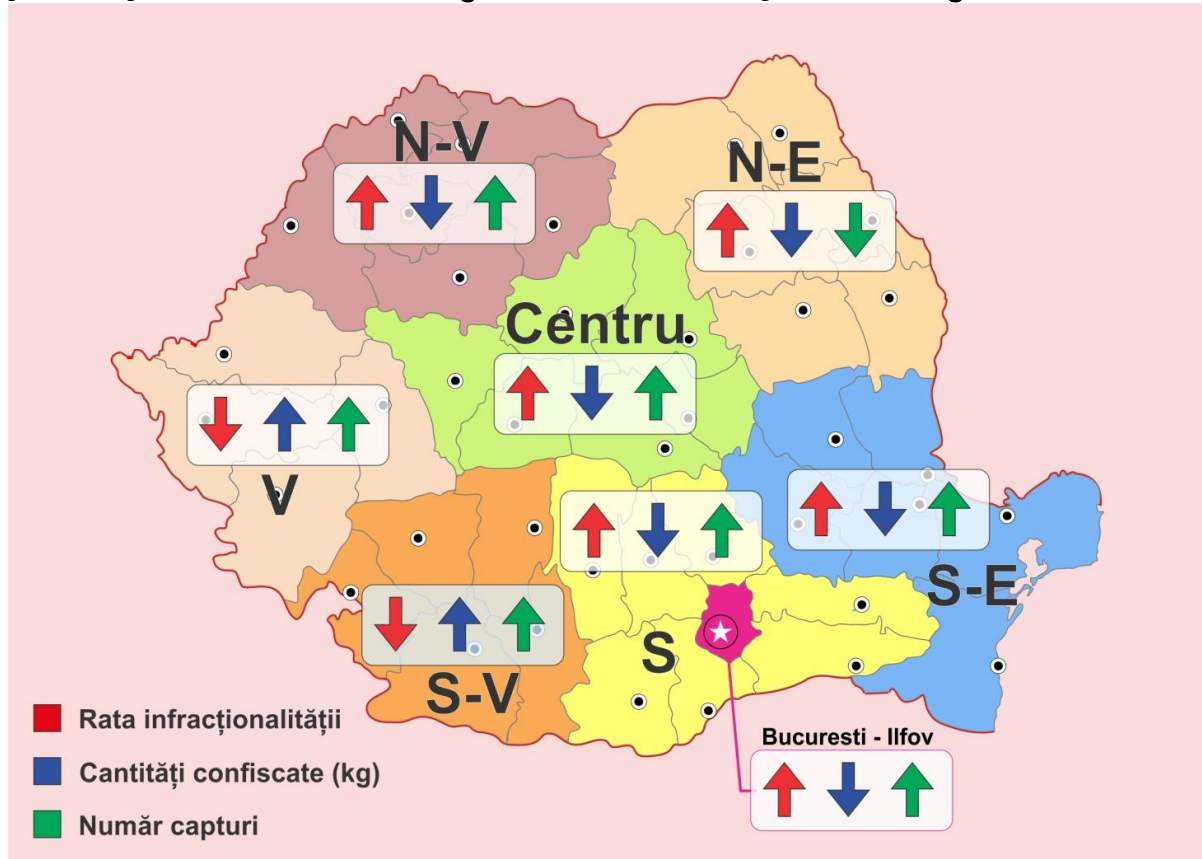
Analiza la nivel regional a principalilor indicatori din domeniul reducerii ofertei de droguri aferenți anului 2017⁷⁸ a relevat următoarele:

- **Capturi de droguri:**
 - Cele mai multe **capturi semnificative** pe tip de drog au fost realizate în **Regiunea București – Ilfov** (37) **Regiunea Vest** (34), **Regiunea Centru** (19) și **Regiunea Nord – Vest** (16);
 - **Creșteri** ale numărului de capturi au fost înregistrate în **toate regiunile**, excepție făcând **Regiunea Nord – Est** care consemnează o **scădere** a valorii acestui indicator;
 - Cele mai mari **cantități de droguri confiscate** s-au înregistrat pe raza **județelor Caraș - Severin** (738,37 kg), **Mehedinți** (656,94 kg) și **Timiș** (167,70 kg), în **Regiunea Vest** – 1006,03 kg de droguri (1,49 kg cocaină, 105,85 kg cannabis iarbă, 1,33 kg cannabis rezină, 734,22 kg masă plante de cannabis, 162,98 kg fragmente vegetale cu THC și 0,13 kg ciuperci halocinogene) și în **Regiunea Sud – Vest** – 736,18 kg (23,43 kg cannabis iarbă, 710,79 kg masă plante cannabis, 1,83 kg fragmente vegetale cu THC și 0,125 kg amfetamină);
 - Cele mai multe **comprimate confiscate** s-au înregistrat pe raza județelor **Timiș** (13375 comprimate), **Mureș** (5895 comprimate) și **Ilfov** (4833 comprimate), în **Regiunea Vest** – 17219 comprimate (7100 comprimate zolpidem, 5650 comprimate benzodiazepine, 3844 comprimate MDMA și 625 comprimate derivați barbiturice), în **Regiunea Centru** – 7265 comprimate (6775 comprimate benzodiazepine și 490 comprimate zolpidem) și în regiunea **București – Ilfov** – 6871 comprimate (4853 comprimate MDMA, 1668 comprimate morfină și 350 comprimate oxicononă)
 - **Creșteri** ale cantităților de droguri confiscate (kg) au fost înregistrate în **Regiunile Vest și Sud – Vest;**
 - **Cele mai răspândite** capturi sunt cele de **cannabis** (în toate regiunile), de amfetamine (în toate regiunile cu excepția **Regiunilor Vest și Nord – Est**) și de **MDMA** (în regiunile **București – Ilfov, Vest, Nord – Vest, Sud – Est și Centru**);
 - Capturi de **heroină** au fost realizate doar pe raza municipiului **București** fiind consemnate 3,058 kg provenind din 3 capturi;
 - Capturi de **benzodiazepine** au fost realizate în Regiunile Vest, Nord – Est și Centru (12724 comprimate provenind din 5 capturi) iar de **zolpidem** în Regiunile Vest, Sud și Centru (7794 comprimate provenind din 3 capturi);
 - Cele mai mari cantități de **cannabis iarbă** (91,31 kg provenind din 8 capturi), **zolpidem** (7100 comprimate provenind dintr-o singură captură) și **benzodiazepine** (5650 comprimate provenind dintr-o singură captură) au fost înregistrate pe raza județului **Timiș;**
 - Cele mai mari cantități provenite **dintr-o singură captură**, au fost înregistrate, după cum urmează: **masă plante de cannabis** pe raza județului **Mehedinți** (651

⁷⁸ Analiza s-a realizat pe baza datelor privind: hotărârile judecătorești rămase definitive în anul 2017 aflate în evidența Agenției Naționale Antidrog în temeiul prevederilor Legii 381/2004, numărul de persoane condamnate la regimul drogurilor (date furnizate de către C.S.M.) și capturi semnificative de droguri realizate de structurile antidrog (date furnizate de structurile D.C.C.O.)

kg), **fragmente vegetale cu THC** (87,83 kg) pe raza județului **Caraș – Severin**, **cocaină** pe raza municipiului **București** (1,82 kg) și a județelor **Ilfov** (1,52 kg) și **Arad** (1,49 kg) și **MDMA** pe raza județelor **Ilfov** (3625 comprimate), **Caraș - Severin** (2014 comprimate) și **Satu Mare** (1074 comprimate).

Harta 8 - 1: Situația la nivel teritorial a infrafracționalității la regimul drogurilor și a capturilor și cantităților semnificative de droguri realizate de formațiunile antidrog



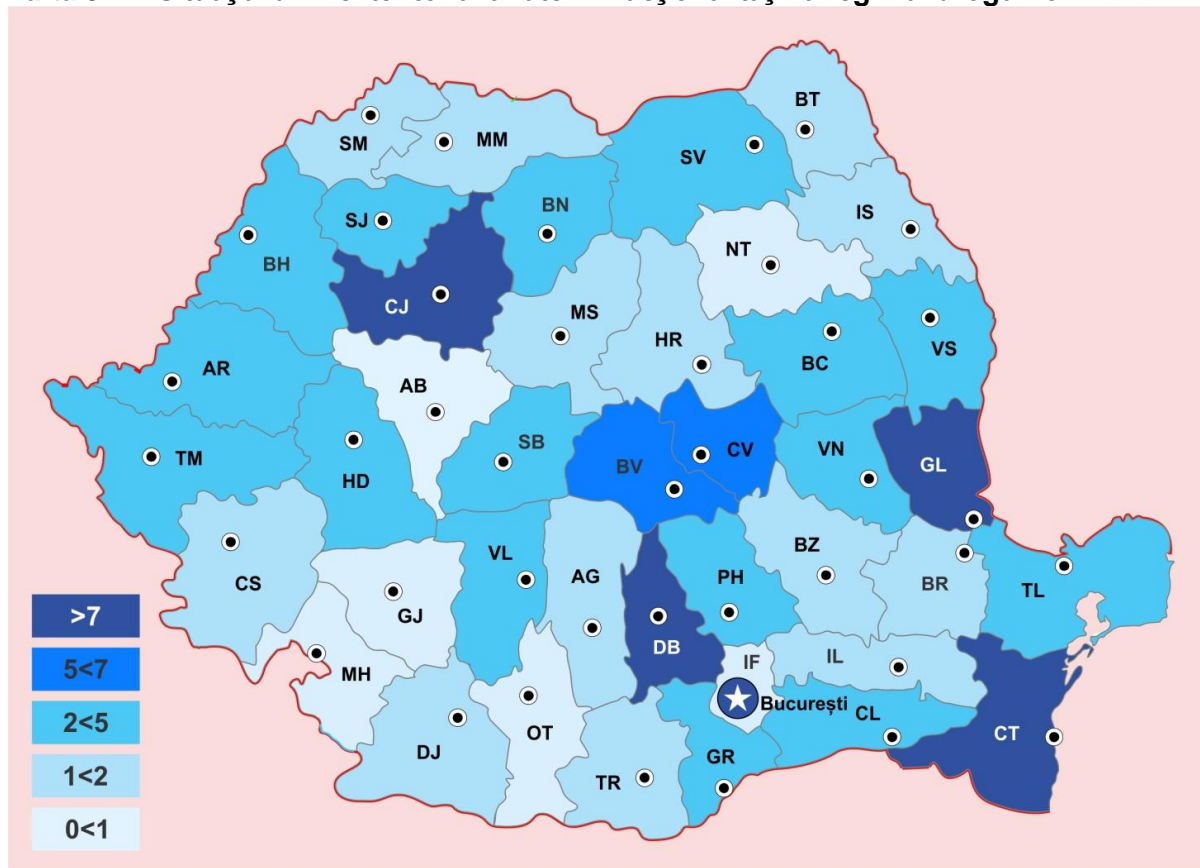
Sursa: Direcția de Combateră a Criminalității Organizate – Inspectoratul General al Poliției Române, Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

- **Infrafracționalitatea:**

- **Regiunile București – Ilfov și Sud - Est** prezintă, în continuare, **cele mai ridicate** rate ale infrafracționalității⁷⁹ la regimul drogurilor, înregistrând o **creștere** față de anul precedent (12,1 față de 11,71, respectiv 7,74 față de 5,11).
- **Regiunile Sud - Vest și Vest** sunt singurele regiuni care **au înregistrat scăderi** ale ratei infrafracționalității, de la 2,02 la 1,06, respectiv de la 4,05 la 3,66, **toate celelalte regiuni fiind în creștere pe indicatorul evaluat.**
- Cea mai ridicată valoare a **ratei infrafracționalității** la regimul drogurilor o înregistrează municipiul București (14,60 față de 13,96 în 2016), urmat de județul Constanța (14,47 față de 5,7 în 2016), Galați (13,43 față de 5,04 în 2016), Cluj (8,68 față de 3,18 în 2016) și Dâmbovița (7,52 față de 4,43 în 2016).

⁷⁹ Calculul ratei infrafracționalității a fost realizat prin raportarea numărului de persoane condamnate la regimul drogurilor la numărul total de persoane ce domiciliază/locuiesc pe raza unităților teritoriale x 100.000 - <http://www.recensamantromania.ro>

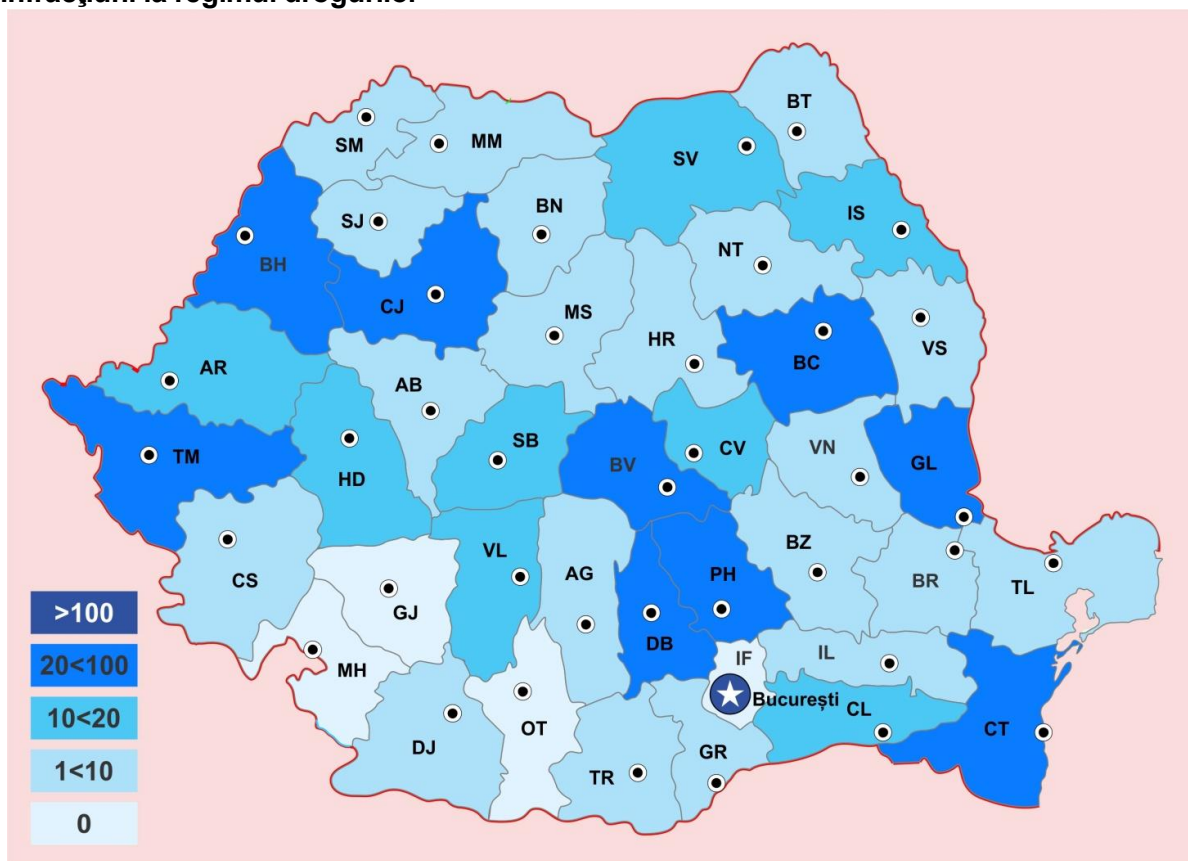
Harta 8 - 2: Situația la nivel teritorial a ratei infrafracționalității la regimul drogurilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

- Și în anul 2017, **regiunea București - Ilfov** rămâne regiunea cu cel mai mare număr de **persoane condamnate** (275 persoane față de 266 în 2016) fiind urmată de Regiunile **Sud – Est** (197 persoane față de 130 în 2016) și **Sud** (119 persoane față de 94 în 2016).
- În ceea ce privește numărul persoanelor condamnate, **Municipiul București este urmat de județele** Constanța (99 de persoane față de 39 în 2016), Galați (72 de persoane față de 27 în 2016), Cluj (60 de persoane față de 22 în 2016) și Dâmbovița (39 de persoane față de 23 în 2016).

Harta 8 - 3: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor



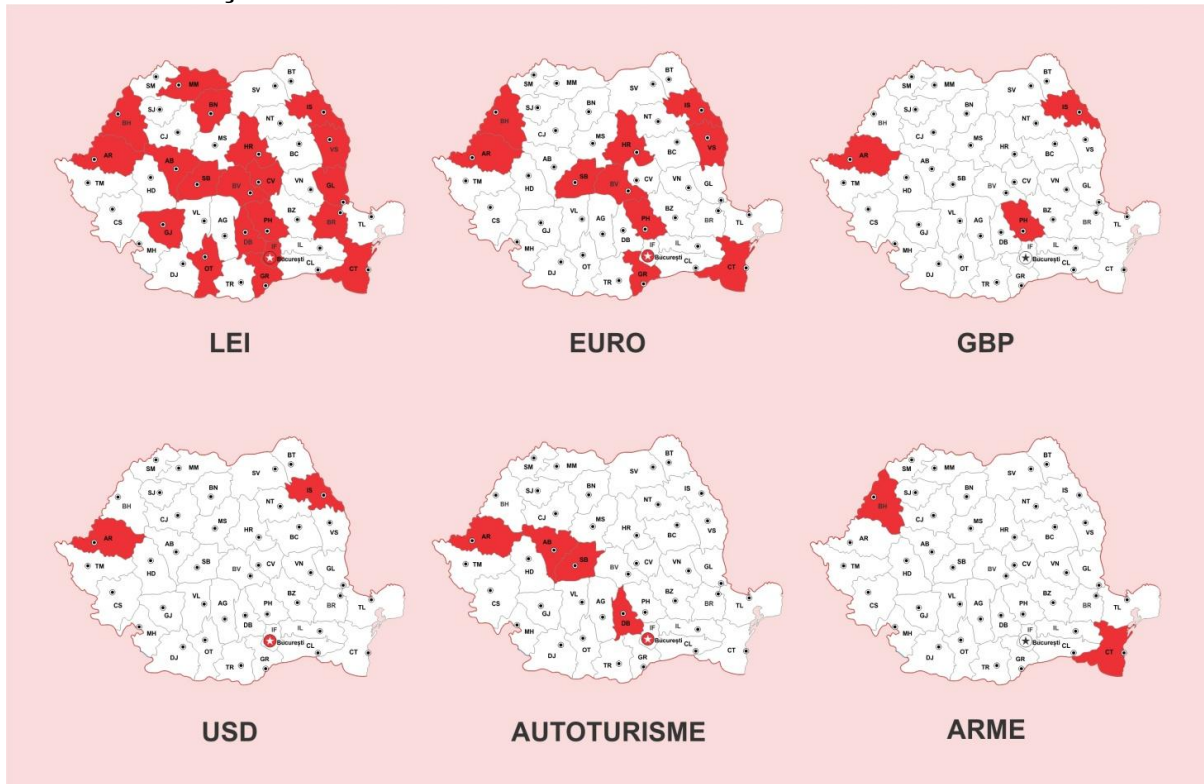
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

Analiza **bunurilor confiscate** prin hotărâri judecătorești rămase definitive, în cursul anului 2017 comparativ cu anul 2016 a relevat următoarele aspecte:

- A crescut numărul județelor în care au fost confiscate **bunuri relevante** (imobile, autoturisme și arme de foc), de la 3 județe în anul 2016, la 7 județe în anul 2017 (**Alba, Arad, Bihor, București, Constanța, Dâmbovița și Sibiu**);
- În anul 2017, au fost dispuse măsuri de confiscare ce au vizat **arme de foc** în județele **Bihor și Constanța**;
- **Sume confiscate:**
 - Valoarea în **LEI** a sumelor confiscate (3.101.331 LEI) a **crescut** față de anul 2016 (1.583.374 LEI), măsuri de confiscare fiind dispuse în municipiul București și pe raza județelor Alba, Arad, Bistrița Năsăud, Bihor, Brăila, Brașov, Constanța, Covasna, Dâmbovița, Galați, Giurgiu, Gorj, Harghita, Iași, Maramureș, Olt, Prahova, Sibiu și Vaslui;
 - Valoarea în **EURO** a sumelor confiscate (17.790 EURO) a **scăzut** față de anul 2016 (124.742 EURO), măsuri de confiscare fiind dispuse în municipiul București și pe raza județelor Arad, Bihor, Brașov, Constanța, Giurgiu, Harghita, Iași, Prahova, Sibiu și Vaslui;
 - Valoarea în **USD** a sumelor confiscate (2.576 USD) a **crescut** față de anul 2016 (1.160 USD), măsuri de confiscare fiind dispuse în municipiul București și pe raza județelor Arad și Iași;

- Valoarea în **GBP** a sumelor confiscate (805 GBP) a **crescut** față de anul 2016 (650 GBP), măsuri de confiscare fiind dispuse pe raza județelor Arad, Iași și Prahova;
- În anul 2017 nu au fost confiscate imobile;
- În anul de referință au fost **confiscate 5 autoturisme**, în municipiul București și pe raza județelor Alba, Arad, Dâmbovița și Sibiu, spre deosebire de anul 2016 când această măsură a fost dispusă doar pe raza județului Bacău pentru un autoturism.

