



Observatorul European  
pentru Droguri și Toxicomanie



Agenția Națională Antidrog



# **SITUAȚIA DROGURILOR ÎN ROMÂNIA ÎN ANUL 2012**

**- SINTEZĂ -**

**București, 2013**

**Agencia Națională Antidrog mulțumește tuturor partenerilor și colaboratorilor pentru contribuția adusă la întocmirea prezentei sinteze.**

**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

Tendențe și evoluții ale fenomenului drogurilor în România, înregistrate în anul 2012 ....	1
1. CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSECINȚELE ACESTUIA ASUPRA SĂNĂTĂȚII.	5
1.1. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri.....	5
1.2. Boli infecțioase asociate consumului de droguri .....	12
1.3. Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri .....	19
1.4. Decese asociate consumului de droguri .....	31
2. OFERTA DE DROGURI LA NIVEL NAȚIONAL .....	44
2.1. Infraționalitatea la regimul drogurilor .....	44
2.2. Alte infracțiuni în legătură cu consumul de droguri .....	50
2.3. Piața drogurilor .....	51
3. POLITICI PRIVIND DROGURILE .....	57
4. RĂSPUNSUL LA PROBLEMA DROGURILOR .....	60
4.1. Prevenirea consumului de droguri .....	60
4.2. Reintegrarea socială a consumatorilor de droguri.....	66
4.3. Răspunsuri privind prevenirea consecințelor consumului de droguri asupra sănătății.....	69
5. ANEXE .....	76
5.1. Lista tabelelor, graficelor și hărților utilizate în text.....	76
5.2. Lista abrevierilor utilizate în text.....	79
5.3. Site-uri relevante consultate .....	80

## **TENDINȚE ȘI EVOLUȚII ALE FENOMENULUI DROGURILOR ÎN ROMÂNIA, ÎNREGISTRATE ÎN ANUL 2012**

Sinteza cuprinde principalele tendințe și evoluții ale fenomenului drogurilor în România, înregistrate în anul 2012. Din cauza decalării termenului de raportare, o parte din datele furnizate de parteneri nu au putut fi colectate, analizate și prezentate în această lucrare. Acestea vor fi însă incluse în Raportul Național privind situația drogurilor din România din 2013, care va fi lansat în a doua jumătate a acestui an.

După 3 ani de schimbări majore survenite în evoluția fenomenului drogurilor din România, atât ca urmare a deciziei de reorganizare instituțională a Agenției Naționale Antidrog din 2009, cât și pe fondul transformărilor produse la nivel european după apariția substanțelor noi cu proprietăți psihoactive, anul 2012 marchează o stabilizare a acestui fenomen în țara noastră, atât în ceea ce privește consumul de droguri, cât și în privința ofertei de droguri. Și într-o direcție, și în cealaltă, deși pentru majoritatea indicatorilor utilizați pentru evaluarea fenomenului la nivel mondial și european se înregistrează mici oscilații, acestea sunt de mică amploare.

Astfel, menținerea consumului de droguri la nivelul anului anterior este susținută atât de numărul persoanelor admise la tratament pentru consum de droguri, cât și de numărul urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, care, deși înregistrează creșteri ușoare față de anul anterior, acestea sunt de natură să indice mai degrabă o relativă stabilizare a fenomenului la nivelurile observate în anul anterior și nu continuarea tendinței brusc ascendente înregistrate în ultimii ani. Aceeași consolidare a valorilor înregistrate în anul anterior se poate observa și în ceea ce privește indicatorii de ofertă: infracționalitatea la regimul drogurilor și piața drogurilor, unde, deși cantitatea totală capturată cunoaște o creștere semnificativă față de anul anterior, se situează sub maximul istoric. Totodată, deși numărul persoanelor trimise în judecată pentru infracțiuni la regimul drogurilor cunoaște o ușoară creștere, cel al cauzelor penale are o evoluție inversă, rezultând și de aici o stabilizare a fenomenului și confirmându-se încă o dată relația de cauzalitate care există, în general, între cererea și oferta de droguri.

Toate aceste rezultate sunt consecințele pe de o parte ale reconfirmării Agenției Naționale Antidrog în calitatea sa de coordonator național al luptei antidrog, începând cu iunie 2011, dar și ale măsurilor întreprinse atât în plan legislativ, cât și organizatoric în perioada imediat următoare. De asemenea, programele interinstituționale și reacția vizibilă a societății civile relevă o abordare sistematică și coerentă a problemicii.

Printre cele mai semnificative efecte ale acestei reveniri ale Agenției Naționale Antidrog la standardele care au consacrat-o până în anul 2009, în calitatea sa de coordonator național al luptei antidrog, se numără revigorarea cooperării cu instituțiile cu atribuții în domeniu, dar și cu societatea civilă, care a permis o consultare permanentă a partenerilor, atât în luarea deciziilor importante, cât și în organizarea de programe comune. Procesul de reconstrucție instituțională prin care a trecut Agenția Națională Antidrog s-a concretizat în 2012 în consolidarea sistemului național de asistență integrată, în cadrul căruia Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au căpătat un rol important, precum și în numeroase programe și proiecte de prevenire desfășurate în parteneriat, atât la nivel național, cât și regional și local.

Un aspect, sesizat încă din anii anteriori, prezent și în anul 2012, îl reprezintă epidemia cu infecția HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile. Observată la sfârșitul anului 2011, aceasta provoacă în continuare îngrijorarea autorităților. Semnalele tot mai numeroase survenite atât din monitorizarea de rutină a admițerilor la tratament pentru consumul de droguri, cât și din monitorizarea urgențelor medicale datorate consumului de droguri și a deceselor asociate consumului de droguri, indică o creștere alarmantă a

prevalenței HIV, HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri. Acestea întăresc datele furnizate de Comisia Națională de Luptă Anti-Sida, confirmând această situație îngrijorătoare pentru sănătatea publică din România: 31% din totalul cazurilor noi depistate cu HIV în 2012 la nivel național pe toate categoriile de risc provin din rândul consumatorilor de droguri injectabile.

### **Substanțele noi cu proprietăți psihoactive**

Apariția și consumul substanțelor noi cu proprietăți psihoactive continuă să genereze principala problemă în domeniul drogurilor cu care se confruntă România.

Deși, prin măsurile legislative adoptate și aplicate începând cu anul 2011 (Legea nr. 194 din 2011<sup>1</sup> și Ordinul comun nr. 103 din 26 aprilie 2012<sup>2</sup>), s-a înregistrat un declin în privința comercializării acestor substanțe, piața ilicită a drogurilor, și în special cea “on-line”, furnizează în continuare astfel de substanțe consumatorilor de droguri din România, menținând consecințe semnificative asupra sănătății pentru acest tip de consum.

Cele mai îngrijorătoare aspecte sunt legate de consumul injectabil și de riscurile asociate acestuia. În acest sens, pe de o parte nivelurile ridicate ale prevalenței HIV și ale virusurilor hepatice B și C în rândul consumatorilor de SNPP, pe de altă parte, numărul crescut al urgențelor medicale determinate de consumul de SNPP (în peste două treimi - 67,7% - dintre cazurile de urgență înregistrate în anul 2012 și cauzate de consumul de droguri ilicite, a fost raportat un asemenea tip de consum), precum și prezența unor cazuri de deces în care s-a menționat un astfel de consum (3 cazuri de deces direct asociate au fost atribuite consumului de SNPP, comparativ cu 2 în anul anterior), conduc la concluzia unui consum problematic al acestor tipuri de substanțe.

De asemenea, datele rezultate din programele de schimb de seringi pe care Agenția Națională Antidrog le-a derulat în anul 2012 în colaborare cu societatea civilă (organizațiile neguvernamentale CARUSEL și ARAS), confirmă un nivel crescut al consumului de SNPP în rândul consumatorilor problematici de droguri: 51% dintre beneficiarii programelor de schimb de seringi au declarat consum de SNPP, 44% heroină și 5% policonsum al celor două tipuri de droguri.

Toate aceste aspecte indică necesitatea unor intervenții rapide, în primul rând pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri. Totodată, trebuie acționat, în paralel, și în planul prevenirii consumului de astfel de substanțe, eficiența programelor specifice dovedindu-se în timp. Pe de altă parte, se impune o întărire a acțiunilor de control care trebuie aplicate acestui tip de substanțe, pentru a limita prezența acestora pe piața drogurilor.

---

<sup>1</sup> Legea 194 din 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare

<sup>2</sup> Ordinul comun al ministrului sănătății, ministrului administrației și internelor și al președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 103 din 26 aprilie 2012 privind aprobarea procedurii de autorizare a operațiunilor cu produselor susceptibile de a avea efecte psihoactive altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare, și a cuantumului tarifelor de autorizare și evaluare

## **Heroina și alte opiacee**

Datele rezultate din analiza indicatorului Admiterea la tratament pentru consumul de droguri indică o revenire la tendința înregistrată în anii anteriori în ceea ce privește drogul principal pentru care se solicită asistență. Astfel, în 2012 heroina deține din nou ponderea cea mai mare din totalul cazurilor de admitere la tratament, ca drog principal, făcând în această privință "rocada" cu SNPP: în 2012, 34,8% din totalul admițerilor la tratament au menționat ca drog principal heroina, iar 31,7% SNPP, în timp ce în anul 2011, 42,5% au declarat ca drog principal SNPP și 31,3% heroina. Această inversare are loc însă pe fondul creșterii proporției recidivelor care menționează ca drog principal heroina (49% din totalul recidivelor admise la tratament în 2012), pentru cazurile nou admise la tratament pentru consum de droguri, heroina, ca și drog principal, situându-se în continuare pe locul al doilea, după SNPP, ca și pondere din totalul cazurilor: 23% heroină, respectiv 34,9% SNPP.