Harta 8 - 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii, Agenția Națională Antidrog

REGIUNEA BUCUREȘTI – ILFOV

Regiunea București – Ilfov rămâne în continuare cu cea mai ridicată **rată a infraționalității** la regimul drogurilor (12,1 infracțiuni la regimul drogurilor la 100000 locuitori), fiind o zonă de interes pentru traficul de droguri, indiferent de tipul acestora. Astfel, în cursul anului 2017, 275 de persoane au fost condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, cu 3,38% față de anul precedent (266).

Tribunalele București și Ilfov au comunicat Agenției Naționale Antidrog, potrivit prevederilor legale, un număr 83 de hotărâri judecătorești definitive, pronunțate în anul 2017, în 27 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării de bunuri și valori astfel: 145.524 LEI, 6.130 EURO, 520 USD și un autoturism BMW X5.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, numărul capturilor semnificative la nivelul regiunii este **în creștere**, în timp ce cantitățile de droguri înregistrează o **scădere a confiscărilor în kilograme** și o **creștere a confiscărilor de comprimate**, fiind realizate **37 de capturi semnificative** (față de 28 în anul 2016) în

cantitate totală de **52,409 kg** (față de 492,75 în anul 2016), **6871 comprimate** (față de 3653 în anul 2016) și **1,184 litri** astfel:

- cocaină – 4,83 kg provenind din 5 capturi;
- amfetamină – 0,152 kg provenind dintr-o singură captură;
- canabis iarbă – 35,074 kg provenind din 10 capturi;
- fragmente vegetale cu THC – 7,86 kg provenind din 3 capturi;
- frunze de coca – 0,24 kg provenind dintr-o singură captură;
- MDMA – 4853 comprimate și 0,147 kg provenind din 4 capturi;
- ketamină – 0,482 kg provenind dintr-o singură captură;
- metadonă – 0,135 litri provenind dintr-o singură captură;
- mitraginină – 0,255 kg provenind dintr-o singură captură;
- morfină – 1668 comprimate și 0,772 litri provenind din 3 capturi;
- oxycodonă – 350 comprimate provenind dintr-o singură captură;
- petidină – 0,112 litri provenind dintr-o singură captură;
- triptamină – 0,306 kg provenind dintr-o singură captură.

REGIUNEA NORD – EST (Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui)

În anul 2017, la nivelul acestei regiuni, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 2,33 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 77 de persoane, cu 42,6% mai multe persoane față de anul 2016 (55 de persoane condamnate). Din cele 23 de hotărâri judecătorești definitive, înregistrate pentru această regiune în evidența Agenției Naționale Antidrog, 8 - conțin măsuri de confiscare a sumelor de 1.376.845 LEI, 9.080 EURO, 1.050 USD și 675 GBP.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul acestei regiuni au fost realizate **9 capturi semnificative** (față de 11 în anul 2016) totalizând **32,659 kg** (față de 49,4 în anul 2016) și **299 comprimate** (față de 865 în anul 2016), valori **în scădere** față de anul precedent, astfel:

- Cannabis: canabis iarbă – 6 kg provenind din 5 capturi și masă plante de canabis – 26,65 kg provenind din 3 capturi;
- o captură de benzodiazepine – 299 comprimate.

REGIUNEA SUD – EST (Județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea)

În anul 2017, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 7,74 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 197 de persoane, valori înregistrând o creștere de 51,54% față de anul precedent (130 de persoane condamnate). Evidența Agenției Naționale Antidrog consemnează 222 hotărâri judecătorești definitive pronunțate în această regiune, în 14 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 537.684 LEI și 50 EURO.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, la nivelul regiunii se înregistrează o **creștere a numărului de capturi** semnificative și a **cantității de comprimate** confiscate precum și o **scădere a cantității de droguri în kilograme**, fiind realizate **12 capturi semnificative** (față de 9 în anul 2016) totalizând **25,29 kg** (față de 2347,46 în anul 2016) și **2136 comprimate** (față de 1584 în anul 2016) astfel:

- canabis: canabis iarbă – 10,629 kg provenind din 3 capturi, fragmente vegetale cu THC – 1,83 kg provenind dintr-o singură captură și masă plante de canabis – 12,69 kg provenind din 3 capturi ;
- amfetamine – 0,133 kg provenind dintr-o singură captură;
- MDMA – 2136 comprimate provenind din 4 capturi.

REGIUNEA SUD (Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman)

În anul 2017, la nivelul acestei regiuni **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 3,79 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 119 persoane, față de 94 înregistrate în anul 2016. În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate 68 hotărâri judecătorești definitive, în 24 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 227.070 LEI, 1.020 EURO, 10 GBP și 1 autoturism BMW seria 3.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, la nivelul acestei regiuni se înregistrează o **creștere a numărului de capturi** semnificative, dar o **scădere a cantității** de droguri confiscate, fiind realizate **11 capturi semnificative** (față de 7 în anul 2016) totalizând **23,64 kg** (față de 2611,27 în anul 2016). Totodată a fost efectuată și o captură de **204 comprimate** astfel:

- canabis: canabis iarbă – 7 kg provenind dintr-o singură captură și masă plante de canabis – 15,61 kg provenind din 6 capturi;
- două capturi de cocaină – 0,48 kg;
- o captură de zolpidem – 204 comprimate.

REGIUNEA SUD – VEST (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea)

În anul 2017, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 1,6 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 22 de persoane, valori **în scădere** față de anul 2016 (42 de persoane condamnate). 5 din cele 39 hotărâri judecătorești definitive, comunicate Agenției Naționale Antidrog de către cele 5 tribunale ale regiunii, prevăd măsura confiscării pentru 3.745 LEI și 1 pistol airsoft.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, la nivelul regiunii se înregistrează o **creștere a numărului de capturi** semnificative și a **cantității de droguri în kilograme**, precum și o **scădere a cantității de comprimate** confiscate, fiind realizate **12**

capturi semnificative (față de 7 în anul 2016) totalizând **736,18 kg** (față de 30,07 în anul 2016) și **0,126 litri**, astfel:

- canabis: canabis iarbă – 23,43 kg provenind din 6 capturi, fragmente vegetale cu THC – 1,83 kg provenind dintr-o singură captură și masă plante de canabis – 710,79 kg provenind din 3 capturi;
- câte o captură de barbiturice (0,126 litri) și amfetamine (0,125 kg).

REGIUNEA VEST (Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș)

În anul 2017, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 3,66 infracțiuni la 100.000 locuitori, fiind condamnate 67 de persoane, valori **în scădere** față de anul 2016 (74 de persoane condamnate). Din cele 31 de hotărâri judecătorești definitive comunicate Agenției Naționale Antidrog, în 12 dintre acestea a fost dispusă măsura confiscării pentru 101.892 LEI, 655 EURO, 1.006 USD, 20 GBP și 1 autoturism VW Polo.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, se înregistrează o **creștere semnificativă** a **numărului de capturi** precum și a **cantităților de droguri** confiscate, fiind realizate **34 de capturi semnificative** (față de 16 în anul 2016) totalizând **1006,029 kg** (față de 49 în anul 2016) și **17219 comprimate** (față de 1884 în anul 2016), astfel:

- canabis: canabis iarbă – 105,85 kg provenind din 10 capturi, o captură de rezină de canabis (1,33 kg), fragmente vegetale cu THC – 162,989 kg provenind din 7 capturi și masă plante de canabis – 734,22 kg provenind din 7 capturi;
- MDMA – 3844 comprimate, provenind din 4 capturi;
- câte o captură de cocaină (1,499 kg), benzodiazepine (5650 comprimate), barbiturice (625 comprimate), ciuperci halucinogene (0,132 kg și zolpidem (7100 comprimate).

REGIUNEA NORD – VEST (Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj)

În anul 2017, la nivelul regiunii, **rata infracționalității** la regimul drogurilor este de 4,31 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 112 de persoane, valori **în creștere cu 38,27%** față de anul 2016 (81 de persoane condamnate). În evidența Agenției Naționale Antidrog au fost înregistrate 38 de hotărâri judecătorești definitive, în 16 dintre acestea fiind dispusă măsura confiscării pentru 526.934 LEI, 120 EURO, 10.000 FORINȚI și 1 armă aer comprimat.

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, **numărul capturilor semnificative** la nivelul regiunii înregistrează o **ușoară creștere**, **cantitatea de comprimate** capturate înregistrează la rândul său o **creștere**, în timp ce cantitatea de **droguri confiscate în kilograme** înregistrează o **scădere**, fiind realizate **16 capturi semnificative** (față de 14 în anul 2016), totalizând **44,919 kg** (față de 126,12 în anul 2016) și **2414 comprimate** (față de 257 în anul 2016), astfel:

- canabis: canabis iarbă – 13,24 kg provenind din 4 capturi, masă plante de canabis – 14,62 kg provenind din 3 capturi și fragmente vegetale cu THC – 16,6 kg provenind din 4 capturi;
- MDMA – 2414 comprimate și 0,294 kg provenind din 4 capturi;
- o captură de amfetamine (0,15 kg).

REGIUNEA CENTRU (Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu)

În anul 2017, la nivelul regiunii, **rata infraționalității** la regimul drogurilor este de 3,13 infracțiuni la 100000 locuitori, fiind condamnate 74 de persoane, valori **în creștere** față de anul 2016 (62 de persoane condamnate). Din cele 82 de hotărâri judecătorești definitive, comunicate Agenției Naționale Antidrog, 31 dintre acestea conțin măsuri de confiscare pentru 119.246 LEI, 735 EURO și 2 autoturisme (1 autoturism Renault Laguna și 1 autoturism Opel Corsa).

În ceea ce privește **confiscările de droguri**, față de anul 2016, la nivelul regiunii se înregistrează o **ușoară creștere** a numărului de capturi semnificative, **cantitatea de droguri confiscate în kilograme** înregistrează o **scădere** iar **cantitatea de comprimate o creștere**, fiind realizate **19 capturi semnificative** (față de 17 în anul 2016) totalizând **39,587 kg** (față de 127,67 în anul 2016), **7265 comprimate** (față de 5179 în anul 2016) și **100 doze**, astfel:

- canabis: canabis iarbă – 26,90 kg provenind din 7 capturi și masă plante de canabis – 12,03 kg provenind din 3 capturi;
- benzodiazepine – 6775 comprimate provenind din 3 capturi;
- amfetamine – 0,333 kg provenind din 2 capturi;
- câte o captură de cocaină (0,1kg), MDMA (0,211 kg), zolpidem (490 comprimate) și LSD (100 doze).

8.4. CONCLUZII

- **Parametrii de evaluare a infraționalității** la regimul drogurilor la nivel național se încadrează în parametrii generali ai anului 2016, cu mici **variații pozitive** ale valorilor;
- Pe fondul **scăderii numărului de dosare penale** având ca obiect traficul și consumul de droguri înregistrate la nivelul instanțelor de judecată, fenomenul infrațional la regimul drogurilor înregistrează **cea mai mare valoare a numărului de persoane trimise în judecată**, concomitent cu **creșterea numărului de persoane condamnate**, atât pentru activități de trafic ilicit, cât și pentru deținere pentru consum propriu;
- La nivelul instanțelor de judecată, în anul 2017 au fost înregistrate 746 de dosare penale la regimul drogurilor⁸⁰, valoare numerică ce reprezintă 1,24% din totalul dosarelor penale înregistrate la nivelul tribunalelor (60152) și 0,20% din cele la nivel național (381763). Ponderea persoanelor condamnate la regimul drogurilor la nivelul tribunalelor este de 17,45% din numărul total al persoanelor condamnate definitiv (5404);
- **Măsurile coercitive alternative** se regăsesc cu precădere în **practica instanțelor de judecată** care aplică cu precădere pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere a acesteia și amenda penală;
- **Implicarea minorilor** în activități de trafic și consum de droguri **s-a dublat** (7 condamnări au avut ca obiect infracțiuni de deținere de droguri pentru consum propriu);
- Numărul total al **faptelor penale incriminate de Legea nr. 194/2011**⁸¹ raportat la

⁸⁰ Infracțiuni la Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, republicată, cu modificările și completările ulterioare și la Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

⁸¹ Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, republicată;

valorile înregistrate în anul 2016 a **crescut semnificativ**, în special cele înregistrate ca obiect secundar raportat la obiectul principal al dosarului;

- Numărul persoanelor depistate în trafic, care au condus **autovehicule sub influența unor substanțe sau produse stupefiante este în creștere**;
- Marile aglomerări urbane continuă să rămână zone cu potențial criminogen ridicat în ceea ce privește regimul juridic al drogurilor, în București, Constanța, Cluj și Dâmbovița fiind înregistrate cele mai multe dosare penale soluționate și cele mai multe persoane condamnate.

9.CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

9.1.REZUMAT

Consumul de droguri în mediul penitenciar rămâne o prioritate pentru factorii decidenți din România, obiectivele stabilite în documentele programatice din domeniul politicilor antidrog și nu numai, constituind elemente de reper și în activitatea desfășurată în anul 2017. Similar anilor anteriori, eforturile interinstituționale au fost orientate spre asigurarea corespunzătoare a serviciilor de asistență oferite consumatorilor de droguri aflați în mediul privativ de libertate.

9.2.PROFIL NAȚIONAL

9.2.1.Organizare – structura și caracteristicile sistemului penitenciar românesc

În anul 2017, rețeaua sistemului penitenciar nu a suferit modificări, păstrând în componența sa 34 penitenciare (19 penitenciare regim semideschis și deschis, 14 penitenciare regim închis și maximă siguranță, 1 penitenciar pentru femei), 2 centre de detenție, 2 centre educative și 6 penitenciare-spital. În ceea ce privește intenția Ministerului Justiției de a construi 2 penitenciare noi, în anul de referință, a fost derulată procedura de achiziție a Contractului de servicii de proiectare pentru elaborarea studiului de fezabilitate pentru unul dintre cele 2 proiecte. În cazul celui de-al doilea proiect, prin Hotărârea de Guvern nr. 791 din 01.11.2017⁸² a fost aprobat transferul imobilelor aflate în localitatea Unguriu, județul Buzău, din administrarea Ministerului Apărării Naționale în administrarea Ministerului Justiției pentru Administrația Națională a Penitenciarelor, cu scopul transformării acestora în spații de cazare pentru persoanele private de libertate. Ulterior adoptării actului legislativ, a fost desfășurată procedura de preluare a imobilelor de la Ministerul Apărării Naționale, urmând a fi derulate, în funcție de identificarea surselor de finanțare, etapele de proiectare și lucrările de execuție⁸³.

Potrivit datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, la 31 decembrie 2017, în unitățile penitenciare se aflau 23450 persoane (4,8% femei), aproximativ 2/3 având vârsta cuprinsă între 31 și 60 ani. Tendința de scădere manifestată începând cu anul 2014, s-a accentuat în anul 2017, numărul total al deținuților aflați în unitățile penitenciare fiind cu 14,6% mai mic decât în anul 2016 (în anul 2016 numărul deținuților a fost cu 3,1% mai mic decât în anul 2015). Acest fapt reprezintă o consecință a intrării în vigoare, la data de 21 iulie 2017, a Legii nr. 169/ 2017 pentru modificarea și completarea Legii nr. 254/ 2013 privind executarea pedepselor și a măsurilor privative de libertate dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, prin care executarea pedepsei în condiții necorespunzătoare atrage după sine reducerea perioadei de executare a pedepsei privative de libertate, după cum urmează: „pentru fiecare perioadă de 30 zile executate în condiții

⁸² Hotărârea de Guvern nr. 791 din 01.11.2017 privind actualizarea valorii de inventar a imobilului 5075, aflat în domeniul public al statului, și pentru transmiterea imobilelor 1242 și 5075, aflate în domeniul public al statului, din administrarea Ministerului Apărării Naționale în administrarea Ministerului Justiției pentru Administrația Națională a Penitenciarelor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 870 din 3 noiembrie 2017

⁸³ Informație preluată din Raportul anual de activitate 2017 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-activitate-ANP-2017.pdf>

necorespunzătoare,...,se consideră executate, suplimentar, 6 zile din pedeapsa aplicată.”⁸⁴
În contextul noilor prevederi legislative, 3630 deținuți au fost puși în libertate până la finele anului 2017⁸⁵.

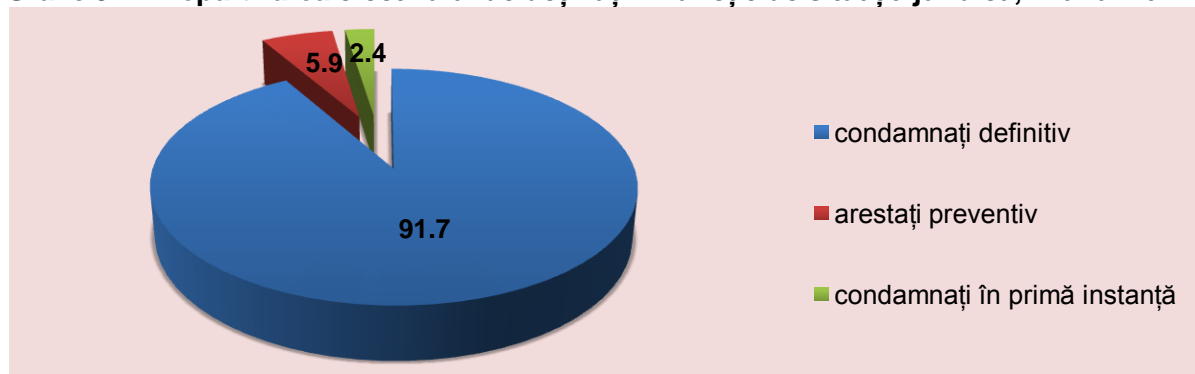
Tabel 9 - 1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2017

An	Total (nr)	Din care (%)							
		Sex		Grupe de vârstă (ani)					
		male	female	14-18	18-21	22-30	31-40	41-60	> 60
2010	28224	95.5	4.5	1.6	6	35.9	32.1	22.8	1.6
2011	30694	95.5	4.5	1.5	5.4	35.7	32.5	23.3	1.7
2012	31817	95.5	4.5	1.4	5.3	35.3	32.7	23.7	1.7
2013	33438	95.3	4.7	1.5	4.9	34.6	32.2	25.0	1.7
2014	30156	94.9	5.1	1.1	4.2	33.1	32.1	27.4	2.2
2015	28334	94.9	5.1	1.1	4.2	31.5	31.8	28.8	2.6
2016	27455	94.9	5.1	1.5	4.5	29.5	31.7	29.6	3.2
2017	23450	95,2	4,8	1,4	4	27,6	32,1	31,3	3,6

Sursa: ANP

Din punct de vedere al statutului juridic, la 31 decembrie 2017, 21514 (91,7%) persoane erau condamnate definitiv, 1372 persoane (5,9%) se aflau în arest preventiv, iar 564 persoane (2,4%) erau condamnate în primă instanță.

Grafic 9 - 1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2017



Sursa: ANP

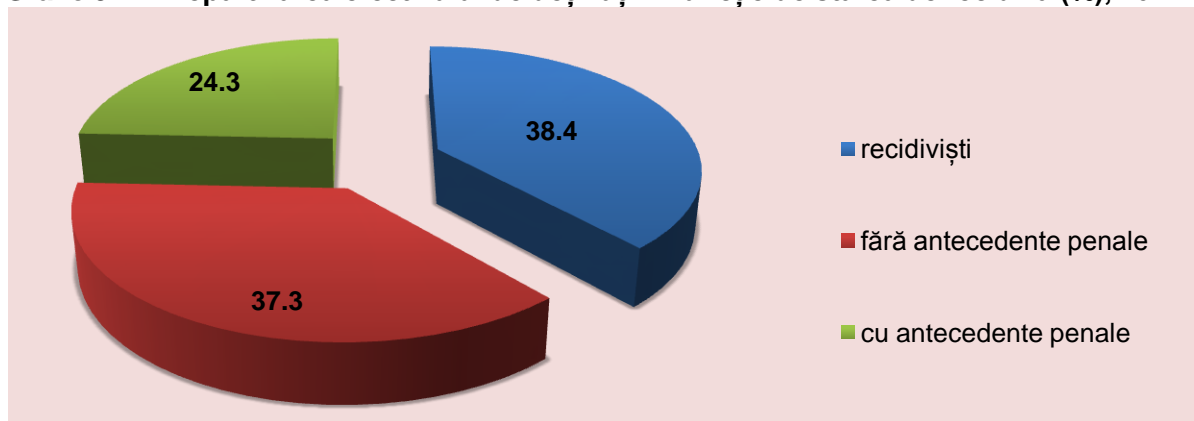
Ponderea deținuților recidiviști în populația încarcerată a fost de 38,4% (8998 persoane), valoare similară celei înregistrate în anul 2016. Deținuții cu antecedente penale reprezintă

⁸⁴ Extras din Legea nr. 169/2017 pentru modificarea și completarea Legii nr. 254/2013, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 571 din 18.07.2017

⁸⁵ Informație preluată din Raportul anual de activitate 2017 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-activitate-ANP-2017.pdf>

24,3% (5706 persoane) din efectivul total, iar 37,3% (8746 persoane) sunt fără antecedente penale.

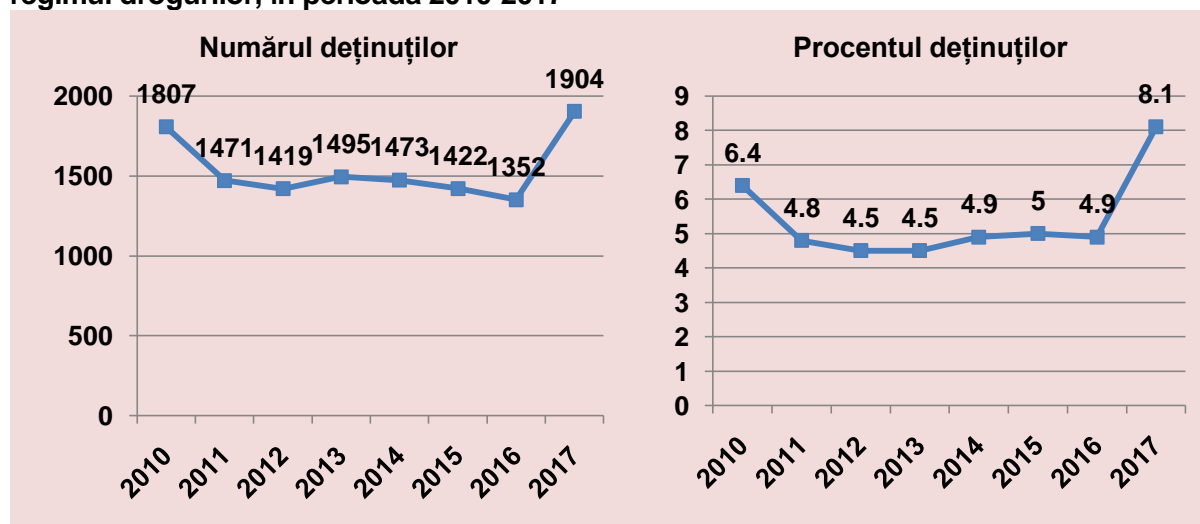
Grafic 9 - 2: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de starea de recidivă (%), 2017



Sursa: ANP

După natura infracțiunii săvârșite, 8,1% (1904 deținuți) au fost încarcerați pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, proporția acestora în efectivul total crescând cu 3,2%. Comparativ cu anul 2016, numărul deținuților aflați în custodia unităților penitenciare pentru infracționalitate la regimul drogurilor a crescut cu 40,1%, de la 1352 la 1904 deținuți.

Grafic 9 - 3: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2017



Sursa: ANP

9.2.2. Consumul de droguri și problemele asociate în rândul deținuților

9.2.2.1. Date din studii

În anul 2017, a fost derulat studiul *Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS – Behavioural Surveillance Survey)*, prin care s-a urmărit obținerea unei imagini clare atât asupra situației actuale cât și asupra dinamicii comportamentelor de risc privind infecția cu HIV și Hepatite virale tip B și tip C în sub-populația consumatorilor de droguri injectabile, existentă în municipiul București și județul Ilfov. Studiul a constat în aplicarea unui chestionar, structurat pe 8 secțiuni, și în efectuarea unor teste rapide (screening) de

identificare a virusurilor HIV, VHB și VHC pe un lot de 444 subiecți, selectați prin metoda RDS (Respondent Driven Sampling)⁸⁶.

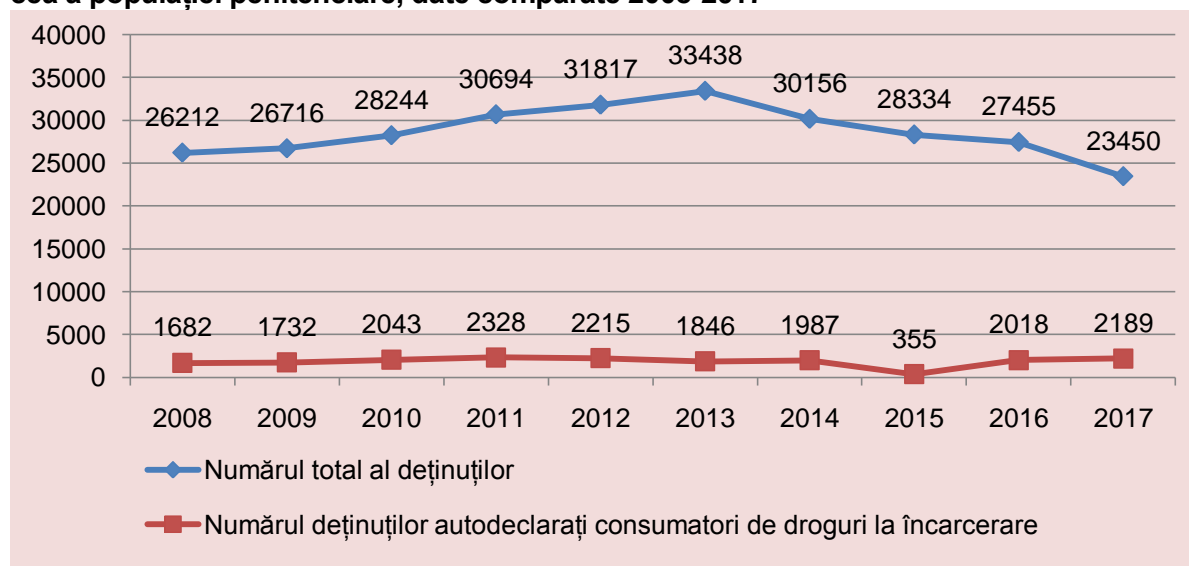
Potrivit rezultatelor obținute în cadrul acestui studiu, 40,1% dintre respondenți au declarat că, la un moment dat, s-au aflat în stare privativă de libertate, iar jumătate (50,6%) dintre aceștia a afirmat că și-a injectat droguri în timpul detenției. Drogurile menționate în acest context au fost heroina și noile substanțe psihoactive.

În ceea ce privește serviciile de asistență disponibile în mediul carceral, 37,6% dintre participanții la studiu care s-au aflat, la un moment dat, în custodia unităților penitenciare, au beneficiat de servicii de asistență, și anume de: consiliere psihologică, tratament de dezintoxicare, tratament de menținere a abstenenței cu metadonă, tratament psihiatric.

9.2.2.2. Date privind consumul de substanțe psihoactive la intrarea în detenție

Conform datelor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, din efectivul total de persoane aflate în custodia unităților penitenciare la sfârșitul anului 2017, 2189 deținuți (8,6% femei) s-au declarat consumatori de droguri la intrarea în detenție, ponderea acestora în populația încarcerată fiind de 9,3%. Majoritatea acestora (76,1%) este constituită din tineri cu vârsta cuprinsă între 22-40 ani. Comparativ cu anii anteriori, ponderea deținuților aflați în unitățile de detenție la data de 31.12.2017, care au declarat consum de droguri la depunerea în penitenciar, înregistrează cea mai mare valoare din perioada 2008-2017⁸⁷ (6,4% - 2008, 6,5% - 2009, 7,2% - 2010, 7,6% - 2011, 7% - 2012, 5,5% - 2013, 6,6% - 2014, 7,4% - 2016, 9,3% - 2017).

Grafic 9 - 4: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2017⁸⁸



Sursa: ANP

⁸⁶ Informații detaliate privind metodologia și rezultatele studiului BSS 2017 sunt cuprinse în *Harms and harm reduction workbook 2018 – Harm reduction intervention*

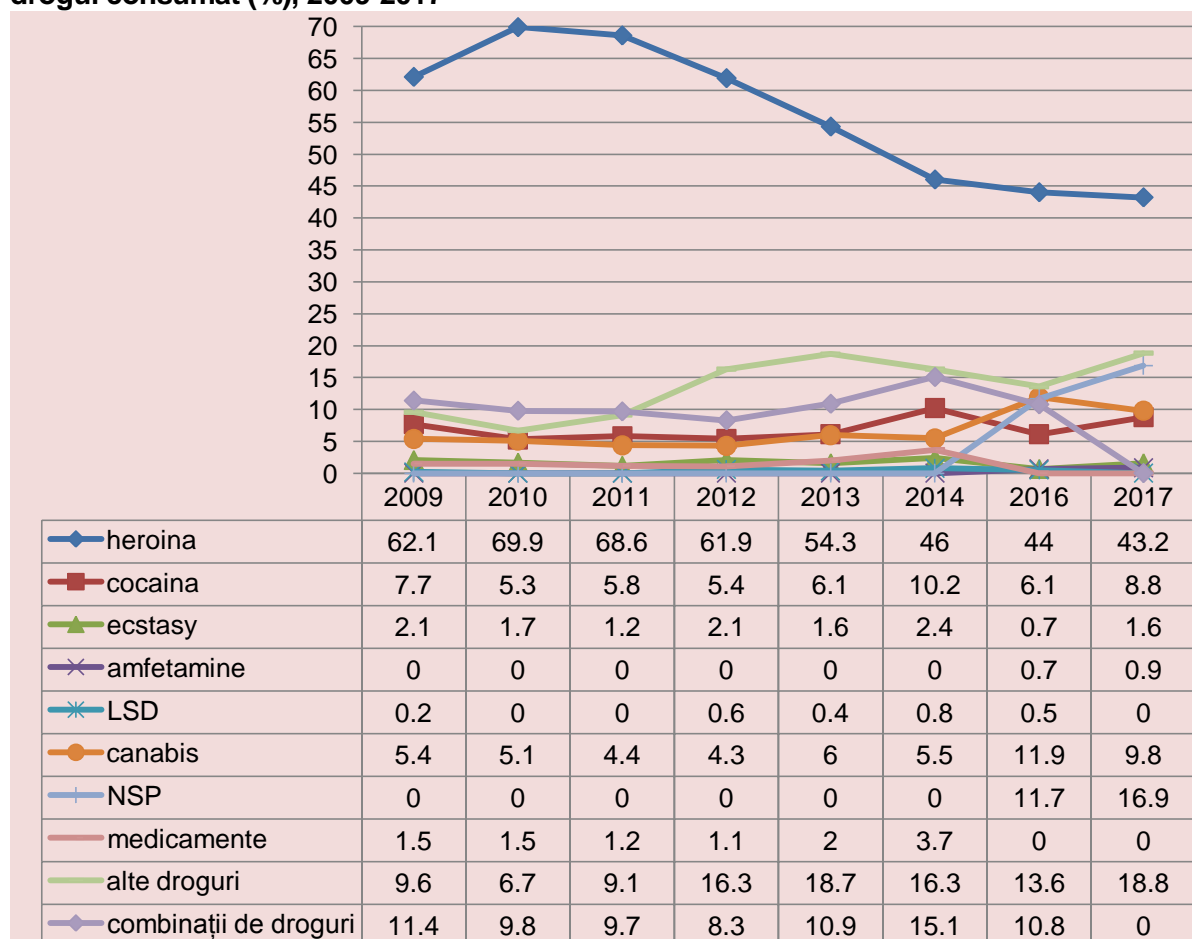
⁸⁷ 355 persoane care s-au declarat consumatoare de droguri la intrarea în detenție se referă strict la cei încarcerați în anul 2015, în timp ce valorile înregistrate pentru ceilalți ani din intervalul analizat reprezintă date prevalente (numărul deținuților declarați consumatori de droguri la intrarea în penitenciar, existenți în penitenciar la data de 31 decembrie a fiecărui an analizat).

⁸⁸ Idem

Din cei 2189 deținuți autodeclarați consumatori de droguri la depunerea în unitățile de detenție, 43,2% (946 deținuți dintre care 162 femei) au menționat heroina ca drog de consum, ponderea acestora fiind similară cu cea înregistrată în anul 2016. Astfel, heroina continuă să reprezinte și în anul 2017, cel mai consumat drog înainte de încarcerare deși, comparativ cu anul 2010 (când mai mult de 2/3 au declarat consum de heroină), ponderea procentuală a celor care au declarat consum de heroină s-a redus cu 26,7%.

De asemenea, în anul 2017, se constată creșterea cu 5,2% a ponderii deținuților care au declarat consum de noi substanțe psihoactive (369 deținuți, dintre care 7 femei cu vârsta cuprinsă între 14-18 ani), precum și menținerea la o valoare apropiată de cea înregistrată în anul 2016, a procentului de deținuți care au declarat consum de cannabis (214 deținuți, dintre care 3 femei). Jumătate dintre persoanele private de libertate care au declarat consum de cannabis are vârsta cuprinsă între 22-30 ani.

Grafic 9 - 5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de drogul consumat (%), 2009-2017⁸⁹



Sursa: ANP

*până în anul 2014 inclusiv, noile substanțe psihoactive au fost incluse în categoria „alte droguri”

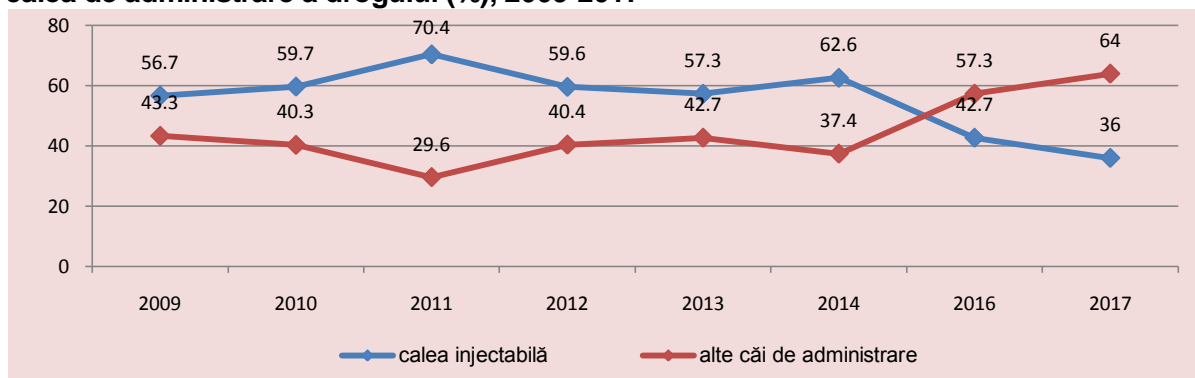
Cea mai frecventă modalitate de administrare a drogurilor declarate ca fiind consumate înainte de încarcerare rămâne, și în anul 2017, calea injectabilă deși, pentru al doilea an consecutiv⁹⁰, ponderea deținuților care au recurs la injectare a scăzut sub 50%. În contextul

⁸⁹ pentru anul 2015 nu există date disponibile

⁹⁰ 2009- 2016 cu excepția anului 2015 pentru care nu există date disponibile

dat, aproximativ 2/3 dintre deținuți (1401 deținuți) au declarat alte căi de administrare a drogurilor, și anume: 28,3 %- oral (27,8% - în anul 2016), 26,2% - fumat (20,8% - în anul 2016), 8,4% prizat (4,8% - în anul 2016), iar 1,1% alte căi de administrare (3,9% - în anul 2016).

Grafic 9 - 6: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2009-2017



Sursa: ANP

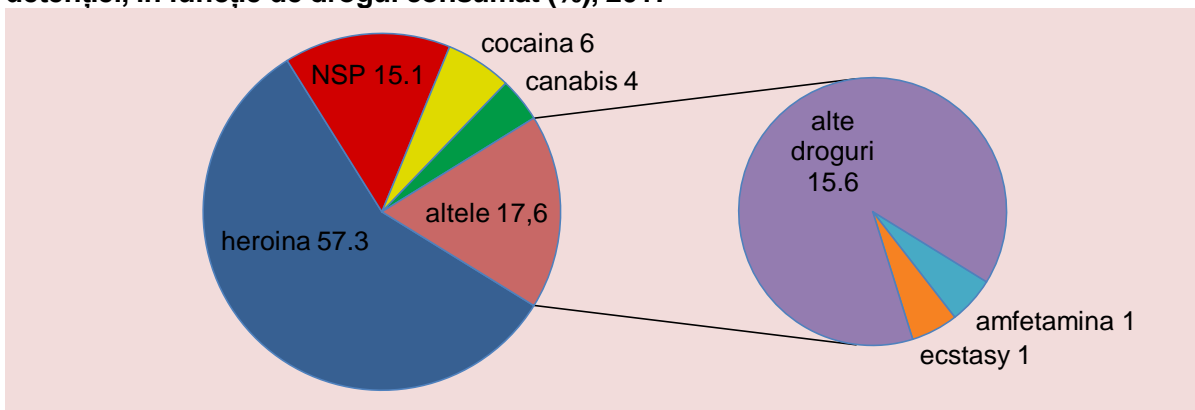
9.2.2.3. Date privind consumul de droguri în timpul detenției

Dintre deținuții aflați în unitățile penitenciare la sfârșitul anului 2017, 199 deținuți au declarat consum de droguri în timpul detenției iar 34 deținuți au fost identificați ca fiind consumatori de droguri prin efectuarea de teste de determinare a drogurilor în urină.

❖ Date privind deținuții care s-au declarat consumatori de droguri în timpul detenției

Din cei 199 deținuți (aparținând sexului masculin) autodeclarați consumatori de droguri în timpul detenției, mai mult de jumătate (57,3% - 114 deținuți) a consumat heroină, 15,1% au consumat NSP, 6% - cocaină iar 4% au declarat consum de cannabis. Atât în cazul amfetaminei cât și în cel al ecstasy-ului, procentul celor care au menționat aceste substanțe ca droguri de consum a fost de 1%. Mai mult de jumătate (54,8%) dintre deținuți se încadrează în categoria de vârstă 22-30 ani.

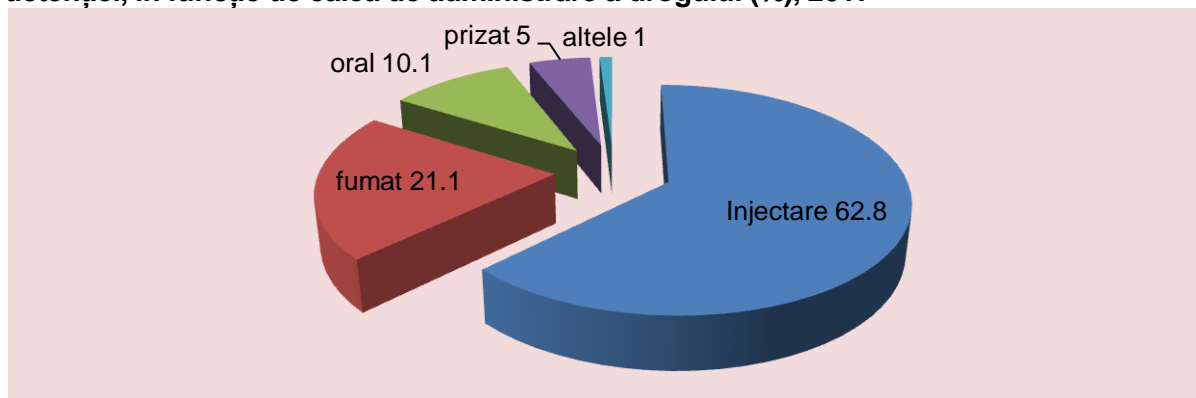
Grafic 9 - 7: Distribuția deținuților autodeclarați consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de drogul consumat (%), 2017



Sursa: ANP

În ceea ce privește calea de administrare a drogului, aproximativ 2/3 dintre deținuți (62,8% - 125 deținuți) au recurs la injectarea drogului, 21,1% (42 deținuți) au fumat drogul, 10,1% (20 deținuți) și l-au administrat per os (oral), iar 5% (10 deținuți) l-au prizat.

Grafic 9 - 8: Distribuția deținuților autodeclarați consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2017

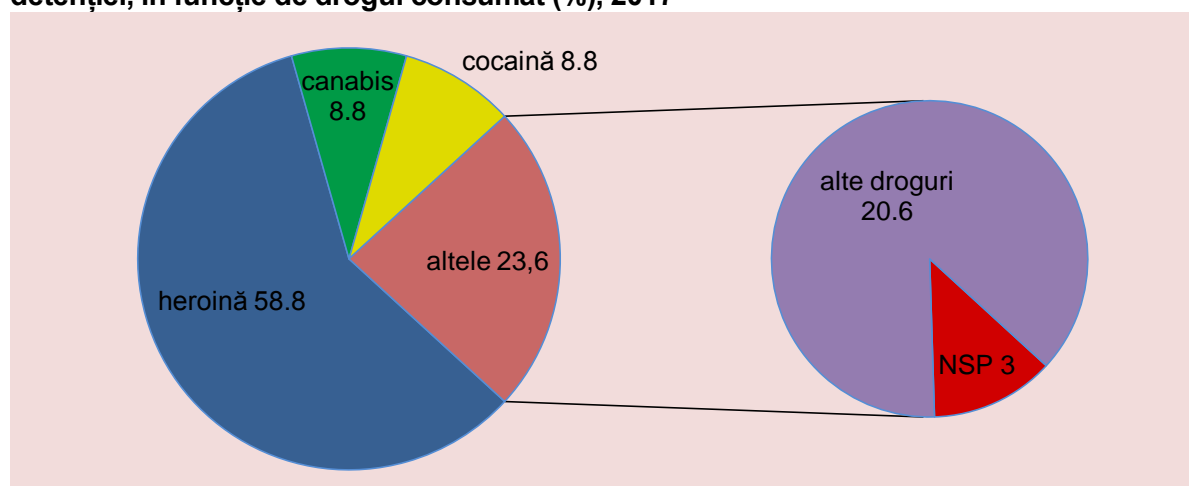


Sursa: ANP

❖ **Date privind deținuții care au fost identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției**

Din cei 34 deținuți (aparținând sexului masculin) identificați ca fiind consumatori de droguri în timpul detenției, 58,8% (20 deținuți) au consumat heroină, 8,8% (3 deținuți) au consumat canabis, 8,8% (3 deținuți) – cocaină, iar 1 deținut (3%) a consumat NSP. Din punct de vedere al vârstei, 44,1% (15 deținuți) sunt tineri cu vârsta cuprinsă în intervalul 22-30 ani.