Printre urgențele medicale cauzate de consumul de droguri, doar 9,4% au menționat consum de heroină (exclusiv sau policonsum), în 63% dintre acestea heroina fiind utilizată în combinație cu alte substanțe psihoactive.

În ceea ce privește decesele asociate consumului de droguri, deși se înregistrează o creștere pe ansamblu a numărului de astfel de decese și totodată a numărului cazurilor de deces în care au fost depistate opiaceele, această evoluție nu se datorează consumului de heroină, pentru care se remarcă o menținere la un nivel scăzut a numărului deceselor în care a fost depistat acest tip de drog (2 cazuri în 2012, față de un caz în 2011).

În privința disponibilității heroinei pe piața drogurilor din România, deși comparativ cu anul anterior are loc o creștere de aproape 4 ori a cantității de heroină capturată, dimensiunea totală a capturilor (45,22 kg) continuă să se situeze la un nivel scăzut față de maximul istoric atins în anul 2008 (385,23 Kg). Pe de altă parte, numărul mare de capturi raportate (215) indică prezența unor capturi de dimensiuni mici (în medie 0,21 kg/ captură).

Aceste rezultate pot reprezenta și în cazul României dovezi ale reducerii consumului și ofertei de heroină, similar tendinței observate la nivel european.

În privința problemelor datorate consumului altor opiacee, cele mai semnificative sunt cele cauzate de consumul de metadonă: 3,3% din numărul cazurilor de urgențe medicale cauzate de consumul de droguri ilicite au menționat consum de metadonă (exclusiv și policonsum), iar numărul deceselor în care a fost decelată metadona a crescut la 14, față de 11 în anul anterior).

## **Canabis**

Similar majorității țărilor europene, cannabisul continuă să fie și în România cel mai consumat drog tradițional. Deși creșterea consumului de cannabis a fost semnalată în ultimele studii efectuate în România, (2010 - GPS) și (2011 - ESPAD, SPS), a fost necesară o perioadă de latență până ca persoanele consumatoare să apeleze la servicii specializate de asistență pentru un astfel de consum. Acest lucru este reflectat în 2012 în creșterea proporției persoanelor care au solicitat tratament pentru cannabis, în special, în rândul cazurilor noi. Astfel, în ceea ce privește cererile de tratament pentru consumul de cannabis, în anul 2012, se observă o creștere a ponderii cazurilor în care acesta a fost menționat ca și drog principal: de la 8,2% la 11,2%, pe fondul creșterii ponderii cazurilor noi: de la 10,9% la 18,1%.

Pe de altă parte, în rândul admițerilor la tratament în care se raportează consumul combinat a mai multor droguri, cannabisul se numără printre cele mai utilizate droguri, fiind menționat în 17,1% dintre cazurile de policonsum, respectiv în 14,4% dintre drogurile secundare.

De asemenea, în rândul urgențelor medicale generate de consumul de droguri, canabisul a fost menționat în 16,2% dintre cazuri, fiind, după SNPP și opiacee, al treilea tip de drog ca și pondere a urgențelor medicale cauzate.

În privința deceselor asociate consumului de droguri, canabisul a fost depistat în 3 dintre cazurile de deces înregistrate.

În ceea ce privește disponibilitatea canabisului pe piața drogurilor din România, aceasta este reflectată atât de cantitatea mare de canabis capturată (362,349 kg canabis din care 335,086 kg iarbă de canabis (marijuana) și 27,263 kg rezină de canabis (hașiș), de numărul impresionant de capturi înregistrate (1754 capturi), cât și de o creștere considerabilă a numărului de plante și culturi autohtone de canabis identificate. Astfel, canabisul continuă să reprezinte cel mai confiscat tip de drog pe teritoriul național, totalizând peste 80% din cantitatea totală de droguri confiscate, atât sub formă de canabis iarbă (42,18% din totalul confiscărilor), cât și sub formă de plantă de canabis (37,78% din totalul confiscărilor). Totodată, în anul de referință au fost descoperite pe teritoriul României 48 de culturi ilicite de canabis și au fost capturate 3.125 de plante de canabis, atât numărul plantelor, cât și cel al culturilor fiind de peste 3 ori mai mare, în comparație cu anul 2011.

Aceste concluzii arată necesitatea adaptării serviciilor de asistență la o nevoie aflată în creștere, dar și o sincronizare a acțiunilor, atât pe linia prevenirii acestui tip de consum, cât și a combaterii traficului de canabis.

### **Cocaina**

Interesul consumatorilor de droguri din România pentru cocaină este în continuare foarte scăzut (prețul de achiziție fiind cel mai ridicat de pe piața drogurilor din țara noastră) fiind reflectat atât în cererea de tratament, redusă pentru un astfel de consum – doar 1,2% din totalul persoanelor admise la tratament în 2012 au solicitat servicii de asistență pentru consum de cocaină, față de 1,1% cât s-a înregistrat în anul anterior, cât și în numărul scăzut al urgențelor medicale raportate ca urmare a acestui tip de consum – doar 3,1% din totalul cazurilor de urgență determinate de consumul de droguri ilicite.

În privința cocainei consumate în România, aceasta provine din Venezuela, Spania, Italia și Olanda, ajungând pe teritoriul național pe ruta Peru – Olanda/ Italia – Spania – Franța – Austria – Ungaria. Deși numărul de capturi este în creștere (85 capturi, față de 73 realizate în anul 2011), cantitatea de cocaină capturată în 2012 este de circa 3 ori mai mică în comparație cu anul 2011 (54,703 kg față de 161,039 Kg în 2011).

## 1. CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSECINȚELE ACESTUIA ASUPRA SĂNĂTĂȚII

### 1.1. ADMITEREA LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

În anul 2012, 61 de centre au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri:

- 23 de unități medicale ale Ministerului Sănătății, dintre care, în 21 se acordă asistență în regim de internare (3 din București și restul din județele: Argeș, Bacău, Brăila, Botoșani, Brașov, Cluj, Constanța, Gorj, Hunedoara, Ilfov, Iași, Mureș, Sibiu, Timiș, Vaslui) și în 2 (ambele din București), se acordă asistență în regim ambulator;
- 33 de centre ale Agenției Naționale Antidrog – în care se acordă asistență în regim ambulatoriu, dintre care 3 în București - servicii de asistență integrată în adicții, inclusiv tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee;
- 3 centre/ cabinete private din București (ANIT - Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii, PSYMOTION și D&C Medical)<sup>3</sup> în care se acordă asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator;
- 2 centre administrate de organizația non-guvernamentală ARAS (Arena și Titan) în București, în care se acordă servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator.

În anul de referință, au beneficiat de tratament 3733 de persoane<sup>4</sup>. Comparativ cu anul anterior, se observă:

- creșterea cu 4,1% a numărului total de persoane asistate (de la 3587 la 3733),
- creșterea numărului de persoane asistate atât pentru consum de droguri ilegale și SNPP (de la 2355 la 2440), cât și pentru consum de alcool și tutun (de la 1232 la 1293).

**Tabel nr. 1-1: Numărul persoanelor asistate ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (tutun, alcool, droguri ilegale și SNPP), în funcție de tipul admiterii în 2011 și 2012 (nr.)**

	2012				2011			
	ambulator	internat	detenție	Total	ambulator	internat	detenție	Total
droguri ilegale și SNPP	1088	1125	227	2440	1170	998	187	2355
alcool și tutun	146	1142	5	1293	99	1095	38	1232
Total	1234	2267	232	3733	1269	2093	225	3587

Sursa: ANA

Dintre cele 574 de persoane care au avut mai multe episoade de admitere la tratament în anul 2012:

- 63 au solicitat mai multe modalități de asistență (ambulator/ internare/ detenție),
- 43 au solicitat tratament pentru diferite tipuri de drog (ilicite/ SNPP/ alcool),
- 61 au solicitat atât mai multe modalități de asistență, cât și tratament pentru diferite tipuri de drog,
- 407 au solicitat tratament pentru același tip de drog, la aceeași unitate.

<sup>3</sup> <http://www.anit.ro/>, <http://www.psymotion.ro> și <http://www.psihomedcom.ro/contact.html>

<sup>4</sup> 4528 de înregistrări (574 de persoane au avut mai multe episoade de admitere la tratament: 444 de 2 ori, 78 de 3 ori, 33 de 4 ori, 9 de 5 ori, 3 de 6 ori, 4 de 7 ori și 3 de 8 ori)

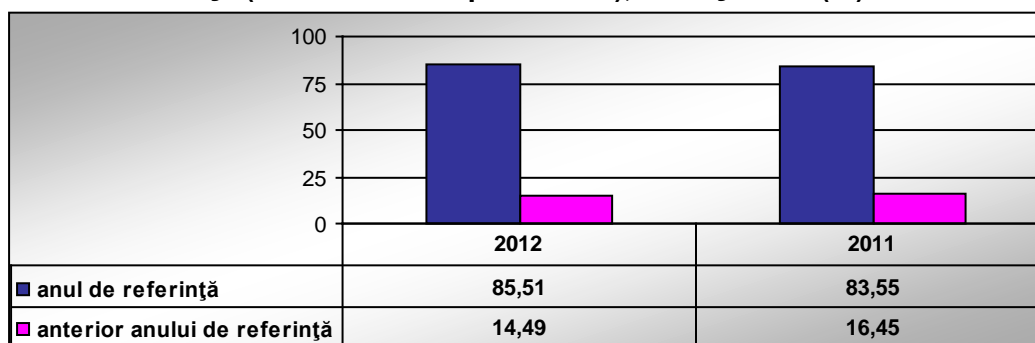


De asemenea, dintre cei 1279 de beneficiari care au solicitat tratament pentru consumul de alcool, 19 au policonsum cu droguri ilicite/ SNPP: 7 cu sedative/ hipnotice, 4 cu SNPP, 4 cu cannabis, 3 cu medicamente și 1 cu hașiș, ecstasy și ketamină.

În funcție de anul admiterii la tratament:

- în anul 2012 dintre cele 3733 de persoane: 3192 au solicitat asistență în anul de referință, iar 541<sup>5</sup> erau în tratament la 01.01.2012<sup>6</sup>;
- în 2011 dintre cele 3587 de persoane: 2997 au solicitat asistență în anul de referință, iar 590 erau în tratament la 01.01.2011.

**Grafic nr. 1-1: Distribuția procentuală a admiterilor la tratament în funcție de data de admitere în asistență (date incidente/ prevalente), 2011 și 2012 (%)**



Sursa: ANA

În regim de detenție<sup>7</sup>, au fost asistați 232 de beneficiari în anul 2012:

- 14 beneficiari (2011 - 8 beneficiari) de către specialiștii din cadrul ANP, în cadrul programelor de substituție și 218 beneficiari (2011 - 217 beneficiari) de către specialiștii din cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, rețeaua teritorială a Agenției Naționale Antidrog<sup>8</sup>;
- 227 pentru consum de droguri ilicite și SNPP și 5 pentru consum de tutun și alcool (2011: 187 pentru consum de droguri ilicite și SNPP și 38 pentru consum de tutun și alcool);
- dintre persoanele care au primit, în anul de referință, asistență pentru consum de droguri ilicite și SNPP: 63,4% (144 de persoane) au fost admise pe parcursul anului 2012, iar 83 se aflau în asistență la 01.01.2012 (pentru anul 2011: 111 au fost admise la tratament în 2011, iar 76 se aflau în asistență la 01.01.2011).

În regim ambulator și de internare, în anul de referință au fost asistate 3501 de persoane (2011: 3362 de beneficiari):

- în funcție de drog: alcool -1274, tutun -14, droguri ilicite -1528 și SNPP – 685 (în 2011: alcool -1172, tutun -22, droguri ilicite -1394 și SNPP – 774);

<sup>5</sup> cazurile în care sunt continuate tratamentele inițiate în anii anteriori și care au continuat/ abandonat/ finalizat tratamentul pe parcursul anului 2012 (date prevalente)

<sup>6</sup> în funcție de modalitatea de asistență: 425 - ambulator, 30 - internare și 86 - în detenție; în funcție de tipul drogului principal: droguri ilicite - 372, SNPP - 97 și alcool/ tutun - 72

<sup>7</sup> asistența acordată la locul de detenție a persoanelor private de libertate, de către echipele de specialiști ai ANA se realizează din 2007, dar acest serviciu a putut fi înregistrat separat începând cu anul 2011 ca urmare a îmbunătățirii capacității de colectare a datelor (anterior erau incluse în numărul persoanelor asistate de ANA, fără a se putea face precizarea care este numărul persoanelor din comunitate și al celor aflate în stare privativă de libertate)

<sup>8</sup> acordarea asistenței are loc în cadrul locului de detenție: în anul 2012 - penitenciarele din județele: Argeș, Arad, Brăila, Dâmbovița, Dolj, Galați, Hunedoara, Harghita, Iași, Mehedinți, Mureș, Prahova și Tulcea, iar în 2011- penitenciarele din județele: Argeș, Brăila, Dâmbovița, Dolj, Galați, Mureș, Prahova și Tulcea

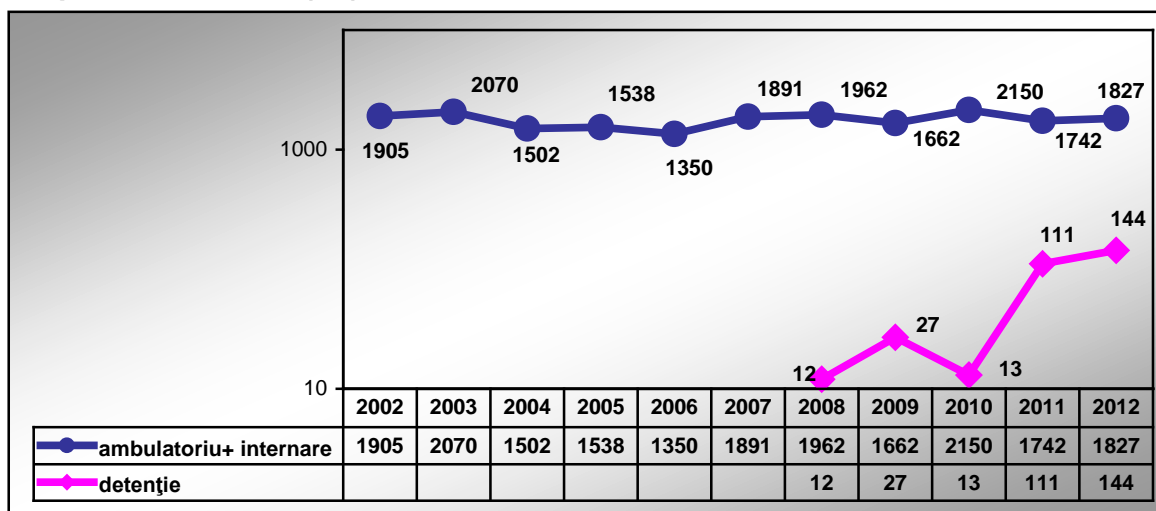
- în funcție de data admeririi la tratament: în anul 2012 – 3046 (dintre care droguri ilicite și SNPP – 1827 și tutun și alcool – 1219) și în perioada 2007-2011 – 455 (dintre care droguri ilicite și SNPP – 386 și tutun și alcool – 69)<sup>9</sup>.

**Caracteristicile populației admise la tratament în 2012, ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP - substanțe noi cu proprietăți psihoactive (comercializate sub denumirea de „etnobotanice”) în regim de internare/ ambulatoriu/ detenție**

În anul 2012<sup>10</sup>, au solicitat asistență pentru consum de droguri ilicite și SNPP un număr de **1971 de persoane**. Conform datelor prezentate în graficul următor, se observă o creștere a numărului de persoane asistate atât în libertate (regim de internare/ ambulatoriu), cât și în mediu de detenție. Comparativ cu anii anteriori se observă:

- o valoare aproximativ egală cu cea din 2008 (1974 de cazuri);
- o creștere cu 6,4% (118 cazuri) față de anul anterior (2011-1853 de cazuri).

**Grafic nr. 1-2: Evoluția numărului de persoane admise la tratament în anul de referință (incidența), ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2002-2012 (nr.)**



Sursa: ANA

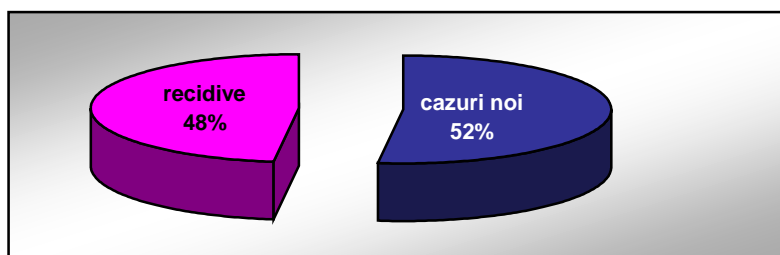
Dintre cele 1971 de persoane care au solicitat asistență în anul 2012 pentru consum de droguri ilicite și SNPP, un număr de 999 sunt persoane care **nu au mai primit niciodată asistență**, conform propriilor declarații (**cazuri noi**), iar 923 au mai fost admiși la tratament anterior (recidive)<sup>11</sup>. Atât ca număr, cât și ca proporție se observă că, cele mai multe admeriri au fost cazuri noi (raportul caz nou/ recidivă este 1,08).