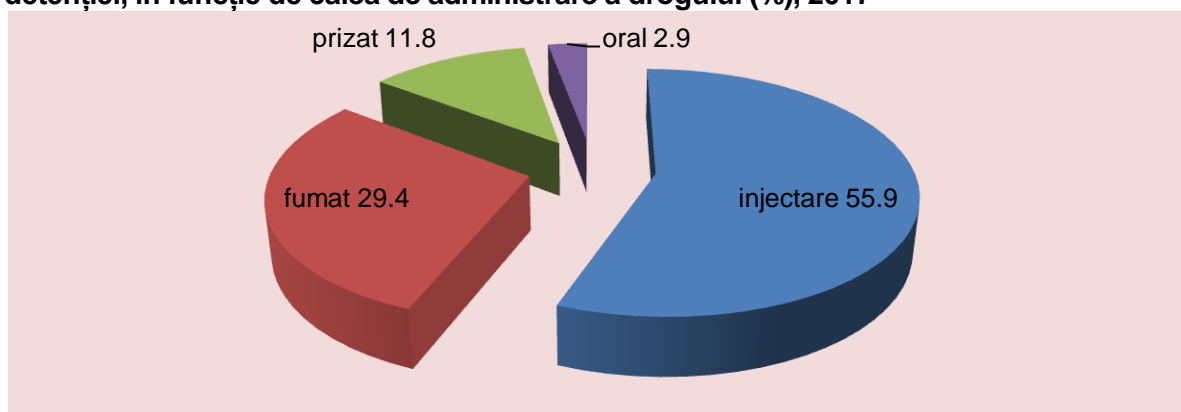
Grafic 9 - 9: Distribuția deținuților identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de drogul consumat (%), 2017



Sursa: ANP

Modalitatea de administrare a drogurilor cea mai utilizată de deținuții identificați drept consumatori de droguri este calea injectabilă (55,9% - 19 deținuți) fiind urmată de administrare drogului prin fumat (29,4% - 10 deținuți), prin prizat (11,8% - 4 deținuți) sau oral (2,9% - 1 deținut).

Grafic 9 - 10: Distribuția deținuților identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2017



Sursa: ANP

9.2.2.4. Comportamente la risc și consecințe asupra sănătății

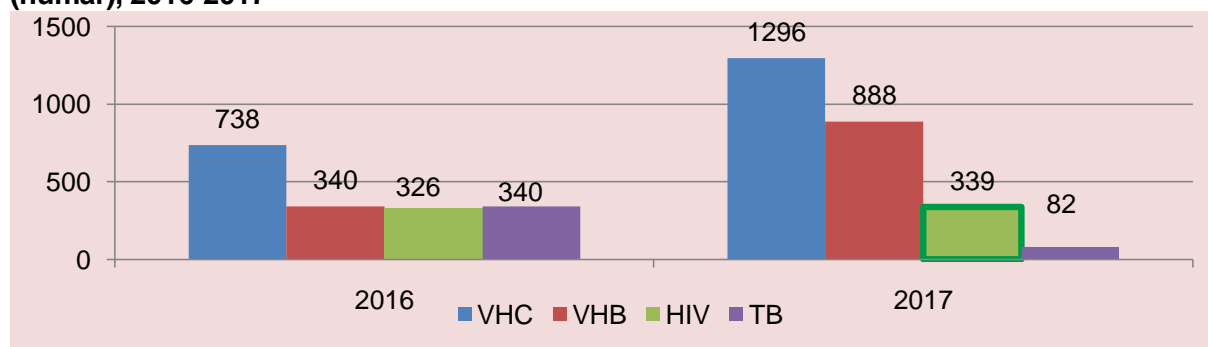
Din monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri* se observă faptul că 20% dintre consumatorii de droguri aflați în evidența serviciilor de asistență în mediu privativ de libertate, au recurs la injectarea drogului principal, cu 27,5% mai puțin față de anul 2016. Utilizarea în comun a echipamentului de injectare a fost declarată de 13,8% dintre cei care au menționat calea injectabilă ca modalitate de administrare a drogului consumat, cu 36,2% mai puțin comparativ cu anul anterior.

Referitor la bolile infecțioase asociate consumului de droguri injectabile declarate de beneficiarii serviciilor de asistență oferite în sistem privativ de libertate, 35 consumatori de droguri injectabile au declarat că sunt HIV+, 6 consumatori au afirmat că sunt infectați cu VHB, iar 40 consumatori cu VHC. Raportat la populația de consumatori de droguri injectabile, privați de libertate, consumatorii de droguri infectați cu VHC reprezintă mai mult de jumătate dintre aceștia (51,3%).

Conform datelor furnizate de către Administrația Națională a Penitenciarelor, la sfârșitul anului 2017, în rețeaua sistemului penitenciar se aflau 1296 deținuți (7,8% femei) cu VHC, 888 deținuți (1,2% femei) cu VHB, 339 deținuți (5,6% femei) cu HIV, precum și 82 deținuți (2,4% femei) cu tuberculoză. Comparativ cu anul anterior, se constată următoarele aspecte:

- creșterea cu 75,6% a numărului de deținuți cu VHC;
- creșterea de 2,6 ori a numărului de deținuți cu VHB;
- menținerea la o valoare apropiată celei observate anterior a numărului de deținuți cu HIV (+4%);
- scăderea cu 75,9% a numărului de deținuți cu tuberculoză.

Grafic 9 - 11: Evoluția populației încarcerate în funcție de bolile infecțioase identificate (număr), 2016-2017



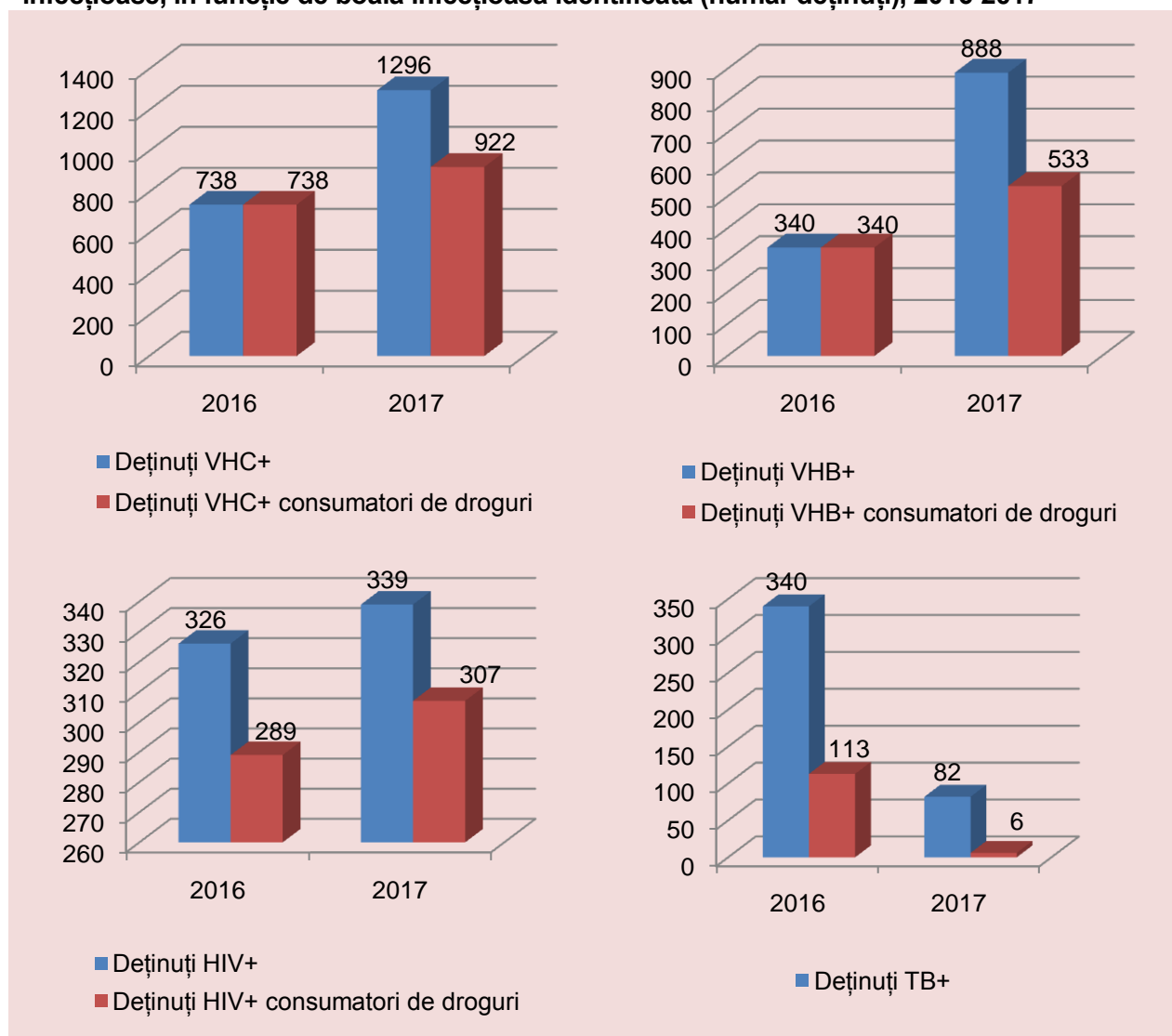
Sursa: ANP

Ponderea deținuților cu boli infecțioase care s-au declarat/ au fost identificați drept consumatori de droguri în rândul populației cu boli infecțioase, aflate în unitățile penitenciare la finele anului 2017, este de:

- 71,1% în rândul populației cu VHC;
- 60% în cadrul populației cu VHB;
- 90,6% în rândul populației cu HIV;
- 7,3% în cadrul populației cu tuberculoză (TB).

Comparativ cu anul 2016, se observă scăderea procentului de deținuți declarați/ identificați ca fiind consumatori de droguri în populația încarcerată cu VHC, VHB și tuberculoză, precum și menținerea la o valoare stabilă a procentului de consumatori de droguri în rândul populației cu HIV.

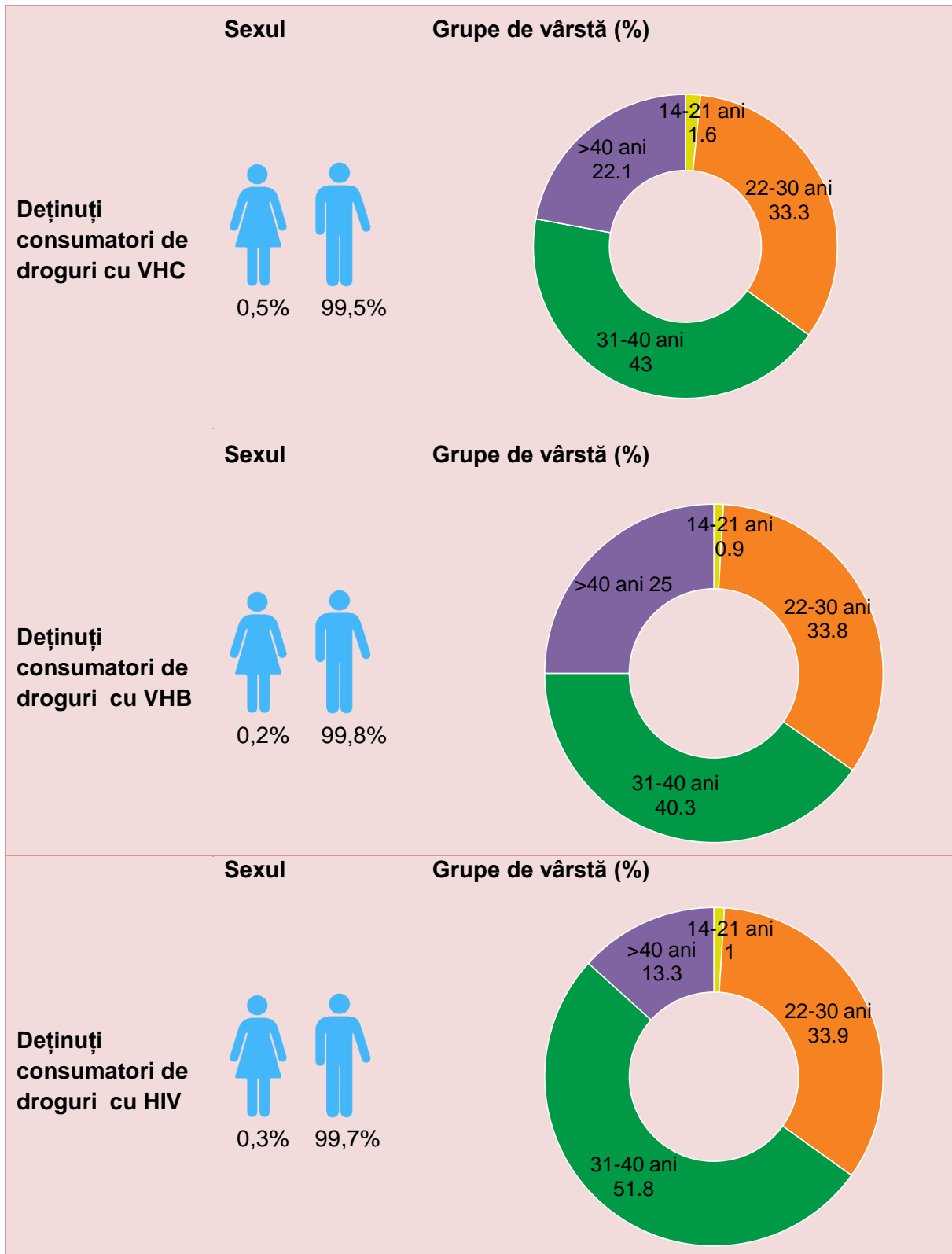
Grafic 9 - 12: Deținuți consumatori de droguri cu boli infecțioase vs. deținuți cu boli infecțioase, în funcție de boala infecțioasă identificată (număr deținuți), 2016-2017



Sursa: ANP

Caracteristicile socio-demografice ale deținuților consumatori de droguri cu VHC, VHB sau HIV evidențiază o populație preponderent masculină, cu vârsta cuprinsă în intervalul 31-40 ani.

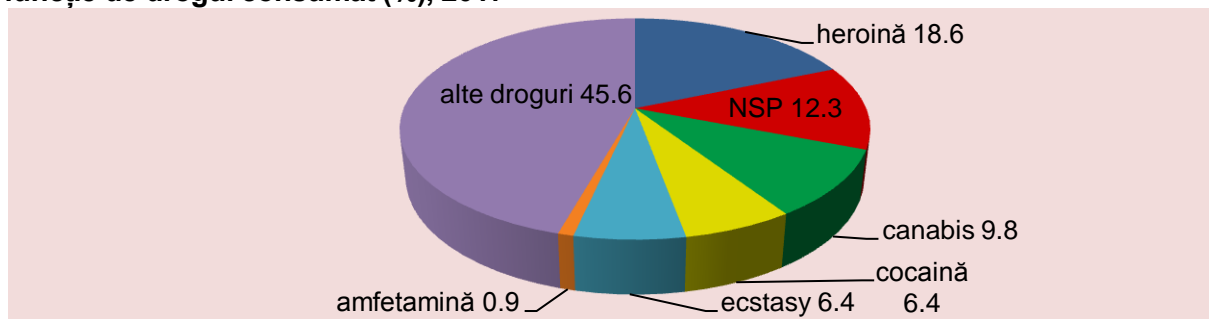
Tabel 9 - 2: Caracteristicile deținuților foști consumatori de droguri, identificați cu VHC, VHB sau HIV



Sursa: ANP

În anul 2017, 856 deținuți consumatori de droguri au necesitat tratament psihiatric, numărul acestora fiind de aproximativ 3 ori mai mare față de anul 2016 – 304 deținuți. Afecțiunile psihiatrice diagnosticate în cazul celor 856 deținuți sunt: tulburare de somn, tulburare de personalitate și tulburare anxioasă. Din cei 856 deținuți, 18,6% (159 deținuți) au consumat heroină, 12,3% (105 deținuți) au recurs la NSP, 9,8% (84 deținuți) au consumat cannabis, 6,4% (55 deținuți) – cocaină și 6,4% (55 deținuți) – ecstasy.

Grafic 9 - 13: Distribuția deținuților consumatori de droguri cu tratament psihiatric, în funcție de drogul consumat (%), 2017



Sursa: ANP

Referitor la decesele survenite în mediul penitenciar, în anul 2017 a fost înregistrat un deces a cărui cauzalitate a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri.

9.3. RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE

9.3.1. Cadrul legal și obiective privind consumatorii de droguri din penitenciar reflectate în politicile naționale (legislație, documente strategice și programe)

Similar anilor precedenți, activitatea desfășurată de structurile implicate în implementarea politicilor antidrog, s-a axat pe îndeplinirea obiectivelor stipulate în documentele programatice naționale și anume:

- Strategia Națională Antidrog 2013-2020 – în care sunt prevăzute 5 obiective specifice privind segmentul de asistență a consumatorilor de droguri și prin care se urmărește dezvoltarea serviciilor de asistență, inclusiv în mediul penitenciar.
- Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, prin Subprogramul IV⁹¹ - în care sunt cuprinse obiective specifice îndreptate și spre consumatorii de droguri aflați în custodia penitenciarelor.
- Programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 include Subprogramul VIII - *Dezvoltarea serviciilor de tip grup de suport pentru beneficiarii care au parcurs programul de tip comunitate terapeutică în penitenciar*, prin care se urmărește facilitarea reintegrării sociale a consumatorilor de droguri care au încheiat, în mediul penitenciar, programul de tip comunitate terapeutică.

⁹¹ A se vedea capitolul *Consecințe ale consumului de droguri în planul sănătății și răspunsuri instituționale – Răspunsuri privind consecințele asupra sănătății*

În anul 2017, a continuat implementarea prevederilor Strategiei naționale de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2015-2019, având un grad estimat de implementare de 47% din momentul adoptării acesteia⁹² până la finele anului de referință⁹³.

Prevederile Programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018⁹⁴, care urmăresc limitarea răspândirii bolilor infecțioase asociate și consumului de droguri, își continuă aplicabilitatea și în cadrul sistemului penitenciar. Astfel, *Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare* stipulează o serie de activități ce intră și în sfera de responsabilitate a cabinetelor medicale existente în unitățile penitenciare, în calitate de furnizori de servicii de asistență medicală primară. În cadrul *Programului național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA*, Spitalul Penitenciar Jilava este menționat printre unitățile care implementează acest program, pe segmentul de tratament și monitorizare a răspunsului terapeutic al bolnavilor cu infecție HIV/SIDA. De asemenea, *Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei* este implementat și în unitățile de specialitate din cadrul Spitalului Penitenciar Târgu Ocna și a Spitalului Penitenciar Jilava, cu respectarea prevederilor Strategiei Naționale de Control al Tuberculozei în România 2015-2020⁹⁵.

Programul național de sănătate mintală inclus în cadrul Programelor naționale de sănătate curativă pentru anii 2017 și 2018, asigură tratamentul de menținere a abstenenței cu agonisți și antagonisți de opiacee pentru persoanele cu toxico-dependență, inclusiv pentru cele aflate în custodia unităților penitenciare. Începând cu anul 2017, pot beneficia de acest program și persoanele aflate în curs de urmărire penală, arest preventiv. Totodată, pentru a putea derula acest program, unitățile medicale au obligativitatea de a răspunde la un chestionar de evaluare ce cuprinde criteriile privind structura organizatorică și cea de personal precum și criteriile privind dotarea acestora.

9.3.2. Răspunsuri la problemele de sănătate asociate consumului de droguri în mediul penitenciar

9.3.2.1. Asistența medicală în penitenciar

În cursul anului 2017, deținuții au beneficiat de 708877 consultații medicină generală, cu un număr mediu de consultații acordate, de 61 consultații/ zi. Monitorizarea de specialitate a fost asigurată atât prin intermediul penitenciarelor spital (16318 internări), cât și al rețelei sanitare publice (534 internări)⁹⁶.