<sup>9</sup> în anul 2011 – 2877 (dintre care droguri ilicite și SNPP – 1742 și tutun și alcool – 1135) și în perioada 2007-2010 – 485 (dintre care droguri ilicite și SNPP – 426 și tutun și alcool – 59)

<sup>10</sup> Pe tot parcursul analizei, distribuția procentuală a cazurilor se va face prin raportare la numărul total de cazuri fără non-răspunsuri (pentru care s-a precizat valoarea de răspuns a variabilei/ itemului). Datele analizate provin de la structura teritorială a Agenției Naționale Antidrog (CAIA și CPECA), Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică) și spitale, ANIT, ARAS, D&C Medical, PSYMOTION

<sup>11</sup> Pentru un număr de 49 de cazuri itemul are valoare neprecizată

**Grafic nr. 1-3: Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de tipul admitterii**

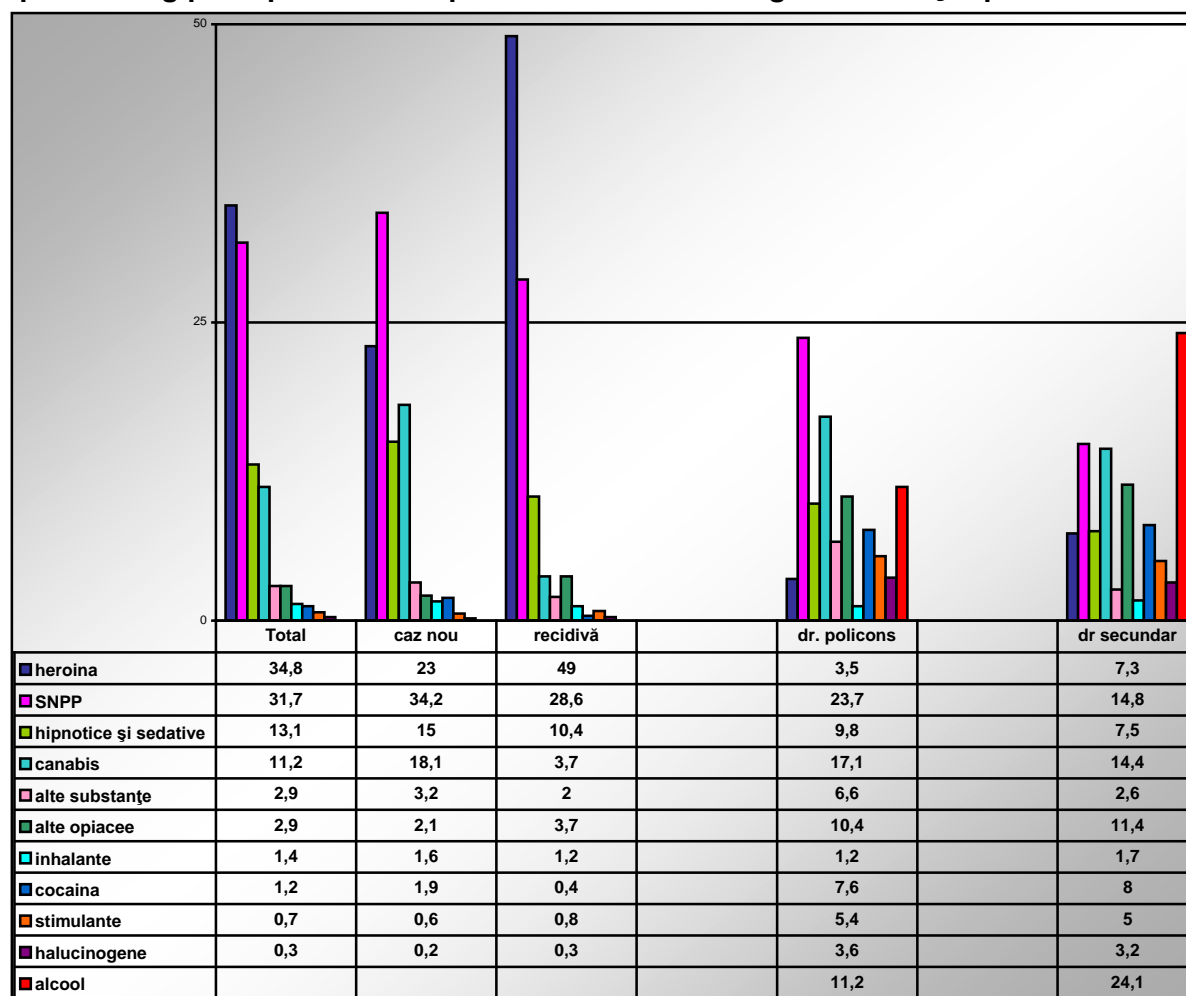


Sursa: ANA

Heroina (34,8%) și noile substanțe psihoactive (31,7%) reprezintă **principalele tipuri de substanțe** pentru care s-a solicitat asistență și în anul 2012, cu precizarea faptului că, dacă pentru recidive aproximativ jumătate sunt pentru heroină, pentru cazurile noi proporția celor care au solicitat tratament pentru SNPP (34,2%) este mai mare comparativ cu cea a celor care au solicitat asistență pentru heroină (23%). Hipnoticele și sedativele (13,1%) și canabisul (11,2%) au fost următoarele substanțe pentru care s-a primit asistență în anul 2012:

- cazuri noi: canabis (18,1%), hipnotice și sedative (15%);
- recidive: hipnotice și sedative (10,4%), canabis (3,7%) și alte opiacee (3,7%).

**Grafic nr. 1-4: Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012 în funcție de tipul de drog principal folosit în policonsum sau ca drog secundar și tipul admitterii**



Sursa: ANA

1390 de beneficiari au răspuns la întrebarea privind policonsumul<sup>12</sup>. Dintre aceștia:

- 26,1% au declarat policonsum;
- 53% au infirmat;
- iar 20,9% deși nu au declarat policonsum, au confirmat consumul de droguri secundare.

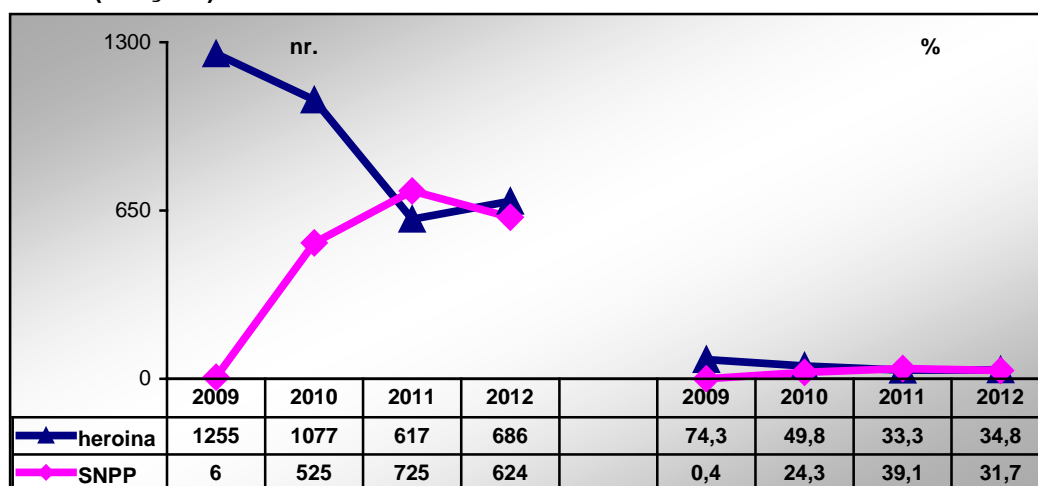
În funcție de tipul drogului, cele mai utilizate în cazul:

- policonsumului sunt noile substanțe psihoactive (23,7%), canabisul (17,1%), alcoolul (11,2%), alte opiacee (10,4%) și hipnoticele și sedativele (9,8%);
- drogurilor secundare<sup>13</sup> sunt alcoolul (24,1%), SNPP (14,8%), canabisul (14,4%) și alte opiacee (11,4%).

Conform datelor prezentate mai jos, în 2012 se revine la tendința înregistrată în anii anteriori și anume:

- heroina redevine drogul pentru care se solicită cel mai frecvent asistență;
- iar SNPP, chiar dacă sunt folosite într-o proporție mai mică ca drog principal, sunt folosite fie în paralel cu drogul principal (policonsum), fie ca drog secundar împreună cu alcoolul și canabisul.

**Grafic nr. 1-5: Evoluția numărului de persoane admise la tratament în anul de referință (incidența), ca urmare a consumului de heroină și SNPP, date comparate 2009-2012 (nr. și %)**



Sursa: ANA

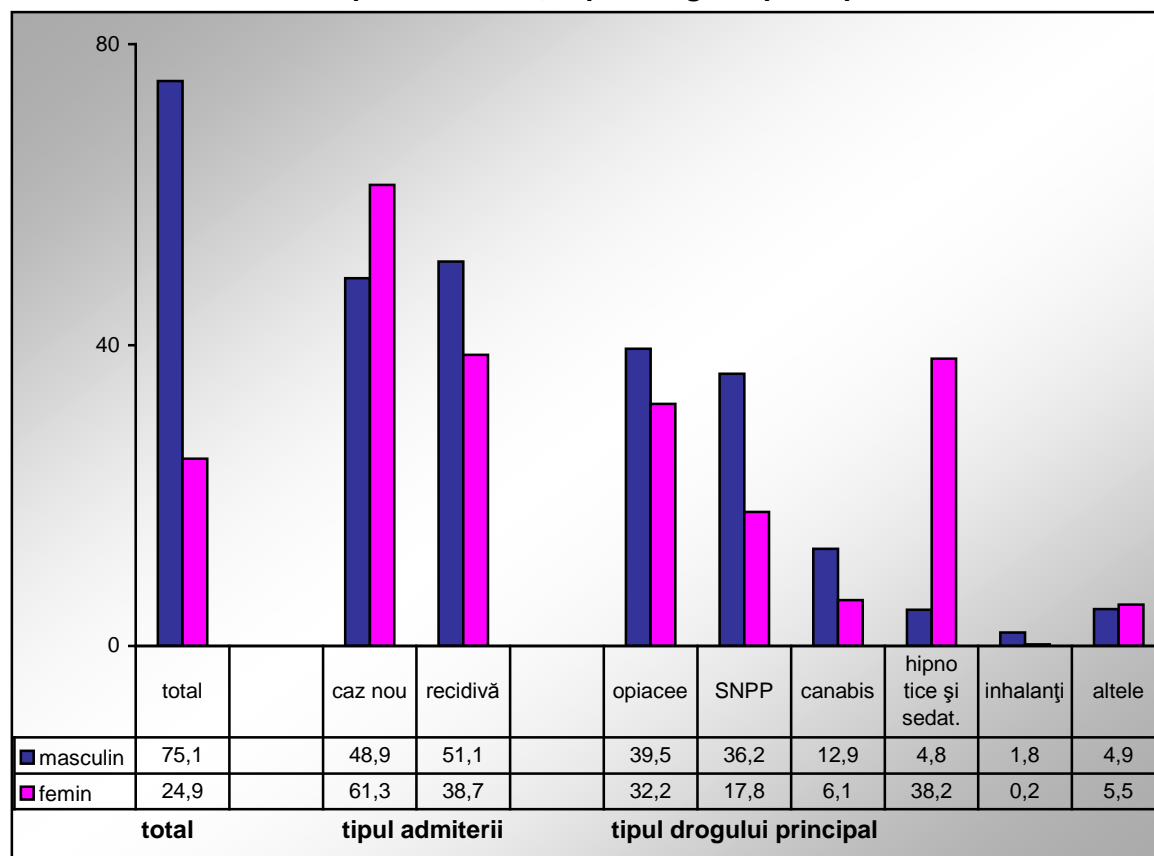
În funcție de **sexul beneficiarului**, se observă următoarele:

- cei mai mulți dintre beneficiari sunt de sex masculin (raportul M/ F este 3,01);
- pentru beneficiarii de sex masculin s-a înregistrat o proporție mai mare pentru recidive (51,1% vs. 38,7%) și pentru asistență pentru consum de opiacee (39,5% vs. 32,2%), SNPP (36,2% vs. 17,8%), canabis (12,9% vs. 6,1%) și inhalanți (1,8% vs. 0,2%);
- pentru beneficiarii de sex feminin s-au înregistrat procente mai mari de cazuri noi de admitere și pentru asistența pentru consumul de hipnotice și sedative.

<sup>12</sup> Un client este definit drept consumator problematic de mai multe droguri (polydrug problem user) atunci când mai mult de un drog creează sistematic probleme clientului într-un mod care face dificilă determinarea cu claritate, a drogului ce cauzează cele mai multe probleme (Indicatorul Cerere de Tratament, Protocol Standard Versiunea 3.0)

<sup>13</sup> Drogurile secundare sunt acele droguri utilizate în plus față de drogul principal și sunt substanțe care determină probleme pentru client și/ sau schimbă natura problemei așa cum a fost evaluată de către client și de către terapeut (Indicatorul Cerere de Tratament, Protocol Standard Versiunea 3.0)

**Grafic nr. 1-6: Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de sexul beneficiarului, tipul admitterii și tipul drogului principal**

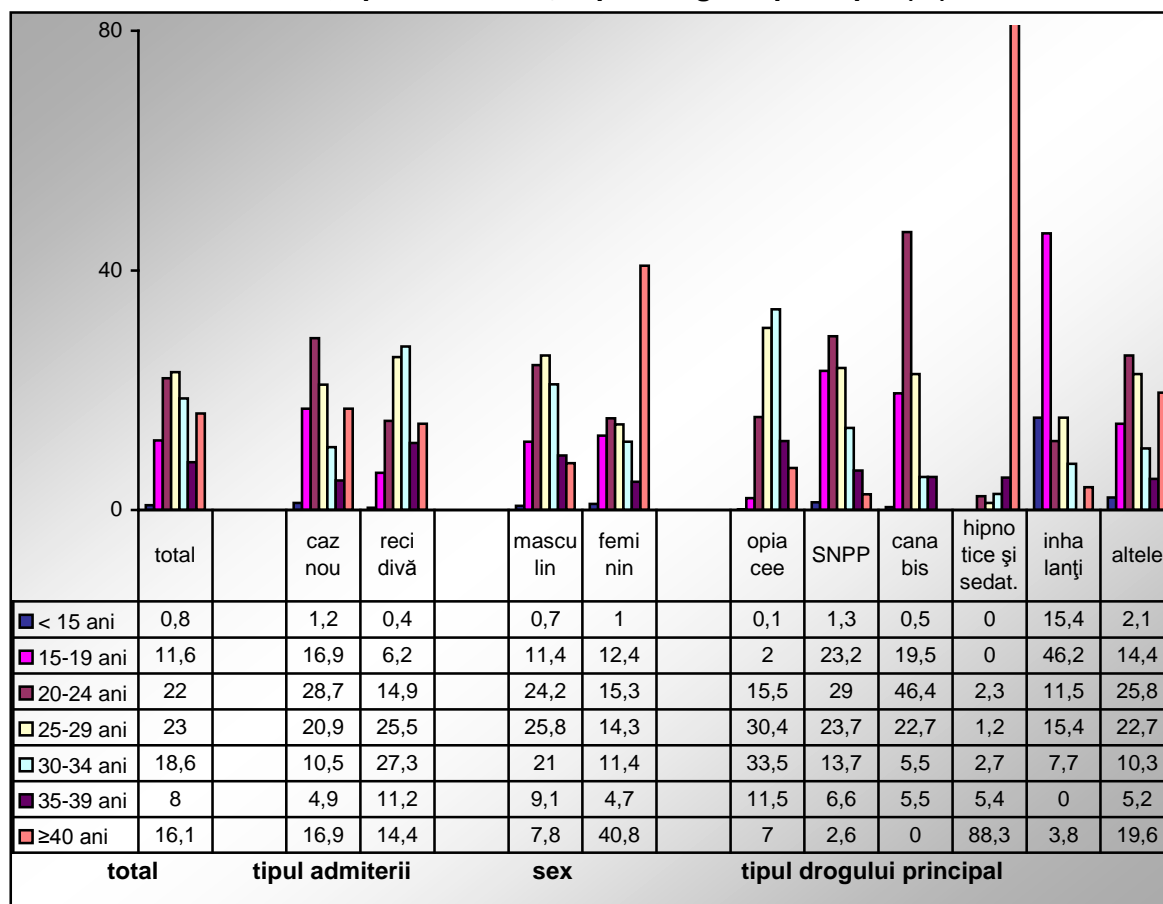


Sursa: ANA

În funcție de **vârsta beneficiarului**, se observă următoarele:

- cei mai mulți dintre beneficiari au între 20-29 de ani (45%);
- în funcție de tipul admitterii se observă la cazurile noi, comparativ cu recidivele, proporții mai mari pentru beneficiarii cu vârste mai mici de 24 de ani (46,8% vs. 21,5%);
- pentru beneficiarii de sex masculin s-a înregistrat o proporție mai mare pentru cei cu vârste între 20 și 39 de ani (80,1% vs. 45,7%), iar pentru cei de sex feminin o proporție de aproximativ 5 ori mai mare pentru cei de 40 de ani și peste (40,8% vs. 7,8%);
- având în vedere tipul drogului principal pentru care s-a solicitat asistență se observă că, cei mai mulți dintre cei care au solicitat asistență pentru consumul de inhalanți au sub 19 ani și între 25-29 de ani (77%), SNPP și canabis între 15-29 de ani (75,9%, respectiv 88,6%), opiacee au între 25-34 de ani (63,9%) și pentru hipnotice 40 de ani și peste (88,3%).

**Grafic nr. 1-7: Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de vârsta beneficiarului, tipul admitterii și tipul drogului principal (%)**



Sursa: ANA

## Concluzii

- Există o creștere cu 6,4% (118 cazuri) față de anul anterior (2012- 1971 de cazuri vs. 2011-1853 de cazuri) a numărului de persoane asistate atât în libertate (regim de internare/ ambulatoriu), cât și în mediul de detenție.
- Se revine la tendința înregistrată în anii anteriori: heroina redevine drogul pentru care s-a solicitat cel mai frecvent asistență (2012: heroină 34,8% și SNPP-31,7%; 2011: SNPP- 42,5% și heroină-31,3%). Trebuie precizat însă că noile substanțe psihoactive sunt folosite fie în paralel cu drogul principal (policonsum), fie ca drog secundar împreună cu alcoolul și canabisul.
- Similar anilor anteriori: cei mai mulți dintre beneficiari sunt de sex masculin și au între 20-29 de ani (45%).
- În cea mai mare proporție beneficiarii de sex feminin au 40 de ani și peste și au solicitat asistență pentru hipnotice și sedative.

## 1.2. BOLI INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

### Cadru general

În anul 2012, prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri indică o tendință de creștere pentru toate cele care sunt monitorizate:

- creștere alarmantă pentru HVB;
- creștere pentru HVC la nivele înalte (peste media europeană);
- creștere alarmantă pentru HIV (peste media europeană).