În cazul deținuților consumatori de droguri injectabile identificați cu infecția cu VHC, 275 persoane au beneficiat de tratament în anul de referință, acesta constând în administrarea de medicamente hepatotrofe, multivitamine și tratament specific antiviral. În privința celor identificați cu infecția cu VHB, 61 persoane au urmat un tratament similar cu cel asigurat deținuților afectați de infecția cu VHC. În cadrul populației de consumatori de droguri

⁹² prin Hotărârea de Guvern nr. 389/27.05.2015

⁹³ Informație preluată din Raportul anual de activitate 2017 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-activitate-ANP-2017.pdf>

⁹⁴ A se vedea capitolul *Consecințe ale consumului de droguri în planul sănătății și răspunsuri instituționale – Răspunsuri privind consecințele asupra sănătății*

⁹⁵ adoptată prin H.G. nr. 121/2015

⁹⁶ date preluate din Raportul anual de activitate 2017 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-activitate-ANP-2017.pdf>

injectabile infectați cu HIV, 99 dintre aceștia s-au aflat în tratament antiretroviral, iar 7 deținuți au inițiat acest tratament în penitenciar. Dintre persoanele consumatoare de droguri injectabile, diagnosticate cu tuberculoză, un deținut s-a aflat în tratament în anul 2017. În baza recomandărilor medicale, tratamentul este disponibil tuturor deținuților afectați de bolile infecțioase menționate anterior.

Similar anului anterior, în sistemul penitenciar au fost desfășurate activități de testare pentru boli infecțioase (HIV, VHC, VHB), atât a deținuților consumatori de droguri, nou intrați în unitățile de detenție, cât și a celor aflați deja în penitenciar, pentru executarea pedepsei. Astfel, la depunerea în penitenciar au fost testați 166 deținuți (217 deținuți - 2017) pentru HIV, 215 deținuți (38 deținuți – 2017) pentru VHB și 365 deținuți (280 deținuți – 2017) pentru VHC. În cazul deținuților consumatori de droguri aflați în executarea pedepsei, au beneficiat de testare pentru HIV – 311 deținuți (706 deținuți – 2017), pentru VHB – 300 deținuți (753 deținuți – 2017), iar pentru VHC – 304 deținuți (760 deținuți – 2017).

În anul de referință, niciun deținut consumator de droguri injectabile nu s-a adresat programului de schimb de seringi disponibil în unitățile de detenție.

În ceea ce privește programele de prevenire a supradozei în rândul deținuților consumatori de droguri, personalul specializat din sistemul penitenciar a desfășurat 2 astfel de programe în anul 2017.

9.3.2.2. Servicii specializate pentru consumatorii de droguri aflați în detenție

A. Servicii de prevenire: informare – educare – consiliere privind consumului de droguri

În vederea limitării riscurilor de infestare cu boli infecțioase (VHC, VHB, HIV, TB), fiecare deținut, la depunerea în penitenciar, primește materiale informative privind modul de transmitere, prevenirea transmiterii și tratamentul bolilor infecțioase menționate anterior.

Pe parcursul anului 2017, personalul specializat din cadrul unităților penitenciare au implementat programe de prevenire a îmbolnăvirii cu VHC, VHB și HIV în rândul deținuților consumatori de droguri, și anume:

- „Dezvoltarea de atitudini, comportamente și comunicare în relația dependent-codependent”
- „Alege libertatea”
- „Educație pentru sănătate”
- „Program destinat persoanelor cu antecedente de consum de droguri”

De asemenea, la nivelul cabinetelor medicale au fost desfășurate ore de educație sanitară care au avut ca teme: „Prevenirea îmbolnăvirii cu HIV, VHB, VHC”, „Cum putem să ne îmbolnăvim de HIV, VHB, VHC”, „NU drogurilor”, „Efectele consumului de droguri”, „Combaterea consumului de droguri”, „Boli asociate consumului de droguri”, „Fără droguri în viața mea”.

Potrivit informațiilor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, 1539 persoane private de libertate au participat la activitățile și programele de educație privind drogurile desfășurate în cadrul unităților penitenciare pe parcursul anului 2017.

Totodată, structurile teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog au desfășurat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, o serie de proiecte locale privind prevenirea consecințelor și a riscurilor asociate consumului de droguri:

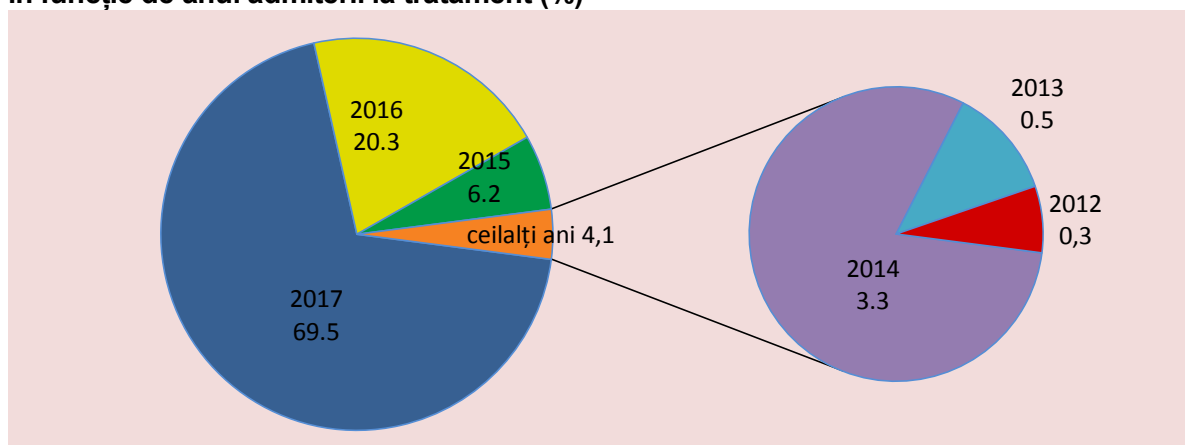
- Proiectul local „Sănătatea înseamnă libertate” – derulat în cadrul Penitenciarului Oradea, a constat în 40 întâlniri de care au beneficiat 220 deținuți. Prin acest proiect s-a urmărit prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor aflate în stare privativă de libertate.
- Proiectul local „Etnobotanicele – aspecte generale și specifice” – implementat în cadrul Penitenciarului Slobozia, a fost constituit din 2 sesiuni de lucru de care au beneficiat 11 persoane aflate în stare privativă de libertate.

B. Servicii de asistență

Deținuții consumatori de droguri pot beneficia de servicii de asistență acordate de personalul specializat al Administrației Naționale a Penitenciarelor, cât și de specialiștii din Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog ale Agenției Naționale Antidrog. Serviciile psihosociale sunt disponibile în toate unitățile subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor, în timp ce, programul de tratament substitutiv cu metadonă este derulat în 11 unități penitenciare, și anume: Penitenciarul Spital București-Rahova, Penitenciarul Spital București-Jilava, Penitenciarul București-Rahova, Penitenciarul București-Jilava, Penitenciarul Constanța-Poarta Albă, Penitenciarul Craiova, Penitenciarul Iași, Penitenciarul Mioveni, Penitenciarul Giurgiu, Penitenciarul Ploiești-Târgșorul Nou și Penitenciarul Mărgineni.

Potrivit datelor rezultate din monitorizarea de rutină a indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri*, la sfârșitul anului 2017, 390 consumatori de droguri (14,1% femei) se aflau în evidența serviciilor de asistență disponibile în regim privativ de libertate. Jumătate dintre aceștia (50,3%) a beneficiat de asistență în arestul poliției. Peste 2/3 (69,5%) dintre beneficiarii serviciilor de asistență oferite în mediul privativ de libertate le-au accesat în anul 2017: 42,4% în unitățile sistemului penitenciar, iar 57,6% în arestul poliției.

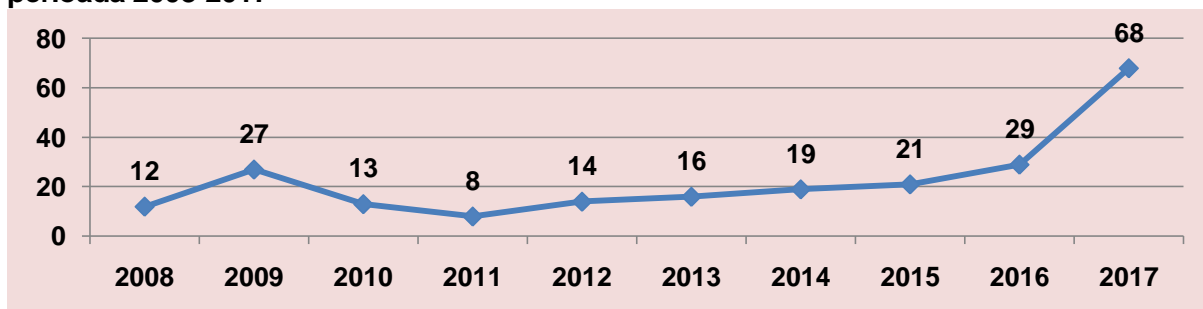
Grafic 9 - 14: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii în anul 2017, în funcție de anul admiterii la tratament (%)



Sursa: ANP și ANA

Pe parcursul anului 2017, programul de menținere a abstenenței cu metadonă (OST) acordat în regim privativ de libertate, a fost accesat de 68 beneficiari, doza medie zilnică utilizată fiind de 33 mg. Numărul deținuților care au beneficiat de acest program a crescut de 2,3 ori față de anul precedent.

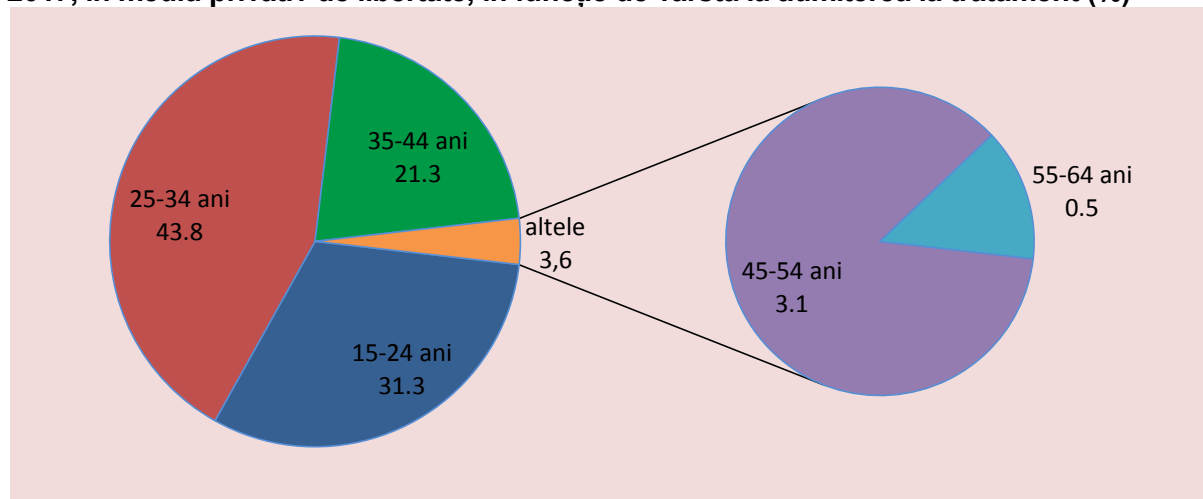
Grafic 9 - 15: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2017



Sursa: ANP și ANA

Raportat la vârsta consumatorilor de droguri aflați în asistență la finele anului 2017, 44,4% se încadrează în intervalul de vârstă 25-34 ani, 35,4% au vârsta cuprinsă în intervalul 15-24 ani, 17% se situează în grupa de vârstă 35-44 ani, iar 3,2% în intervalul 45-59 ani.

Grafic 9 - 16: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta la admiterea la tratament (%)

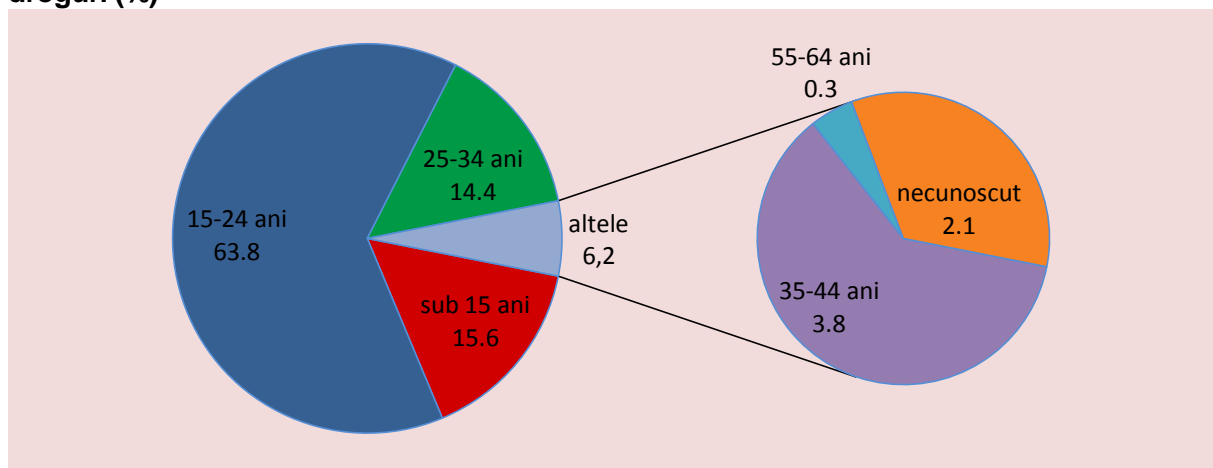


Sursa: ANA

Analizând vârsta de debut în consumul de droguri, declarată de consumatorii de droguri la admiterea la tratament în mediul privativ de libertate, se remarcă faptul că aproximativ 2/3 dintre aceștia au inițiat consumul de substanțe psihoactive la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-24 ani.

De asemenea, 15,6% au consumat droguri pentru prima dată în viață, la o vârstă situată sub 15 ani.

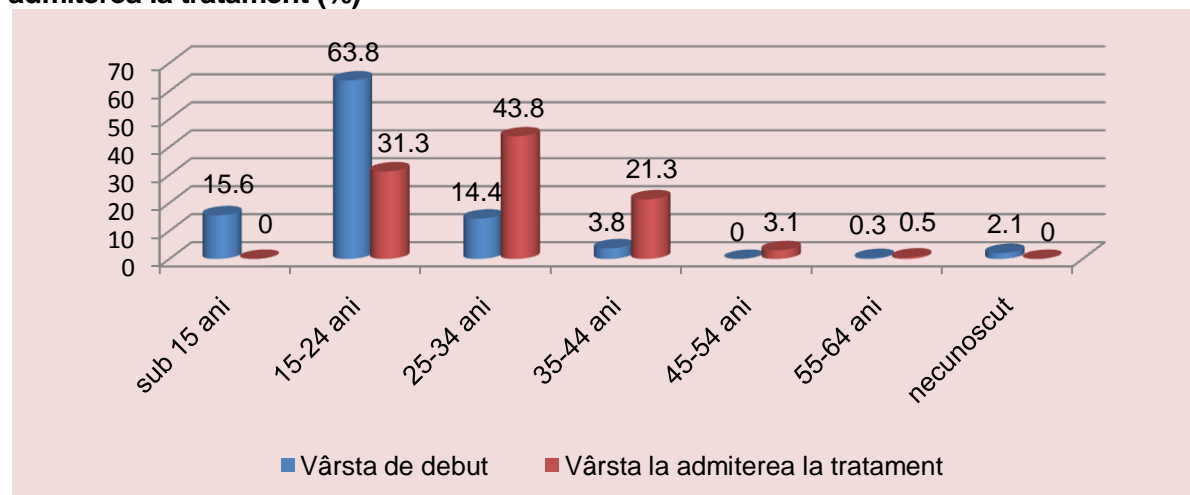
Grafic 9 - 17: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta la debutul în consumul de droguri (%)



Sursa: ANA

Comparând vârsta de debut cu cea împlinită la accesarea serviciilor specifice oferite în mediul privativ de libertate, se constată faptul că, deși inițierea în consumul de droguri survine, cu precădere, la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-24 ani, 43,8% dintre beneficiarii care au solicitat sprijin specializat pentru tratamentul problemelor cauzate de consumul de droguri aveau vârsta cuprinsă între 25-34 ani.

Grafic 9 - 18: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta de debut și vârsta la admiterea la tratament (%)

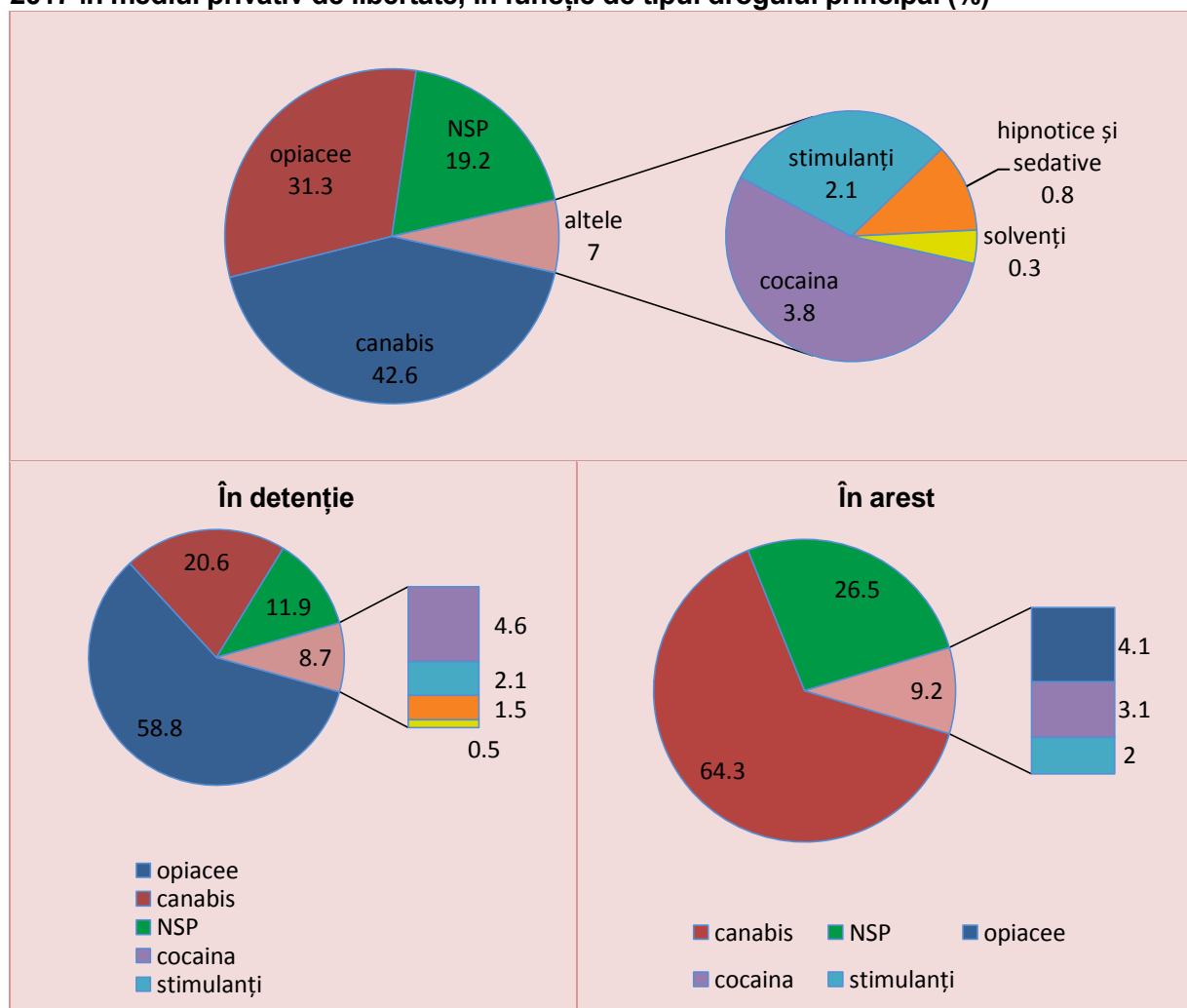


Sursa: ANA

Accesarea serviciilor specializate în mediul privativ de libertate a fost determinată, preponderent, de consumul de cannabis, acesta fiind urmat de consumul de opiacee și cel de noi substanțe psihoactive. Comparativ cu anul precedent când mediul privativ de libertate era reprezentat în proporție de 98,3% de unitățile penitenciare, în anul 2017, situația s-a echilibrat, ponderea serviciilor oferite în arestul poliției fiind aproximativ egală cu cea a serviciilor accesate în rețeaua sistemului penitenciar. În funcție de mediul privativ de libertate, se constată că solicitarea de asistență pentru consumul de cannabis este mai mare (64,3%) în centrele de arest ale poliției, în timp ce, în unitățile sistemului penitenciar domină

(58,8%) cererile de asistență ca urmare a consumului de opiacee (heroină – 68,4% și metadonă – 31,6%). În privința noilor substanțe psihoactive, se constată că serviciile de asistență sunt accesate, în mai mare măsură, în arestul poliției (26,5%) decât în unitățile penitenciare (11,9%).

Grafic 9 - 19: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de tipul drogului principal (%)



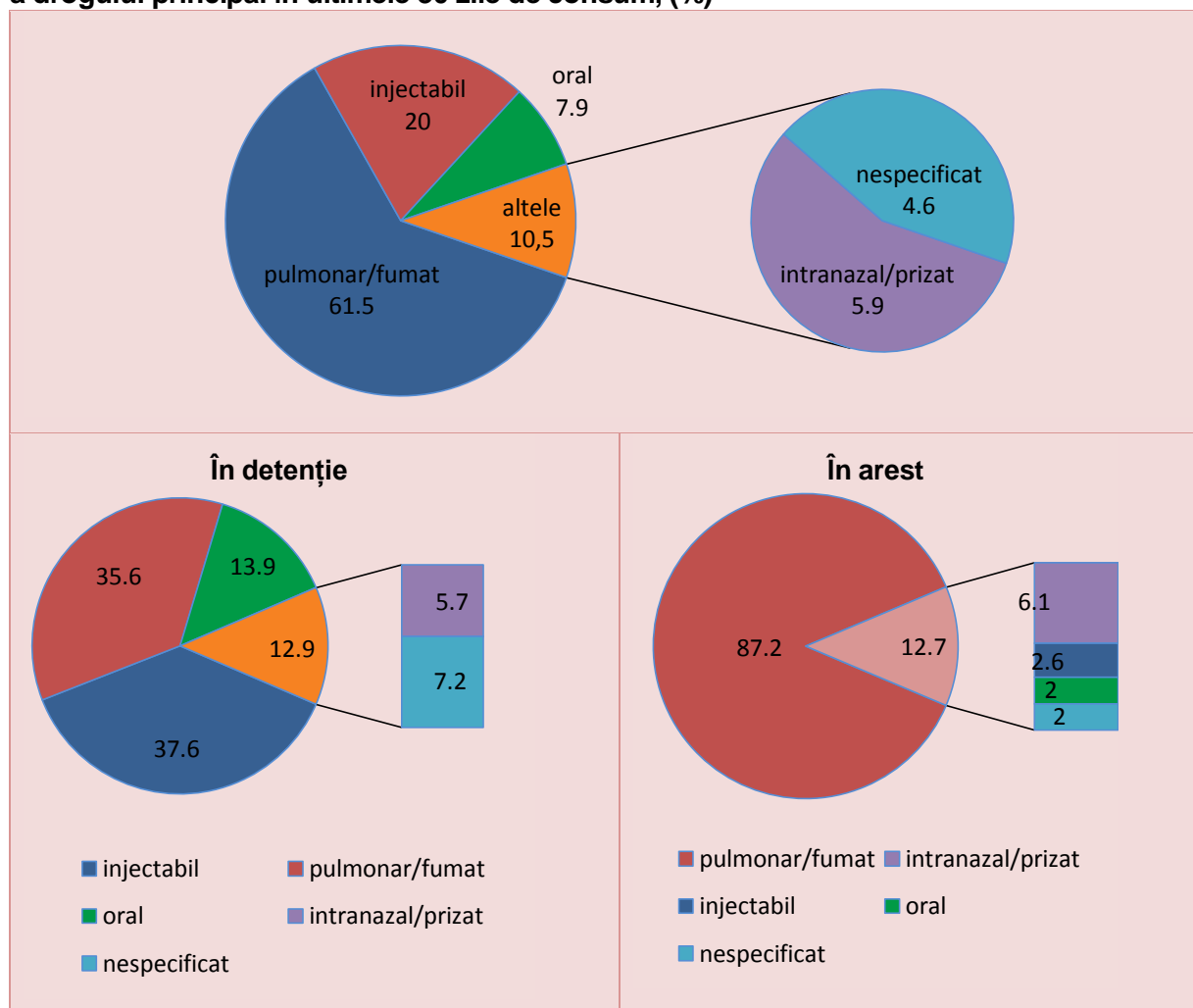
Sursa: ANA

În privința modului de administrare a drogului, 61,5% dintre consumatorii de droguri, admiși la tratament în regim privativ de libertate, au consumat drogul principal prin fumare/ inhalare. Drogurile consumate prin fumare/ inhalare au fost canabisul (163 beneficiari), noile substanțe psihoactive (62 beneficiari), opiaceele (11 beneficiari) și cocaina (4 beneficiari). De asemenea, 20% dintre beneficiarii privați de libertate au recurs la administrarea drogului prin injectare, în acest caz drogurile consumate, cu precădere, fiind opiaceele (73 beneficiari) și noile substanțe psihoactive (4 beneficiari). Administrarea orală a drogului a fost declarată de 7,9% dintre beneficiari pentru consumul, preponderent, de opiacee (21 beneficiari).

În funcție de mediul privativ de libertate, se observă faptul că majoritatea (87,2%) consumatorilor de droguri aflați în arestul poliției au fumat/ inhalat drogul principal în timp ce în penitenciar ponderea (35,6%) celor care au declarat consum de droguri prin fumat/ inhalat

este apropiată de ponderea celor care și-au administrat drogul principal prin injectare (37,6%).

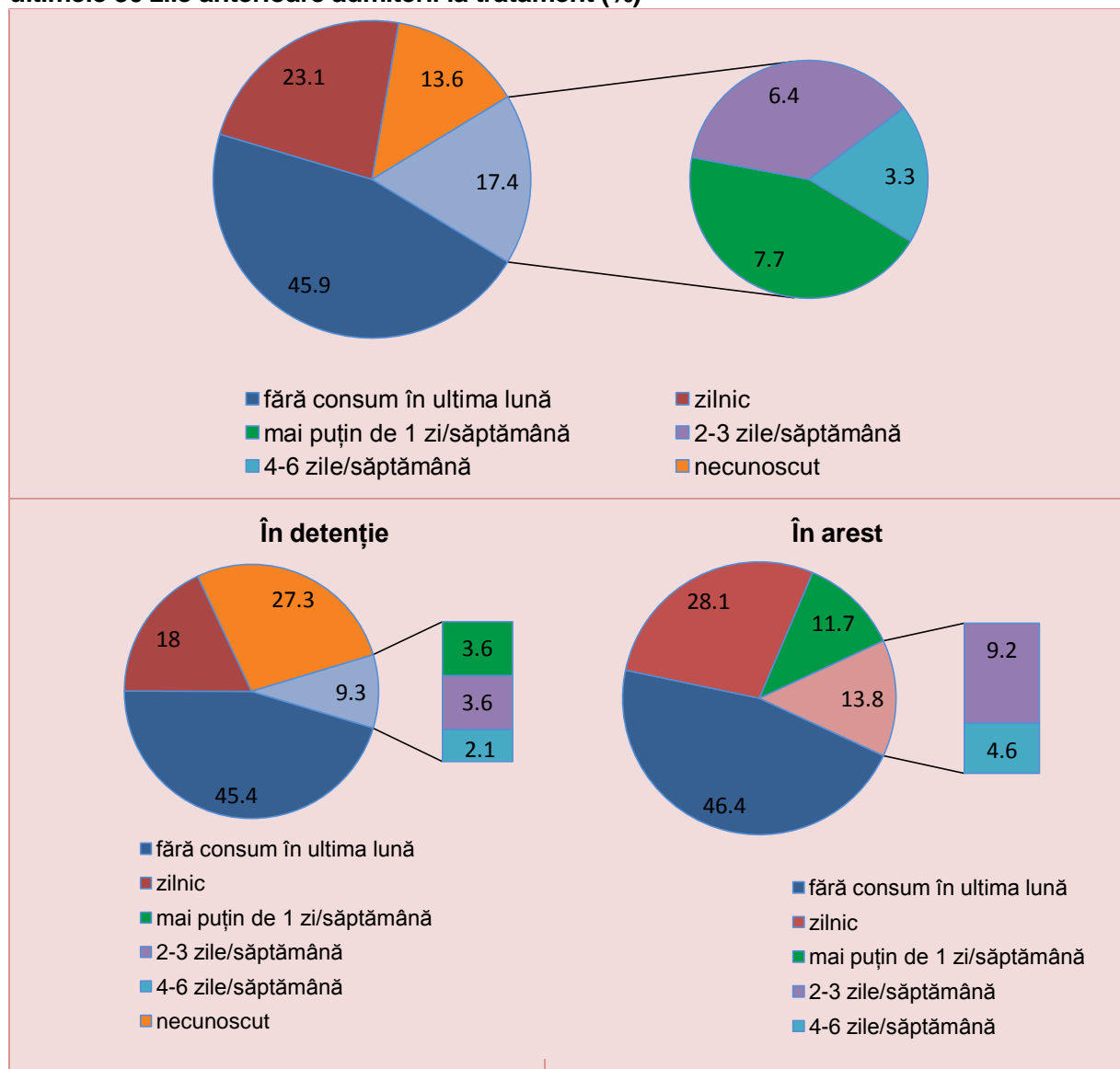
Grafic 9 - 20: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum, (%)



Sursa: ANA

Variabila *frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare admitterii la tratament* în mediul privativ de libertate, indică faptul că 45,9% dintre beneficiari nu au consumat droguri în ultima lună premergătoare includerii în programul de asistență, posibil, datorită statutului de persoană privată de libertate. În privința abținentei consumului de droguri, nu există diferențe majore între beneficiarii aflați în arestul poliției (46,4%) și cei aflați în custodia unităților penitenciare (45,4%). Consumul zilnic de droguri a fost declarat de 23,1% dintre beneficiari, fiind menționat, în mai mare măsură, de persoanele aflate în arestul poliției (28,1%) decât de beneficiarii serviciilor de asistență furnizate în penitenciar (18%). În acest caz, procentul celor care au consumat droguri în fiecare zi din ultima lună anterioară admitterii la tratament a scăzut cu 6,6% față de anul 2016.

Grafic 9 - 21: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare aditerii la tratament (%)

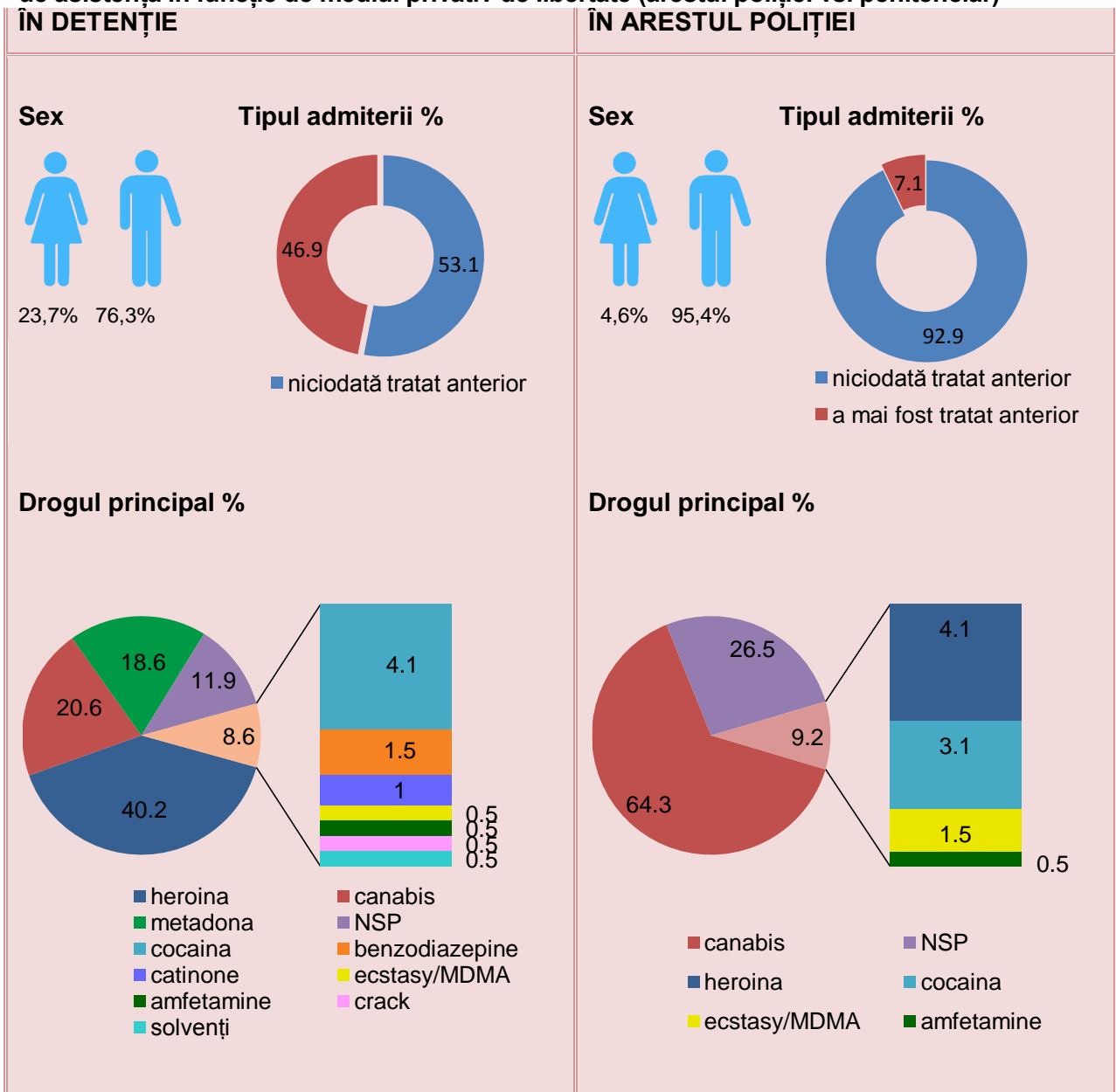


Sursa: ANA

Având în vedere aspectele socio-demografice și cele legate de istoricul și comportamentul de consum, prezentate anterior, consumatorul de droguri, beneficiar al serviciilor de asistență oferite în mediul privativ de libertate, are următorul profil:

- este de sex masculin (85,9%)
- are vârstă cuprinsă în intervalul 25-34 ani (44,4%)
- a fost admis la tratament pentru consum de canabis (42,6%)
- a inițiat consumul de droguri la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-24 ani (63,8%)
- calea cea mai frecventă de administrare a drogului în ultima lună de consum a fost cea pulmonară/ fumat (61,5%)
- nu a consumat droguri în luna anterioară aditerii la tratament (45,9%)

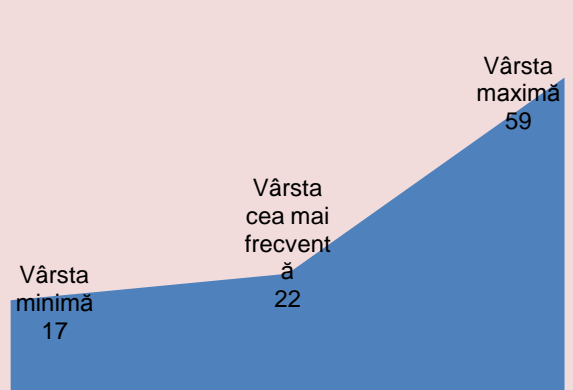
Tabel 9 - 3: Caracteristicile populației de consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență în funcție de mediul privativ de libertate (arestul poliției vs. penitenciar)



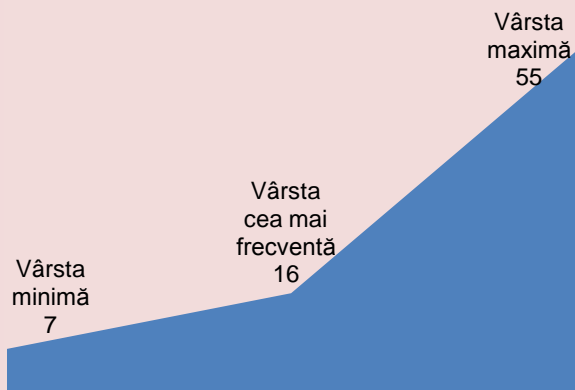
Vârsta la admiterea în tratament



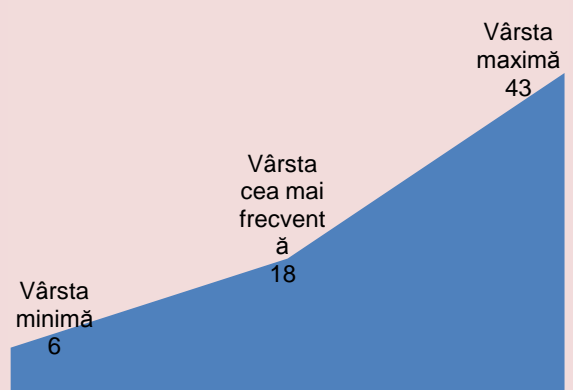
Vârsta la admiterea în tratament



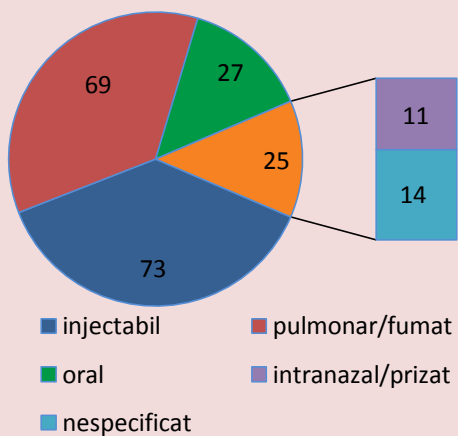
Vârsta la debutul în consumul de droguri



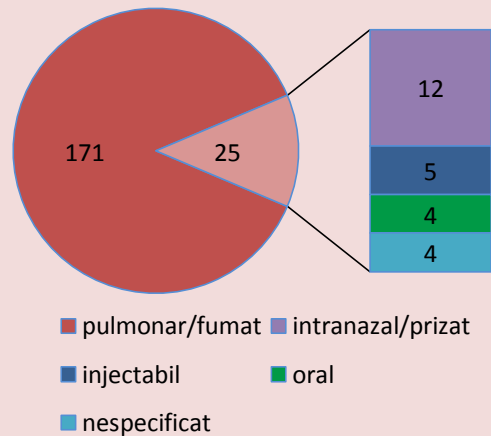
Vârsta la debutul în consumul de droguri



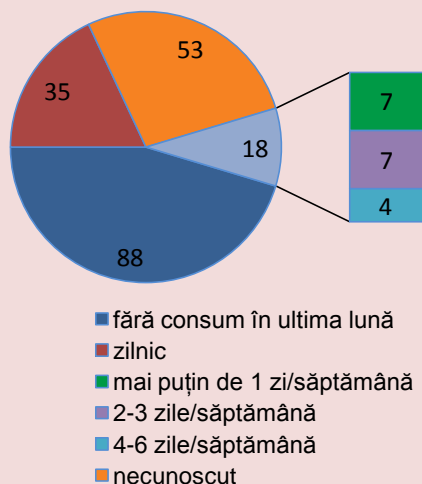
Calea principală de administrare a drogurilor (număr beneficiari)



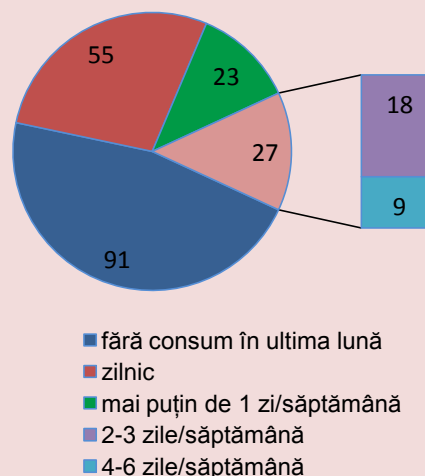
Calea principală de administrare a drogurilor (număr beneficiari)



Frecvența consumului în luna anterioară admiterii la tratament (nr. cazuri)



Frecvența consumului în luna anterioară admiterii la tratament (nr. cazuri)



Sursa: ANA

De asemenea, în anul 2017, specialiștii Centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog au implementat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, proiecte locale destinate deținuților cu antecedente în consumul de droguri, după cum urmează:

- Proiectul local „Viața și sănătatea ta sunt pe primul loc” – inițiat de Penitenciarul Aiud, a constat în desfășurarea a 9 întâlniri la care au participat 33 deținuți consumatori de alcool sau droguri ilegale care, în momentul săvârșirii faptei, s-au aflat sub influența drogurilor consumate, în special, alcool.
- Proiectul local „Comunicarea îndepărtează izolarea” – implementat în cadrul Penitenciarului Bacău, a constat în organizarea a 31 ateliere de lucru non-formale prin care s-a urmărit dezvoltarea abilităților de comunicare pentru 120 deținuți cu antecedente în consumul de alcool sau de droguri.
- Proiectul local „Puterea de a alege este în mâinile tale!” – desfășurat în cadrul Penitenciarului Brăila, a constat în organizarea a 21 întâlniri informative la care au participat 81 deținuți consumatori de droguri. Scopul acestui proiect a fost acela de a asigura asistența integrată pentru consumatorii de droguri aflați în unitățile penitenciare și de a asigura continuitatea intervențiilor de asistență după momentul liberării.
- „Programul de asistență psihosocială destinat persoanelor cu antecedente în toxicomanie”, derulat în Penitenciarul Slobozia, a constat în organizarea a 26 ședințe de care au beneficiat 13 deținuți consumatori de droguri;

Conform informațiilor furnizate de Administrația Națională a Penitenciarelor, în anul 2017, 719 persoane private de libertate au fost incluse în programe de asistență psihologică și socială destinate consumatorilor de droguri. Programele de intervenție de tip terapeutic sunt structurate în cel puțin 24 ședințe, sunt coordonate de psiholog și se axează pe atingerea următoarelor obiective:

- prevenirea consumului de droguri
- conștientizarea cauzelor care au determinat consumul de droguri
- formarea abilităților de gândire independentă și critică
- creșterea capacității de auto-exprimare emoțională
- îmbunătățirea autocontrolului
- dezvoltarea atitudinilor pozitive față de sănătate și contrare consumului de droguri

- dezvoltarea abilităților și resurselor personale
- întărirea respectului de sine
- dezvoltarea abilităților de comunicare și comportament asertiv
- prevenirea decompensărilor.