Creșterile înregistrate apar pe fondul diminuării ofertei de servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri injectabile ca urmare a finalizării unor programe cu finanțare externă, creșterii frecvenței injectării datorită schimbării modelelor de consum și migrării spre consum injectabil de SNPP (stimulante), precum și pe fondul adresabilității reduse la serviciile medico-sociale.

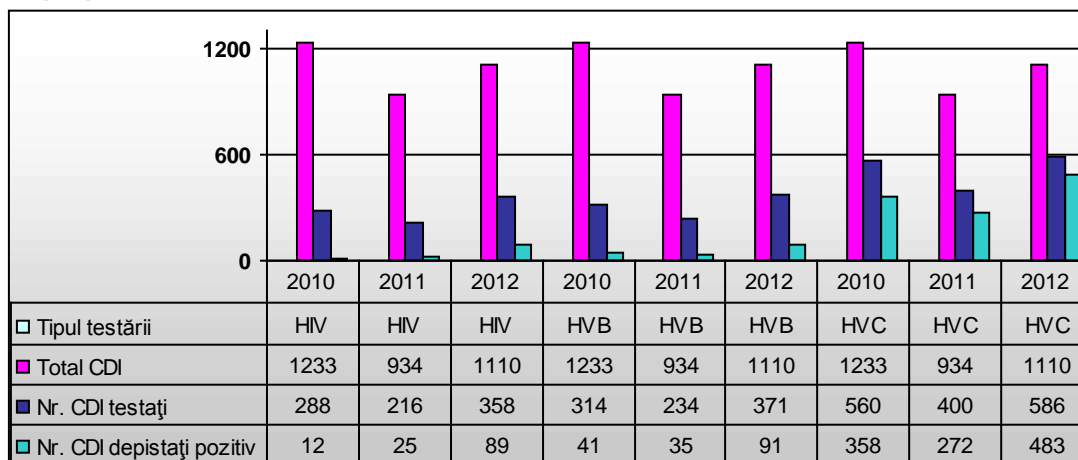
Datele au fost colectate prin monitorizare de rutină, având la bază protocolul privind implementarea indicatorului Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, descris anterior<sup>14</sup>.

### 1.2.1. Bolile infecțioase asociate consumului de droguri – înregistrate prin monitorizarea de rutină

În anul 2012, în baza de date evidențiată mai sus au fost înregistrate 1110 cazuri de consumatori de droguri injectabile (CDI), față de 934 de cazuri înregistrate în 2011. Drogul principal utilizat de CDI a fost heroina (823 față de 585 în 2011), restul cazurilor raportând alte substanțe ca drog principal, respectiv stimulante de tip amfetaminic denumite și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub denumirea de „etnobotanice” SNPP (247 cazuri care raportează aproape în totalitate, PUR), metadonă (14 cazuri), cocaină (1 caz) și tramadol (1 caz).

În funcție de sexul pacientului, din totalul cazurilor analizate pentru anul 2012, 82,1% au fost de sex masculin și 17,6% de sex feminin, 0,4% nespecificat. Față de anul anterior, se remarcă o ușoară creștere a proporției persoanelor de sex masculin în totalul populației analizate.

**Grafic nr. 1-8: Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2010-2012 (nr.)**



Sursa: ANA

<sup>14</sup> Vezi descrierea sistemului prezentată în capitolul 1.1 Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri

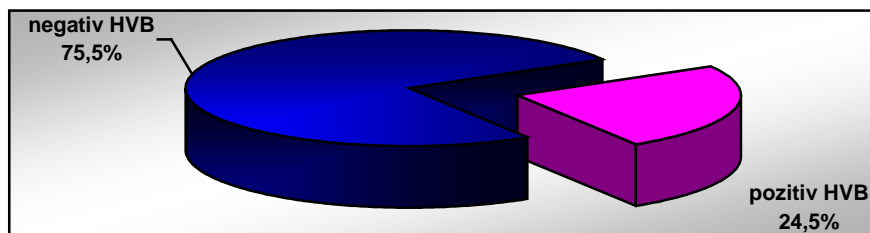


Dintre cele 1110 persoane înregistrate drept consumatori de droguri injectabile în baza indicatorului Admitere la tratament, 586 au declarat că au fost testate în ultimele 12 luni pentru virusul hepatic C (VHC), 371 pentru virusul hepatic B (VHB) și 358 pentru HIV. Nu au fost raportate date suplimentare despre testele de confirmare. Față de anii anteriori, proporția persoanelor testate pentru toate tipurile de infecții a crescut.

#### a) Infecția cu virusul hepatic B

În anul 2012 pentru HVB, prevalența infecției a fost de 24,5% (față de 15,0% în 2011) (371 testări, 91 cazuri pozitive, dintre care 78 de sex masculin și 12 de sex feminin).

**Grafic nr. 1-9: Prevalența HVB în rândul CDI, 2012**



Sursa: ANA

Comparativ cu anul anterior, se constată o stabilizare a prevalenței HVB în rândul persoanelor de sex masculin (de la 25,6% la 26%), concomitent cu o creștere semnificativă a prevalenței HVB în rândul celor de sex feminin (de la 4,4% la 17,7%).

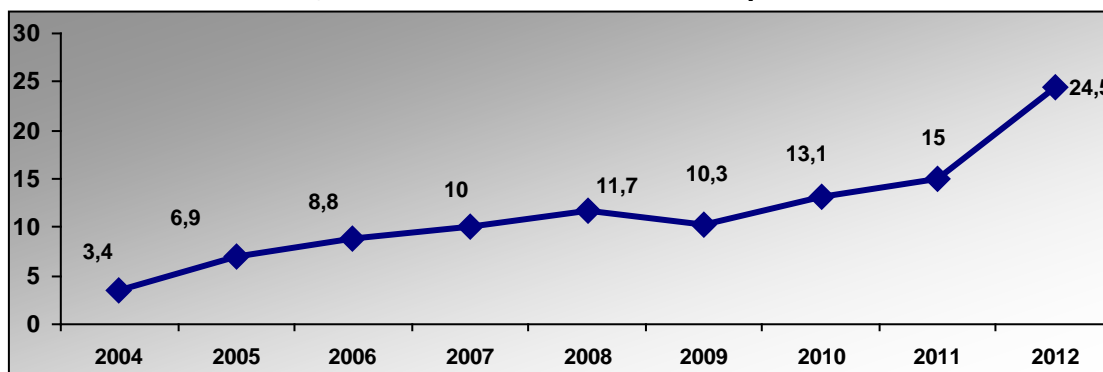
**Tabel nr. 1-2: Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012**

Sex	2008	2009	2010	2011	2012
bărbați	13,2	10,9	26,1	25,6	26
femei	3,2	8,1	0,6	4,4	17,7

Sursa: ANA

Analizând datele pentru perioada 2004-2012, se observă o tendință de creștere constantă a prevalenței HVB în rândul CDI, exceptând anul 2009.

**Grafic nr. 1-10: Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2012**

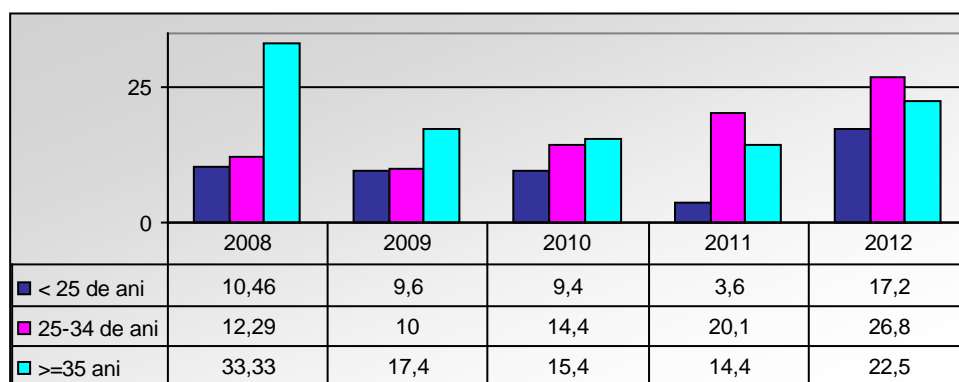


Sursa: ANA

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență HVB s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (26,8%).



**Grafic nr. 1-11: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012**

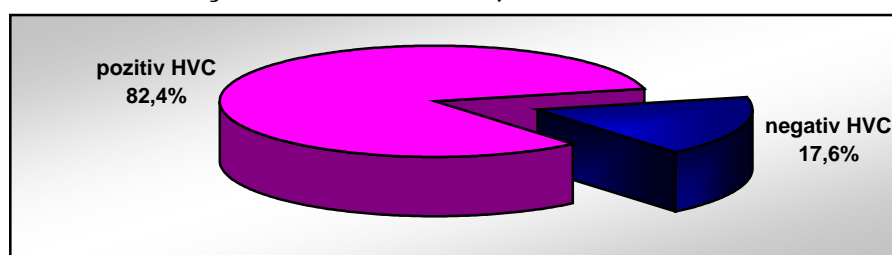


Sursa: ANA

#### b) Infecția cu virusul hepatic C

Prevalența infecției cu HVC în rândul celor 586 de CDI testați, continuă să se situeze la valori foarte mari. Datele disponibile pentru anul 2012, arată o prevalență a infecției HVC de 82,4% (față de 68,5% în 2011), valoare care plasează România în rândul țărilor europene cu o prevalență foarte crescută pentru infecția cu HVC.