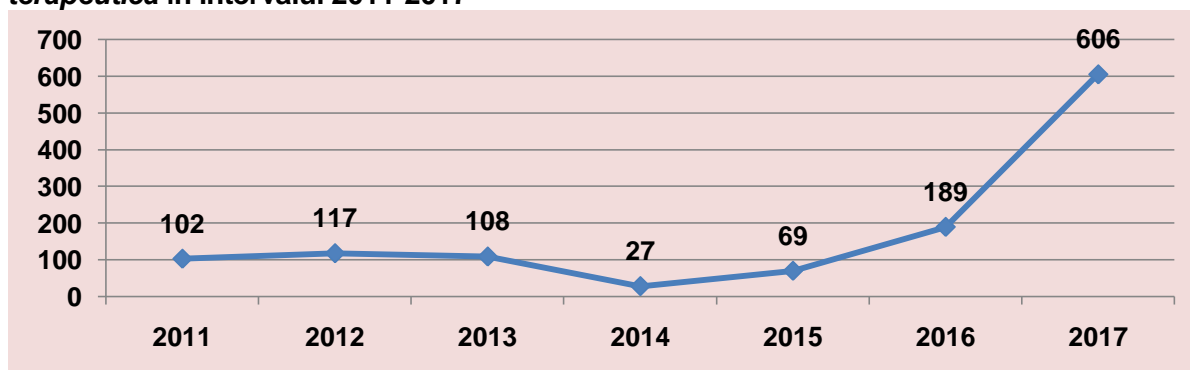
Comunitățile terapeutice

În mediul penitenciar, funcționează 3 comunități terapeutice (în penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor) în cadrul cărora sunt derulate următoarele programe și activități:

- programe și activități de educație, asistență psihologică și asistență socială (Educație civică, Universul cunoașterii, Programul destinat persoanelor cu antecedente în toxicomanie, Programul de pregătire pentru liberare, Educație prin sport)
- activități gospodărești
- activități sportive
- activități de informare educație sanitară,
- convorbiri individuale
- consiliere psihologică
- consiliere socială
- competiții sportive (rummy, șah, table)
- activități recreative (piese de teatru, ieșiri în comunitate, vizite la muzee, organizarea de expoziții cu obiecte confecționate de rezidenți)
- activități de creație (navomodelism, origami, firart, quilling, tablouri, obiecte decorative)

În cursul anului 2017, 606 deținuți au finalizat programul de tip Comunitate terapeutică, iar 182 deținuți au fost evaluați spre a fi incluși în acest program. Tendința conturată începând cu anul 2015, se menține și în anul de referință, numărul persoanelor care au încheiat programul de tip Comunitate terapeutică fiind aproximativ de 3 ori mai mare decât în anul 2016.

Grafic 9 - 22: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip *Comunitate terapeutică* în intervalul 2011-2017



Sursa: ANP

9.3.2.3. Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar

C. Servicii pentru reintegrarea socială după liberarea din penitenciar

În conformitate cu actele normative în vigoare, în toate unitățile sistemului penitenciar din România este implementat Programul de pregătire pentru liberare care se adresează întregului efectiv de deținuți inclusiv consumatorilor de droguri.

Agenția Națională Antidrog prin centrele sale teritoriale, a implementat, în parteneriat cu unitățile penitenciare, o serie de activități, cu caracter local, în vederea facilitării inserției sociale a deținuților post liberare și anume:

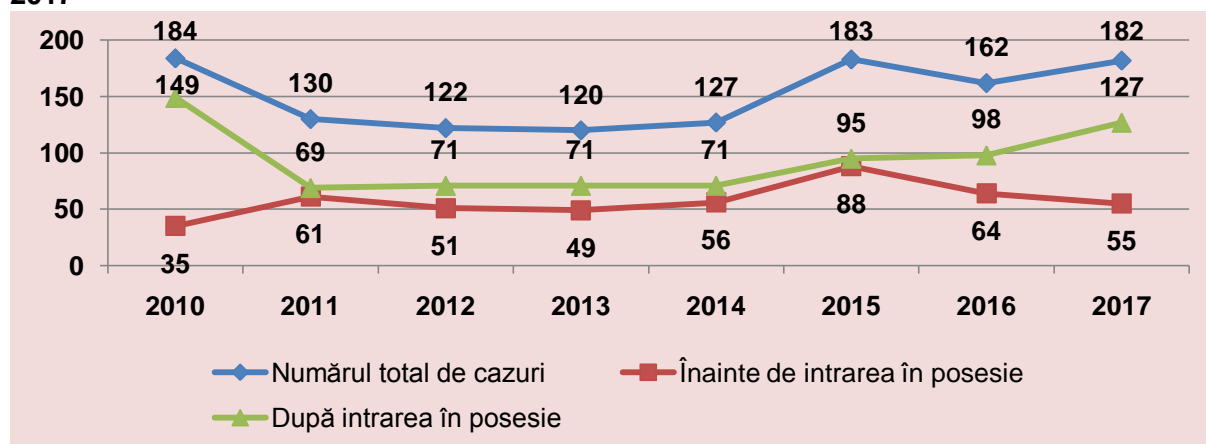
- „Drogurile și familia, dincolo de gratii” implementat în cadrul Penitenciarului Timișoara, a constat în 15 activități de dezvoltare a abilităților de viață independentă, 3 activități în comunitate și 2 ședințe de consiliere psihologice de care au beneficiat 10 deținuți consumatori de droguri și, indirect, 50 aparținători ai deținuților.
- „Programul de pregătire pentru liberare” desfășurat în incinta Penitenciarului Slobozia sub forma a 12 întâlniri interactive de care au beneficiat 94 deținuți.

9.4 ALTE INFORMAȚII DE INTERES

9.4.1. Piața drogurilor în penitenciar

În cursul anului 2017, au fost înregistrate 182 cazuri de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, cu 12,3% mai mult față de anul precedent. Dintre acestea, 55 cazuri (30,2%) au fost identificate înainte de intrarea în posesie, iar 127 cazuri (69,8%) după intrarea în posesia deținuților. Comparativ cu anul anterior, se constată scăderea cu 14,1% a cazurilor descoperite înainte de intrarea în posesia deținuților și creșterea cu 29,6% a cazurilor descoperite după intrarea în posesie.

Grafic 9 - 23: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2017⁹⁷



Sursa: ANP

Locurile în care au fost descoperite drogurile sunt, în principal, camera de detenție (46,2% - 84 cazuri), sectorul de vizită (23,1% - 42 cazuri) și postul de control (6% - 11 cazuri). De asemenea, au mai fost descoperite droguri în corespondență, pe holul secției, în curtea destinată plimbărilor zilnice, în clubul persoanelor private de libertate, în punctul de primire al deținuților.

⁹⁷ Date preluate din Raportul anual de activitate 2017 al Administrației Naționale a Penitenciarelor, disponibil la adresa: <http://anp.gov.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-activitate-ANP-2017.pdf>

9.5. CONCLUZII

- Ponderea deținuților care au declarat consum de droguri la depunerea în penitenciar este de 9,3% în populația persoanelor aflate în custodia unităților penitenciare la data de 31 decembrie 2017;
- Drogul consumat, cu precădere, înainte de intrarea în detenție rămâne heroina fiind urmată de noile substanțe psihoactive și cannabis;
- Heroina reprezintă cel mai consumat drog și în rândul deținuților care s-au declarat consumatori de droguri sau au fost identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției;
- Majoritatea beneficiarilor aflați în regim privativ de libertate la sfârșitul anului 2017, au accesat serviciile de specialitate în anul 2017;
- Drogul principal pentru care a fost solicitată asistență de specialitate este diferit în funcție de mediul privativ de libertate:
 - în arestul poliției: admiterea la tratament a fost determinată de consumul de cannabis
 - în penitenciar: admiterea la tratament a fost determinată de consumul de opiacee, în special heroină
- Segmentul de vârstă 15-24 ani reprezintă intervalul de vârstă cel mai expus riscului de inițiere a consumului de substanțe psihoactive;

10. CERCETARE

10.1. REZUMAT

Cercetarea în domeniul drogurilor este realizată, în principal, de instituții și autorități publice, dar și de către organizații neguvernamentale, rezultatele fiind diseminate prin intermediul *website*-urilor și revistelor de specialitate. Atât instituțiile și autoritățile publice, cât și organizațiile neguvernamentale pot beneficia de fonduri externe, din partea unor finanțatori, cum ar fi: Comisia Europeană, Banca Mondială, Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, Open Society Institute, UNICEF, UNODC.

Unul dintre obiectivele Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2013-2020 este reprezentat de “promovarea cercetării științifice ca nucleu de bază în definirea și dezvoltarea răspunsurilor în domeniu”. Obiectivul este implementat prin activități prevăzute în Planul Național de Acțiune pentru perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 784/ 2013, odată cu Strategia Națională Antidrog pentru perioada 2013 – 2010, prin derularea de studii specifice în rândul diferitelor categorii de populație (GPS, ESPAD, populație tânără, grupuri vulnerabile) și, de asemenea, prin studii locale și regionale. Acestea sunt realizate, în principal, în baza metodologiilor dezvoltate de Agenția Națională Antidrog și aprobate de Comisia de etică a Consiliului Științific din cadrul Agenției Naționale Antidrog.

Strategia Nationala Antidrog prevede o direcție de acțiune, intitulată “Cercetare, evaluare, informare”, având ca obiective specifice:

1. Consolidarea sistemului de colectare și analiză a datelor din domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri;
2. Dezvoltarea unei baze solide de date, validate științific, în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri;
3. Consolidarea sistemului de raportare a datelor din domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri;
4. Consolidarea rolului Agenției Naționale Antidrog în cadrul rețelei REITOX a Uniunii Europene și ca structură unică de colectare și diseminare de date în domeniul drogurilor la nivel național;
5. Consolidarea rolului Agenției Naționale Antidrog ca structură unică de colectare și diseminare de date în domeniul precursorilor de droguri;
6. Promovarea cercetării științifice ca nucleu fundamental în definirea și dezvoltarea măsurilor de răspuns la fenomenul drogurilor;
7. Diseminarea de date valide și comparabile la nivel național și european.

La propunerea Agenției Naționale Antidrog, în anul 2015, Guvernul României a aprobat Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018⁹⁸, în cadrul căruia este prevăzut un subprogram adresat cercetării în domeniul adicțiilor. Unul dintre obiectivele specifice ale acestuia vizează promovarea cercetării științifice, ca nucleu fundamental în definirea și dezvoltarea măsurilor de răspuns la fenomenul drogurilor, propunându-se implementarea unor studii și cercetări la

⁹⁸ Hotărârea Guvernului nr. 684/2015 privind aprobarea Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 3 septembrie 2015

nivel național, regional și local, în diferite grupuri populaționale, de la populația generală, la populația consumatoare de droguri.

Agenția Națională Antidrog utilizează site-ul și rapoartele sale, dar și revistele științifice ca principale canale de diseminare a rezultatelor studiilor derulate în domeniul drogurilor.

Ținând cont că fundamentarea politicilor pe date probate științific a devenit o practică la nivel internațional, activitatea Agenției Naționale Antidrog în domeniu este sprijinită de un Consiliul Științific (bazat pe modelul Observatorului European de Droguri și Toxicomanii), care se reunește, de regulă, în fiecare an. Acest organism are rol consultativ în dezvoltarea, promovarea și valorificarea activității științifice din domeniul drogurilor. Actualul Consiliu științific al Agenției Naționale Antidrog și-a început mandatul în luna decembrie 2016 și reunește personalități marcante din domeniile medicinei, toxicologiei, sociologiei, psihologiei, criminologiei, științelor juridice.

În anul 2017, au fost supuse avizării Comisiei de Etică din cadrul Consiliului Științific al Agenției Naționale Antidrog protocoalele de cercetare pentru următoarele studii:

- Studiul “Anchetă de supraveghere comportamentală și serologică (BSS-Behavioural Surveillance Survey) în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București 2017”
- Studiul „Consumul de droguri în penitenciar”

În urma analizei, cele 2 protocoale de cercetare au primit aviz favorabil.

Totodată, în luna decembrie 2017, a avut loc Reuniunea anuală a Consiliului Științific al Agenției Naționale Antidrog.

Pe agenda întâlnirii au fost înscrise teme, precum:

- Prezentarea Raportului anual de activitate al Consiliului Științific al Agenției Naționale Antidrog
- Problematika drogurilor la nivel european
- Situația drogurilor în România
- Consumul de cannabis în România – situație și răspunsuri
- Prezentarea Planului de cercetare al Agenției Naționale Antidrog pentru anul 2018
- Prezentarea proiectului de evaluare a Planului de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2013-2016.

10.2.Principalele instituții/ organizații care realizează cercetări în domeniu:

- Agenția Națională Antidrog
- Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof. Dr. Matei Balș”
- Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București
- Institutul de Cercetare a Calității Vieții
- Institutul de Sociologie al Academiei Române
- Universitatea de Medicină și Farmacie București
- Universitatea București
- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
- Romanian Angel Appeal

- Asociația Română Anti-SIDA
- Asociația Carusel
- Romanian Harm Reduction Network
- Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România - Comitetul Helsinki

10.3.Principalii finanțatori

- *Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică* finanțează proiecte de cercetare ale instituțiilor guvernamentale în cadrul programelor de cercetare de excelență.
- Organizațiile neguvernamentale beneficiază de fonduri externe având ca finanțatori: *Banca Mondială, Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, Fundația Soros, UNICEF, UNODC*
- Uniunea Europeană oferă granturi pentru proiecte care vizează studii transnaționale în domeniul politicii antidrog. Sunt eligibile autoritățile publice locale, regionale și naționale, ONG-urile, asociațiile, instituțiile de educație, universitățile, centrele de cercetare și sindicatele.
- Agenția Națională Antidrog a implementat mai multe proiecte finanțate prin fonduri PHARE (PHARE–EMCDDA "Participarea României și Bulgariei la activitățile EMCDDA"), fonduri UN și Fondul Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, dar și cu finanțare de la bugetul de stat, prin intermediul programului de cercetare de excelență.

10.4 Principalele publicații în domeniu

În România, publicațiile științifice orientate către cercetarea în domeniul drogurilor sunt încă limitate. Cu toate acestea, diferite reviste publică subiecte de interes în domeniul sănătății publice și științelor sociale. Revistele prezentate mai jos au inclus articole bazate pe proiecte de cercetare derulate în domeniul reducerii cererii de droguri.

Tabel 10- 1: Principalele publicații în domeniu

Nume	Domeniu	Limbă	Sumar
Studii în domeniul drogurilor	Științe sociale	Română	Română
Calitatea vieții	Științe sociale	Română	Română, Engleză
Revista Română de Sociologie	Sociologie	Română	Română, Engleză
Revista Sociologie Românească	Sociologie	Română	Română, Engleză
Management în sănătate	Sănătate	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de psihologie	Științe sociale	Română	Română, Engleză
Revista Română de psihiatrie	Sănătate	Română	Română, Engleză
Revista Română de medicină legală	Sănătate	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista Inovația socială	Sociologie	Română	Română, Engleză
Revista Caiete sociologice	Sociologie	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de Cercetare și Intervenție Socială	Științe sociale	Română, Engleză	Română, Engleză
Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România	Sănătate	Română	Română
Revista de asistență socială	Științe sociale	Română, Engleză	Română, Engleză
GERMS	Health	Romanian, English	English
National Research Database	Health	English	English

Sursa: ANA

10.5 Principalele site-uri care oferă informații în domeniul cercetării

- [Agenția Națională Antidrog](#)
- [Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice](#)
- [Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale](#)
- [Ministerul Sănătății](#)
- [ALIAT](#)
- [ARAS](#)
- [Romanian Harm Reduction Network](#)
- [Carusel](#)

10.6 Cele mai recente cercetări realizate

Publicate:

Agenția Națională Antidrog (2016). Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri ESPAD – 2015. *Studii în domeniul drogurilor, 1, (2)*. <http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD%202015.pdf>

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

LISTA GRAFICELOR

Grafic 1 - 1: Distribuția teritorială a ordonanțelor de evaluare emise de DIICOT, date comparate 2014 – 2017 (nr.)	12
Grafic 1 - 2: Distribuția persoanelor pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de statutul juridic, date comparate 2014 – 2017 (nr.).....	12
Grafic 1 - 3: Distribuția numărului de persoane pentru care au fost emise ordonanțe de evaluare, în funcție de acordul/ dezacordul evaluării, date comparate 2014 – 2017 (nr.).....	13
Grafic 1 - 4: Distribuția numărului de persoane care au fost incluse în circuitul de asistență integrată pentru consumatorii de droguri, din numărul total de persoane evaluate, date comparate 2014 – 2017	13
Grafic 1 - 5: Evoluția rezultatelor măsurilor de ordin legal aplicate în urma controalelor efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2017	15
Grafic 1 - 6: Evoluția cantităților de noi substanțe cu proprietăți psihoactiv confiscate ca urmare a aplicării prevederilor Ordinului comun, date comparate 2012-2017	15
Grafic 1 - 7: Evoluția amenzilor aplicate în urma controalelor, efectuate în baza Ordinului comun, date comparate 2012-2017.....	16
Grafic 1-7: Evoluția bugetului (RON) Agenției Naționale Antidrog pentru derularea programelor/ proiectelor specifice, în perioada 2009-2017	28
Grafic 2 - 1: Caracteristici ale consumului oricărui drog în populația tânără	31
Grafic 2 - 2: Caracteristici ale consumului de cannabis în populația generală	33
Grafic 2 - 3: Caracteristici ale consumului de cannabis în populația tânără (15-34 ani).....	34
Grafic 2 - 4: Prevalența consumului de cannabis la adolescenții de 16 ani, 1999 - 2015	35
Grafic 2 - 5: Admiterea la tratament pentru consum de cannabis, în funcție de grupa de vârstă, 2017	36
Grafic 2 - 6: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	37
Grafic 2 - 7: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	37
Grafic 2 - 8: Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de cannabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta	38
Grafic 2 - 9: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de cannabis, 2012-2016.....	40
Grafic 2 - 10: Consumul problematic de cannabis (%), în funcție de rezultatele scalei CAST	41
Grafic 2 - 11: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația generală	42
Grafic 2 - 12: Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația tânără (15-34 ani).....	43
Grafic 2 - 13: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația generală.....	44
Grafic 2 - 14: Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația tânără	44
Grafic 2 - 15: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația generală.....	45
Grafic 2 - 16: Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația tânără (15-34 ani)	46
Grafic 2 - 17: Prevalența consumului de ecstasy în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015	47
Grafic 2 - 18: Prevalența consumului de cocaină/ crack la adolescenții de 16 ani, 1999-2015.....	48
Grafic 2 - 19: Prevalența consumului experimental de amfetamine în rândul elevilor de 16 ani, 1999 - 2015.....	49
Grafic 2 - 20: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	50
Grafic 2 - 21: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	50
Grafic 2 - 22: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de stimulanti, 2012-2016.....	53
Grafic 2 - 23: Caracteristici ale consumului de heroină în populația generală	54
Grafic 2 - 24: Caracteristici ale consumului de heroină în populația tânără (15-34 ani).....	54

Grafic 2 - 25: Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane) și a numărului de persoane care își injectează droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2017.....	56
Grafic 2 - 26: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	58
Grafic 2 - 27: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	59
Grafic 2 - 28: Distribuția cazurilor de urgențe cauzate de consumul de opiacee, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acestea	60
Grafic 2 - 29: Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de opiacee, 2012-2016	62
Grafic 2 - 30: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală	63
Grafic 2 - 31: Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația tânără (15-34 ani).....	64
Grafic 2 - 32: Prevalența consumului de NSP la adolescenții de 16 ani, 2011-2015	65
Grafic 2 - 33: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2009-2017.....	67
Grafic 2 - 34: Evoluția urgențelor medicale cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2017 (număr cazuri).....	68
Grafic 4- 1: Proporțiile persoanelor admise la tratament în anul 2017, în funcție de drogul principal consumat	110
Grafic 4 - 2: Tendințe ale numărului de clienți admiși la tratament, în funcție de drogul principal de consum, 2003-2017	115
Grafic 4 - 3: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament, respectiv ale numărului de clienți admiși pentru prima dată la tratament, 2003-2017	116
Grafic 4 - 4: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărului total de beneficiari admiși la tratament ca urmare a consumului de opioide, respectiv orice drog, în perioada 2003-2017.....	117
Grafic 4 - 5: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament pentru consumul oricărui tip de drog, respectiv pentru consumul de heroină, date comparate 2003-2017	117
Grafic 4 - 6: Evoluția ritmului de dinamică în lanț a numărului de beneficiari admiși la tratament ca urmare a consumului de cannabis, respectiv consumului oricărui drog ilicit, în perioada 2003-2017 .	118
Grafic 4 - 7: Tendințe ale numărului total de clienți admiși la tratament pentru consumul oricărui tip de drog, respectiv pentru consumul de NSP, 2003-2017.....	118
Grafic 4 - 8: Tendințe privind numărul de beneficiari admiși pentru prima dată la tratament, în funcție de drogul principal, în perioada 2003-2017.....	119
Grafic 4 - 9: Tendințe ale numărului de clienți aflați în tratament de substituție, 2011-2017	120
Grafic 5 - 1: Activitatea Programului de Asistență Mobilă în perioada 2016-2017	140
Grafic 6 - 1: Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2017.....	145
Grafic 6 - 2: Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2017	145
Grafic 6 - 3: Evoluția intoxicațiilor cu opiacee în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2007 - 2017 (%)	147
Grafic 6 - 4: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, date comparate 2006 - 2017.....	147
Grafic 6 - 5: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2017	149
Grafic 6 - 6: Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2017	150

Grafic 6 - 7: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2017	151
Grafic 6 - 8: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2017 (nr. cazuri)	151
Grafic 6 - 9: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor (directe și indirecte) asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2017	152
Grafic 6 - 10: Situația unităților medicale identificate de Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, 2017.....	157
Grafic 6 - 11: Situația unităților medicale care transmit date Centrele de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog, 2017.....	158
Grafic 6 - 12: Repartiția unităților raportoare, în funcție de modalitatea de preluare a "Fișele standard de înregistrare a urgențelor medicale produse ca urmare a consumului de substanțe psihoactive".	158
Grafic 6 - 13: Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de droguri ilicite, date comparate 2012-2017 (număr cazuri).....	160
Grafic 6 - 14: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2017	160
Grafic 6 - 15: Modelul consumului raportat pentru urgențele medicale datorate consumului de droguri ilicite, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2017	161
Grafic 6 - 16: Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2017, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)	163
Grafic 6 - 17: Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2017	165
Grafic 6 - 18: Tendințe ale numărului de cazuri de urgență înregistrate, în funcție de drogul de consum, 2012-2017	166
Grafic 6 - 19: Prevalența infectării cu HIV/ VHB/ VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2017 (total populație și pe sexe)	170
Grafic 6 - 20: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de grupa de vârstă, 2017 (TDI)	171
Grafic 6 - 21: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC în funcție de istoricul de injectare, 2017 (TDI)	172
Grafic 6 - 22: Numărul de testări valide și prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC, în funcție de tipul admiterii la tratament, 2017 (TDI)	173
Grafic 6 - 23: Prevalența HIV+ în rândul CDI aflați în tratament, 2017 (status serologic testat).....	174
Grafic 6 - 24: Prevalența VHC+ în rândul CDI aflați în tratament 2017 (status serologic testat)	175
Grafic 6 - 25: Prevalența VHB+ în rândul CDI aflați în tratament 2017 (status serologic testat)	175
Grafic 6 - 26: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu HIV în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017	177
Grafic 6 - 27: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017	178
Grafic 6 - 28: Numărul testărilor, a rezultatelor pozitive și prevalența infectării cu VHB în rândul persoanelor care își injectează droguri injectabile, înregistrate în programele de schimb de seringi, 2017	178
Grafic 6 - 29: Prevalența infectării cu HIV, VHB și VHC (date autodeclarate vs. date din testare, %), BSS 2017.....	180
Grafic 6 - 30: Comorbidități (%) BSS 2017.....	180
Grafic 6 - 31: Tendințe în calea de transmitere în România, în perioada 2007-2017 (nr. cazuri).....	183
Grafic 6 - 32: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV, în rândul CDI admiși în serviciile de tratament specializat, date comparate 2004 - 2017 (%).....	184
Grafic 6 - 33: Prevalența infectării cu VHB, VHC și HIV în rândul PWID aflate în programele de schimb de seringi, date comparate 2012 - 2017(%).....	185

Grafic 6 - 34: Evoluția numărului de seringi distribuite și a numărului de beneficiari unici, în perioada 2012-2017..... 192

Grafic 7 - 1: Situația cantităților de droguri confiscate aflate în scădere în anul 2017 față de anul 2016
196

Grafic 7 - 2: Situația numărului de capturi de droguri (heroină, cocaină, canabis iarbă, fragmente vegetale cu THC, M.D.M.A., NSP și medicamente cu conținut stupefiant), în funcție de cantitățile confiscate, în anul 2017 199

Grafic 7 - 3: Dinamica confiscărilor de droguri (kilograme), în perioada 2008 – 2017..... 202

Grafic 7 - 4: Dinamica confiscărilor de medicamente cu conținut stupefiant raportată la cantitățile totale de droguri (*comprimate*), în perioada 2010 – 2017 203

Grafic 7 - 5: Ponderea principalelor tipuri de droguri confiscate în perioada 2008 – 2017, din totalul cantității confiscate în aceeași perioadă 203

Grafic 7 - 6: Evoluția cantităților totale (kilograme) de droguri confiscate în România, în perioada 2008 – 2017, în funcție de categoria de drog (risc vs. mare risc)..... 204

Grafic 7 - 7: Ponderea principalelor tipuri de droguri din cantitatea totală confiscată în anul 2017 ... 205

Grafic 7 - 8: Evoluția cantităților totale (*comprimate*) de droguri confiscate în România, în perioada 2009 – 2017, în funcție de categoria de drog (risc vs mare risc)..... 205

Grafic 7 - 9: Situație comparativă – cantități totale (kilograme) de droguri confiscate vs cantități semnificative capturate, în perioada 2011 – 2017..... 206

Grafic 7 - 10: Dinamica numărului de capturi pe tip de drog, în perioada 2011 – 2017 207

Grafic 7 - 11: Evoluția capturilor/ cantităților principalelor tipuri de droguri, în perioada 2012 – 2017..... 208

Grafic 7 - 12: Evoluția cantităților de iarbă de canabis confiscate vs numărul capturilor de iarbă de canabis, în perioada 2008 – 2017..... 209

Grafic 7 - 13: Evoluția cantităților de rezină de canabis confiscate vs numărul capturilor de rezină de canabis, în perioada 2008 – 2017..... 209

Grafic 7 - 14: Evoluția cantităților de masă plante de canabis confiscate vs numărul capturilor de masă plante de canabis, în perioada 2011 – 2017 210

Grafic 7 - 15: Evoluția cantităților de cocaină confiscate vs numărul capturilor de cocaină, în perioada 2008 – 2017..... 212

Grafic 7 - 16: Evoluția confiscărilor de comprimate de tip droguri sintetice, în perioada 2008 – 2017 215

Grafic 7 - 17: Evoluția capturilor și confiscărilor de comprimate de MDMA vs capturi și confiscări semnificative de MDMA, în perioada 2012 – 2017..... 215

Grafic 7 - 18: Evoluția dozelor de LSD confiscate vs numărul capturilor de LSD, în perioada 2008 – 2017..... 216

Grafic 7 - 19: Evoluția cantităților de heroină confiscate vs. numărul de capturi de heroină realizate, în perioada 2007 – 2016..... 216

Grafic 7 - 20: Evoluția cantităților de metadonă (*comprimate*) confiscate vs. numărul de capturi de metadonă realizate, în perioada 2013 – 2017..... 218

Grafic 7 - 21: Evoluția capturilor de benzodiazepine (cp), în perioada 2013 – 2017 219

Grafic 7 - 22: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu ridicata, în perioada 2012 – 2017 (în Euro/ kg sau 1000 comprimate) 221

Grafic 7 - 23: Evoluția prețului minim și maxim al drogurilor vândute cu amănuntul, în perioada 2012 – 2017 (în Euro/ gram, comprimat sau pentru o doză)..... 222

Grafic 7 - 24: Evoluția purității minime vs. maxime a drogurilor la nivelul străzii (%) în România, în perioada 2011 – 2017..... 223

Grafic 8 - 1: Evoluția proporției numărului de persoane condamnate prin raportare la numărul total al persoanelor trimise în judecată și a proporției numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate, în perioada 2002 – 2017..... 226

Grafic 8 - 2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2016, în funcție de tipul soluției dispuse (%) 227

Grafic 8 - 3: Evoluția numărului de grupări infracționale identificate și a numărului de persoane implicate în aceste grupări 2011 – 2017	227
Grafic 8 - 4: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2017.....	228
Grafic 8 - 5: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2002 – 2017	229
Grafic 8 - 6: Situația dosarelor soluționate în funcție de tipul soluției dispuse (%), față de anul 2016	230
Grafic 8 - 7: Evoluția proporției de cauze soluționate, în funcție de tipul soluției, în perioada 2002 – 2017.....	230
Grafic 8 - 8: Situația soluțiilor date în cadrul dosarelor penale instrumentate la nivelul structurilor teritoriale ale D.I.I.C.O.T., în anul 2017, comparativ cu anul 2016.....	231
Grafic 8 - 9: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2002-2017.....	234
Grafic 8 - 10: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2002 - 2017 (%).....	234
Grafic 8 - 11: Ponderea numărului de persoane trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T., în anul 2017 (%).....	235
Grafic 8 - 12: Numărul persoanelor trimise în judecată prin raportare la numărul total al persoanelor cercetate la nivelul structurilor teritoriale D.I.I.C.O.T. – Situație comparativă 2016 – 2017 (%)	235
Grafic 8 - 13: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2017.....	236
Grafic 8 - 14: Evoluția comparativă a numărului persoanelor cercetate, trimise în judecată și condamnate, în perioada 2002 – 2017	236
Grafic 8 - 15: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 2 din Legea 143/2000 și a ponderii acestui indicator din totalul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017.....	238
Grafic 8 - 16: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 4 din Legea 143/2000 și a ponderii prin raportare la numărul total al persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017.....	239
Grafic 8 - 17: Evoluția numărului de persoane minore condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2006 – 2017	240
Grafic 8 - 18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 – 2017.....	241
Grafic 8 - 19: Proporția numărului persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în funcție de tipul pedepsei în anul 2017.....	241
Grafic 8 - 20: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, cu suspendarea executării sub supraveghere și pentru care s-a dispus amânarea aplicării pedepsei închisorii în perioada 2001 – 2017.....	242
Grafic 8 - 21: Persoane condamnate la art. 4 din Legea nr. 143/2000, în perioada 2010 – 2017	243
Grafic 8 - 22: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2017	244
Grafic 8 - 23: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2011 – 2017	246
Grafic 8 - 24: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005 - 2017	248
Grafic 9 - 1: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de situația juridică, în anul 2017.....	260
Grafic 9 - 2: Repartizarea efectivului de deținuți în funcție de starea de recidivă (%), 2017	261
Grafic 9 - 3: Evoluția numerică și procentuală a deținuților care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2010-2017.....	261

Grafic 9 - 4: Dinamica numărului de consumatori de droguri autodeclarați comparativ cu cea a populației penitenciare, date comparate 2008-2017	262
Grafic 9 - 5: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de drogul consumat (%), 2009-2017.....	263
Grafic 9 - 6: Dinamica populației de consumatori de droguri autodeclarați, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2009-2017	264
Grafic 9 - 7: Distribuția deținuților autodeclarați consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de drogul consumat (%), 2017	264
Grafic 9 - 8: Distribuția deținuților autodeclarați consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2017.....	265
Grafic 9 - 9: Distribuția deținuților identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de drogul consumat (%), 2017	265
Grafic 9 - 10: Distribuția deținuților identificați drept consumatori de droguri în timpul detenției, în funcție de calea de administrare a drogului (%), 2017	266
Grafic 9 - 11: Evoluția populației încarcerate în funcție de bolile infecțioase identificate (număr), 2016-2017	267
Grafic 9 - 12: Deținuți consumatori de droguri cu boli infecțioase vs. deținuți cu boli infecțioase, în funcție de boala infecțioasă identificată (număr deținuți), 2016-2017	268
Grafic 9 - 13: Distribuția deținuților consumatori de droguri cu tratament psihiatric, în funcție de drogul consumat (%), 2017	270
Grafic 9 - 14: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii în anul 2017, în funcție de anul admiterii la tratament (%)	273
Grafic 9 - 15: Evoluția numărului de beneficiari ai programului substitutiv cu metadonă, în perioada 2008-2017.....	274
Grafic 9 - 16: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta la admiterea la tratament (%).....	274
Grafic 9 - 17: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta la debutul în consumul de droguri (%).....	275
Grafic 9 - 18: Distribuția deținuților consumatori de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017, în mediu privativ de libertate, în funcție de vârsta de debut și vârsta la admiterea la tratament (%). 275	275
Grafic 9 - 19: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de tipul drogului principal (%)	276
Grafic 9 - 20: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 zile de consum, (%)	277
Grafic 9 - 21: Distribuția consumatorilor de droguri aflați în servicii de asistență în anul 2017 în mediul privativ de libertate, în funcție de frecvența consumului de droguri în ultimele 30 zile anterioare admiterii la tratament (%).....	278
Grafic 9 - 22: Evoluția numărului de deținuți care au finalizat programul tip <i>Comunitate terapeutică</i> în intervalul 2011-2017	282
Grafic 9 - 23: Evoluția cazurilor de descoperire a substanțelor susceptibile de a fi stupefiante, în funcție de momentul în care a avut loc descoperirea, în perioada 2010-2017.....	283

LISTA TABELELOR

Tabel 1 - 1: Interpelări și întrebări parlamentare, care au vizat subiecte referitoare la fenomenul drogurilor 2017.....	8
Tabel 1 - 2: Strategiile locale antidrog.....	20
Tabel 1 - 3: Cheltuieli publice realizate în anul 2017 pentru domeniul drogurilor.....	29
Tabel 2 - 1: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de canabis.....	39
Tabel 2 - 2: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de canabis.....	40
Tabel 2 - 3: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de stimulanti.....	52
Tabel 2 - 4: Caracteristici ale cauzisticii de urgență datorate consumului de stimulanti.....	53
Tabel 2 - 5: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de opiacee.....	61
Tabel 2 - 6: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de opiacee.....	62
Tabel 2 - 7: Distribuția respondenților în funcție de locul unde ar putea procura unele droguri ESPAD, 2015 (%).....	66
Tabel 2 - 8: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de NSP.....	69
Tabel 2 - 9: Caracteristici ale cauzisticii de urgență cauzate de consumul de NSP.....	69
Tabel 4 - 1: Caracteristicile centrelor ambulatorii.....	99
Tabel 4 - 2: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul de tratament ambulatoriu, în anul 2017.....	102
Tabel 4 - 3: Caracteristicile centrelor rezidențiale.....	103
Tabel 4 - 4: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență în sistemul rezidențial, în anul 2017.....	106
Tabel 4 - 5: Caracteristicile consumatorilor de droguri care au beneficiat de asistență, în anul 2017.....	107
Tabel 4 - 6: Beneficiari aflați în tratament, în anul 2017.....	109
Tabel 5 - 1: Indicatorii de activitate ai <i>Programului pilot de intervenție rapidă</i> , în anul 2017.....	139
Tabel 6 - 1: Caracteristici ale persoanelor care s-au prezentat la secțiile de urgență pentru probleme medicale datorate consumului de droguri ilicite (consum singular sau mixt).....	162
Tabel 6 - 2: Caracteristici ale consumatorilor de droguri injectabile, cazuri notificate de infectare cu HIV/ SIDA, 2017.....	167
Tabel 6 - 3: Caracteristicile consumatorilor actuali de droguri injectabile admiși la tratament în anul 2017.....	169
Tabel 6 - 4: Caracteristicile persoanelor care își injectează droguri înregistrate în programele de schimb de seringi în anul 2017.....	176
Tabel 6 - 5: Distribuția bolilor infecțioase, în funcție de grupa de vârstă, sex și vârsta de debut în consumul de droguri.....	181
Tabel 6 - 6: Caracteristicile consumatorilor HIV+, VHC+, VHB+ în funcție de grupa de vârstă, sex, vârsta de debut în consumul de droguri și tipul drogurilor consumate în ultima lună.....	182
Tabel 7 - 1: Situația numărului de capturi semnificative de droguri realizate în Municipiul București și în județele Timiș și Constanța, în perioada 2014 – 2017.....	197
Tabel 7 - 2: Situația drogurilor ilicite din România în ceea ce privește țara de origine/ plecare și destinație a drogurilor.....	201
Tabel 7 - 3: Situația drogurilor ilicite confiscate la nivel național, în perioada 2012 – 2017, în funcție de tipul de drog.....	207

Tabel 7 - 4: Situația cantităților de NSP confiscate, precum și a numărului capturilor de NSP în perioada 2013 – 2017	217
Tabel 7 - 5: Alte medicamente confiscate în anii 2016 - 2017.....	220
Tabel 8 - 1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției, pentru anii 2016 – 2017	233
Tabel 8 - 2: Situația persoanelor arestate preventiv care la data încarcerării în centru au declarat că sunt consumatoare de substanțe stupefiante și psihotrope, în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 – 2017	245
Tabel 9 - 1: Structura efectivelor de deținuți pe sexe și categorii de vârstă, în perioada 2010-2017	260
Tabel 9 - 2: Caracteristicile deținuților foști consumatori de droguri, identificați cu VHC, VHB sau HIV	269
Tabel 9 - 3: Caracteristicile populației de consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență în funcție de mediul privativ de libertate (arestul poliției vs. penitenciar).....	279
Tabel 10- 1: Principalele publicații în domeniu.....	288

LISTA HĂRȚILOR

Harta 2 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de cannabis (singular sau în combinație).....	38
Harta 2 - 2: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanti (singular sau în combinație).....	51
Harta 2 - 3: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opiacee (singular sau în combinație).....	60
Harta 2 - 4: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație)	68
Harta 5 - 1: Rețeaua de servicii de asistență accesată de echipa Programului de Asistență Mobilă (PAM).....	137
Harta 6 - 1: Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2016-2017	164
Harta 7 - 1: Capturi semnificative de cannabis în anul 2017 (kg).....	211
Harta 7 - 2: Rute de traficare pentru cannabis în anul 2017.....	212
Harta 7 - 3: Capturi semnificative de cocaină în anul 2017 (kg).....	213
Harta 7 - 4: Rute de traficare a cocainei în anul 2017.....	214
Harta 8 - 1: Situația la nivel teritorial a infracționalității la regimul drogurilor și a capturilor și cantităților semnificative de droguri realizate de formațiunile antidrog	250
Harta 8 - 2: Situația la nivel teritorial a ratei infracționalității la regimul drogurilor	251
Harta 8 - 3: Situația la nivel teritorial a persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor	252
Harta 8 - 4: Situația la nivel teritorial a confiscărilor	253

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

Constantin NEGOIȚĂ - *Director Agenția Națională Antidrog*
Ciprian POPESCU – *Director Adjunct Agenția Națională Antidrog*

Contribuția pe capitole:

Capitolul 1 - CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU

- Șef SASPP, Dragoș MIHUT, specialist în științe juridice
- Ovidiu MICLĂUȘ, specialist în științe juridice
- Mihaela BEBU, asistent social, doctor în sociologie
- Mădălina MARTIȘ, bioinginer

Capitolul 2 - PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA

- Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie
- Dr. Bogdan GHEORGHE, medic
- Șef ORDT, Milica GEORGESCU, sociolog, doctor în sociologie

Capitolul 3 - PREVENIRE

- Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie
- Radu POP, specialist în științe juridice

Capitolul 4 - TRATAMENT

- Șef ORDT, Milica GEORGESCU, sociolog, doctor în sociologie
- Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie

Capitolul 5 - BEST PRACTICE

- Șef SRCD, Diana ȘERBAN, psiholog, doctor în sociologie
- Mihaela BEBU, asistent social, doctor în sociologie

Capitolul 6 - CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII ȘI RĂSPUNSURI

- Dr. Gabriel GORUN, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)
- Dr. Bogdan GHEORGHE, medic
- Valentina ȘTEFAN, psiholog

Capitolul 7 - PIAȚA DROGURILOR

- Șef SMROD, Andreea CHELARU, psiho-sociolog
- Ciprian ZETU, specialist în științe juridice

Capitolul 8 - INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

- Șef SMROD, Andreea CHELARU, psiho-sociolog
- Claudia COSTESCU, specialist în științe juridice

Capitolul 9 - CONSUMUL DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

- Valentina ȘTEFAN, psiholog

Capitolul 10 - CERCETARE

- Ruxanda ILIESCU, bioinginer medical, doctor în sociologie
- Șef ORDT, Milica GEORGESCU, sociolog, doctor în sociologie