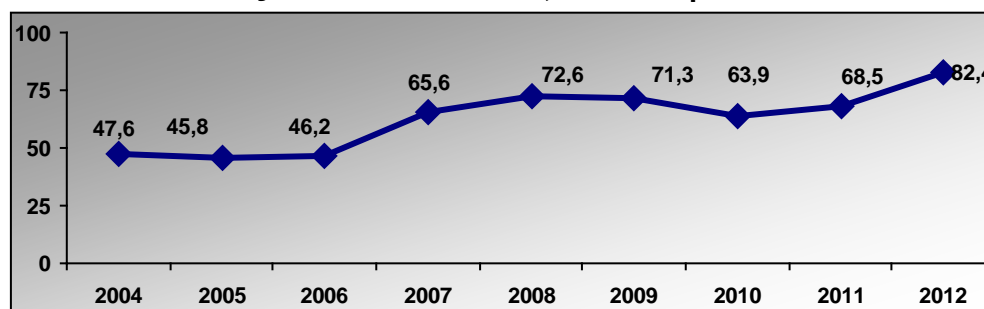
**Grafic nr. 1-12: Prevalența HVC în rândul CDI, 2012**



Sursa: ANA

Distribuția prevalențelor HVC în perspectivă multianuală, indică o creștere a prevalenței HVC în rândul CDI la valori de peste 80%, după o perioadă de 5 ani în care s-au înregistrat variații în intervalul 60-70%. Valorile înregistrate în ultimii ani sunt foarte mari, iar prevalența crescută a HVC în rândul CDI, poate avea atât cauze directe, respectiv frecvența mai mare de utilizare a echipamentului de injectare în comun și indisponibilitatea echipamentului steril sau lipsa de informare a consumatorilor cu privire la riscurile asociate consumului de droguri injectabile, într-o proporție mai mică, dar și cauze indirecte, determinate de o mai mare disponibilitate a serviciilor de testare HVC.

**Grafic nr. 1-13: Prevalența HVC în rândul CDI, date comparate 2004-2012**



Sursa: ANA

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HVC continuă să fie semnificativ mai mare în rândul persoanelor de sex masculin, 85,4%, comparativ cu cea în rândul femeilor, 65,5%. Comparativ cu anii anteriori, se constată o creștere a proporției persoanelor de sex feminin HVC pozitive și o stabilizare a proporției persoanelor HVC pozitive, pentru CDI HVC+ de sex masculin.

**Tabel nr. 1-3: Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012**

Sex	2008	2009	2010	2011	2012
bărbați	74,91	77,5	84,94	86,1%	85,4
femei	51,5	38,1	21,1	33,3%	65,5

Sursa: ANA

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență HVC s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (88,2%), urmată de grupa celor cu vârsta cuprinsă între 25-34 de ani (85,3). Cea mai mică prevalență a HVC s-a înregistrat pentru CDI cu vârste mai mici de 25 de ani (64,5%).

Comparativ cu perioada anterioară, se constată creșteri ale prevalențelor infecției HVC în rândul CDI pentru toate grupele de vârstă.

**Tabel nr. 1-4: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012**

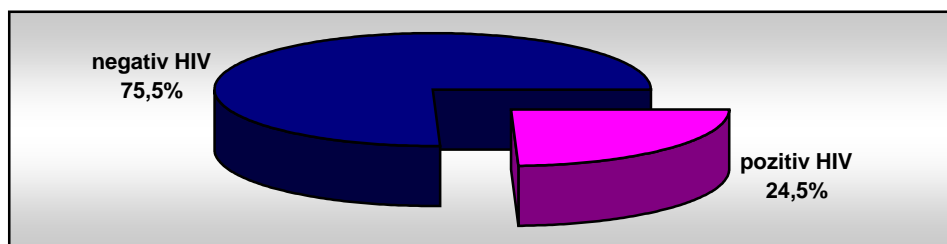
Grupa de vârstă	2008	2009	2010	2011	2012
< 25 de ani	73,64	67,3	47,5	51,8	64,5
25-34 de ani	70,27	73,7	69,8	75	85,3
>=35 ani	88,88	69,2	70	62,8	88,2

Sursa: ANA

### c) Infecția cu HIV

În anul 2012, din cele 358 de persoane consumatoare de droguri injectabile care au declarat că au fost testate HIV în cadrul unităților medicale de profil în urmă cu cel mult 6 luni, s-au înregistrat 89 de cazuri (24,5%) de CDI seropozitivi, ceea ce reprezintă o creștere de aproape 3 ori a acestui tip de prevalență.

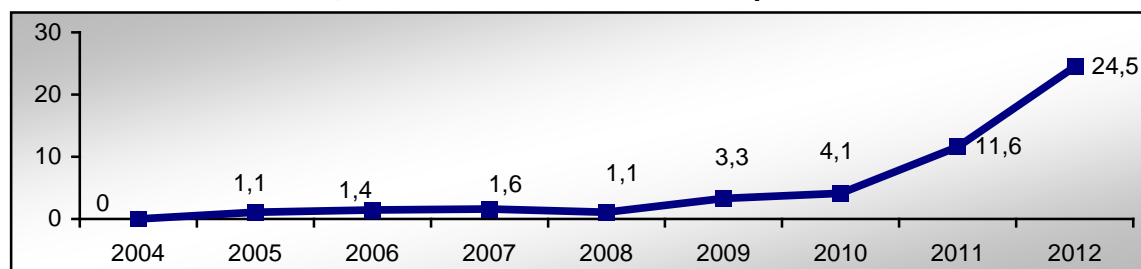
**Grafic nr. 1-14: Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2012**



Sursa: ANA

Se confirmă astfel tendința înregistrată în 2009-2011, observându-se o creștere alarmantă a cazurilor HIV în rândul CDI și se semnalează nevoia de intervenții rapide pentru a limita răspândirea acestei infecții cu precădere în rândul grupurilor vulnerabile.

**Grafic nr. 1-15: Prevalența HIV în rândul CDI, date comparate 2004-2012**



Sursa: ANA

Distribuția, în funcție de sexul pacientului, arată că prevalența infecției cu HIV a înregistrat valori mai mari în rândul CDI de sex masculin (26%), decât în rândul celor de sex feminin (13,2%). Comparativ cu anul anterior, se constată că, în cazul femeilor, se înregistrează o tendință crescătoare accelerată.

**Tabel nr. 1-5: Prevalența HIV în rândul CDI în funcție de sex, 2008-2012**

Sex	2008	2009	2010	2011	2012
bărbați	1,3	3,2	7,9	20,2	26
femei	0	3,8	1,3	3,6	13,2

Sursa: ANA

Pe categorii de vârstă, cea mai mare prevalență a infecției HIV s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (25%). Pe locul al doilea ca nivel al prevalenței HIV, se situează grupa celor cu vârstă cuprinsă între 25 și 34 de ani (24,9%).

Comparativ cu perioada anterioară, se constată creșteri ale prevalențelor infecției HIV pentru toate categoriile de vârstă.

De remarcat că, pentru categoria de vârstă sub 25 de ani, se înregistrează cea mai spectaculoasă creștere a prevalenței infecției HIV (de peste 6 ori mai mare comparativ cu anul anterior) și totodată o schimbare de tendință pentru acest tip de infecție.

**Tabel nr. 1-6: Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012**

Grupa de vârstă	2008	2009	2010	2011	2012
< 25 de ani	0	1,8	1,1	3,7	24,6
25-34 de ani	2	4,5	5,8	15,8	24,9
>=35 ani	0	0	4,3	8,3	25

Sursa ANA

Totodată, în anul 2012, Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA, din Cadrul Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA din Ministerul Sănătății, raportează pentru România, 231 de cazuri noi HIV+ identificate în rândul consumatorilor de droguri injectabile (31% din totalul cazurilor noi de HIV la nivel național pe toate categoriile de risc). Tendința se menține crescătoare, evidențiind faptul că ne aflăm în fața unui focar de infecție HIV în rândul CDI, care încă nu a atins maximul de potențial și prezintă risc de răspândire a unei epidemii HIV.

**Tabel nr. 1-7: Tendințe în calea de transmitere în România 2007-2012**

Calea de transmitere	31 decembrie 2007	31 decembrie 2008	31 decembrie 2009	31 decembrie 2010	31 decembrie 2011	31 decembrie 2012
<b>Verticală</b>	8 (2%)	7 (1%)	20 (4%)	25 (5%)	21 (3%)	18 (2%)
<b>BSB (bărbați sex cu bărbați)</b>	14 (3%)	40 (40%)	44 (9%)	60 (11%)	95 (13%)	80 (10%)
<b>CDI (consumatori de droguri i.v.)</b>	4 (1%)	3 (1%)	7 (1,4%)	14 (3%)	131 (18%)	231 (31%)
<b>BSB/CDI</b>				1 (<0,5%)	5 (1%)	6 (1%)
<b>Heterosexuală</b>	252 (79%)	397 (76%)	383 (77%)	399 (75%)	440 (61%)	382 (51%)
<b>Necunoscută</b>	67 (15%)	71 (14%)	43 (8,6%)	32 (6%)	28 (4%)	37 (5%)
<b>Total</b>	445	522	497	531	720	754

Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA

#### Concluzii:

- Prevalențele pentru infecțiile cu HVB, HVC și HIV în rândul CDI au înregistrat tendințe crescătoare alarmante, datorate parțial schimbărilor survenite în modelele de consum (aparitia și consumul de SNPP, convertirea consumatorilor de heroină injectabilă către consumul de SNPP injectabil).
- O altă explicație a schimbărilor de tendință înregistrate pentru cele trei tipuri de infecții, poate fi reducerea substanțială a intervențiilor de reducere a riscurilor de contractare a bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, datorată la rândul ei lipsei fondurilor de finanțare, în special pentru proiectele derulate de organizațiile neguvernamentale specializate.

#### 1.2.2. Studii privind prevalența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri

##### A. Evaluare rapidă a riscurilor ECDC, ca urmare a raportării de către România și Grecia a unui număr crescut de cazuri de consumatori de droguri injectabile infectați cu HIV<sup>15</sup>

##### **Situația din România**

La data de 14 noiembrie 2011, ANA și Ministerul Sănătății din România au notificat detectarea pentru anul 2011 a unei creșteri importante a infecțiilor noi cu virusul HIV în rândul CDI, semnalată de către Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/ SIDA din cadrul Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA. În timp ce, din 2007 până în 2009, anual se raportau 3-5 cazuri de infecții cu HIV în rândul CDI<sup>16</sup>, în anul 2010, numărul acestora a crescut la 12 cazuri, iar pe primele 9 luni ale anului 2011 s-au înregistrat 62 de cazuri. Pe de altă parte, dacă în 2009 doar 1% (5 din 428) din cazurile noi de infecții cu HIV proveneau din rândul CDI, iar în 2010 numai 3% (12 din 440) din

<sup>15</sup> Joint ECDC and EMCDDA rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. (2012). Disponibil la: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120112\\_TER\\_Joint-EMCDDA-and-ECDC-rapid-risk-assessment-HIV-IDU.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120112_TER_Joint-EMCDDA-and-ECDC-rapid-risk-assessment-HIV-IDU.pdf)

<sup>16</sup> A Pharris, L Wiessing, O Sfetcu, D Hedrich, A Botescu, A Fotiou, G K Nikolopoulos, M. Malliori, M Salminen, J E Suk, P Griffiths, M J van de Laar, Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, decembrie 2011. Disponibil la: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V16N48/art20032.pdf>

astfel de cazuri, în anul 2011 (pe primele 9 luni), 15% (62 din 405) dintre infecțiile noi cu HIV raportate s-au identificat în rândul CDI.

Cazuri raportate în 2011 au fost în mare parte reprezentate de consumatori care aveau domiciliul în București și zona înconjurătoare (56 din 62), predominant bărbați (55 din 62), cu vârsta mai mică de 34 ani (55 din 62). Jumătate din aceste cazuri au fost diagnosticate cu infecție cu HIV cu ocazia spitalizării în secțiile de boli infecțioase. Celelalte cazuri au fost diagnosticate în cadrul monitorizării de rutină, efectuată în timpul tratamentului de substituție, acordat consumatorilor de droguri. În 87% din cele 62 de cazuri, a fost detectată și prezența virusului hepatitei C. Treisprezece cazuri nou diagnosticate cu infecția HIV au fost clasificate drept cazuri SIDA, sugerând că, cel puțin această parte a cazurilor a fost infectată mai puțin recent. Din restul de 49 de cazuri, 29 au avut un număr de celule CD4 la diagnostic mai mare de 500 celule/mm<sup>3</sup>, sugerând infecții mai recente. Potrivit altor date, provenite din monitorizarea de rutină a consumatorilor de droguri admiși la tratament, rezultă o tendință de creștere de la 1% (2 din 182) în 2008, la 3% (11 din 329) în 2009, ajungând la 4% (12 din 288) HIV-pozitivi de cazuri în rândul CDI testați în 2010.

### ***Evaluarea focarului de infecție din România***

Nivelul scăzut al furnizării de tratament de substituție pentru opiacee și scăderea recentă a numărului de echipament steril distribuit prin programele de schimb de ace și seringi, precum și o creștere recentă a policonsumului de opiacee și stimulente de tip amfetaminic, care a condus implicit la o frecvență mai mare a injectării, au contribuit la sporirea ratei de transmitere a HIV. Focarul de infecție HIV în rândul CDI din România nu a fost considerat a fi o amenințare imediată pentru țările UE, în ceea ce privește transmiterea bolii de la România către alte țări ale UE. Cu toate acestea, circumstanțele focarului român au fost considerate a fi de relevanță pentru alte țări ale UE, spre a fi utilizate pentru prevenirea și supravegherea în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

### **B. Ancheta serologică și comportamentală în rândul CDI din București**

În anul 2012, au fost colectate datele studiului BSS 2012 – Ancheta serologică și comportamentală în rândul CDI din București. Datele preliminare indică o prevalență a HIV în rândul CDI de 52,5%. Rezultatele finale ale studiului vor fi publicate în Raportul Național privind situația drogurilor 2013.

### **Concluzii și recomandări**

- Deși amploarea creșterilor raportate poate fi parțial legată de o consolidare a sistemului de supraveghere și de constatare a cazurilor, dovezile indică o creștere reală a transmiterii HIV în România.
- Există o asociere temporală între niveluri scăzute (sau reducerea) în furnizarea serviciilor specifice de prevenire a riscurilor asociate consumului injectabil și România și aceste majorări. Cu toate acestea, orice asociere de cauzalitate este dificil de dovedit.
- Pentru a preveni noi cazuri de HIV în rândul CDI din România este esențial un accent crescut pe măsurile de prevenire, cum ar fi programele de schimb de seringi și tratamentul de substituție pentru opiacee.
- Ancheta epidemiologică a acestor focare va facilita o mai bună înțelegere a situației actuale în a preveni alte focare.

### 1.3. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

#### A. Analiza situației urgențelor medicale ca urmare a consumului de droguri înregistrate în 2012

Deși nu se numără printre cei 5 indicatori epidemiologici-cheie stabiliți de OEDT, indicatorul urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive este inclus printre criteriile de apreciere utilizate atât la nivel european, cât și mondial, pentru a evalua dimensiunea consumului de droguri. Acesta are rolul de a semnaliza tendințele noi manifestate în consumul de substanțe psihoactive, atât în ceea ce privește tiparele noi de consum (ex: consum injectabil, policonsum etc.), cât și în privința substanțelor noi apărute pe piața drogurilor.

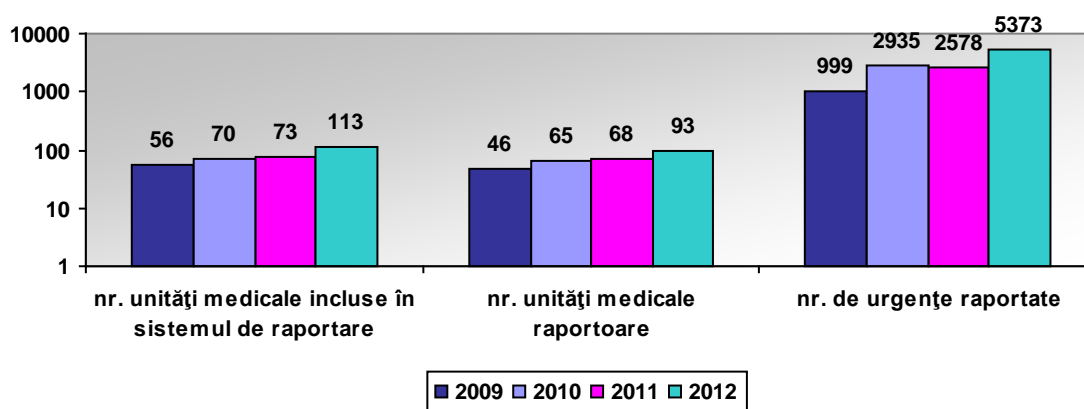
În anul 2012, Agenția Națională Antidrog a îmbunătățit procesul de colectare a datelor privind urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, prin:

- actualizarea și diseminarea la nivel național a Metodologiei de monitorizare a urgențelor medicale;
- implicarea structurilor teritoriale ale ANA în colectarea datelor privind urgențele medicale datorate consumului de droguri, prin: relaționarea directă a acestora cu furnizorii de date, colectarea fișelor standard și introducerea datelor în baza de date privind urgențele medicale datorate consumului de droguri;
- extinderea sistemului de raportare prin includerea pe lista unităților raportoare a spitalelor municipale și orașenești care au secție/ unitate de primiri urgență;
- îmbunătățirea Fișei standard de înregistrare a urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive prin introducerea unor câmpuri noi: „Nivelul educațional” și „Statusul ocupațional”.

Această nouă abordare a condus la:

- o mai bună promovare pe plan local a structurilor teritoriale ANA și, implicit, a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială oferite de acestea;
- o colectare mai eficientă a cazurilor de urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive;
- monitorizare în timp real a cazurilor de urgență înregistrate și de aici posibilitatea evaluării rapide a tendințelor emergente manifestate în consumul de droguri.

**Grafic nr. 1-16: Evoluția sistemului de colectare a datelor privind urgențele medicale 2009-2012 (nr.)**



Sursa: ANA

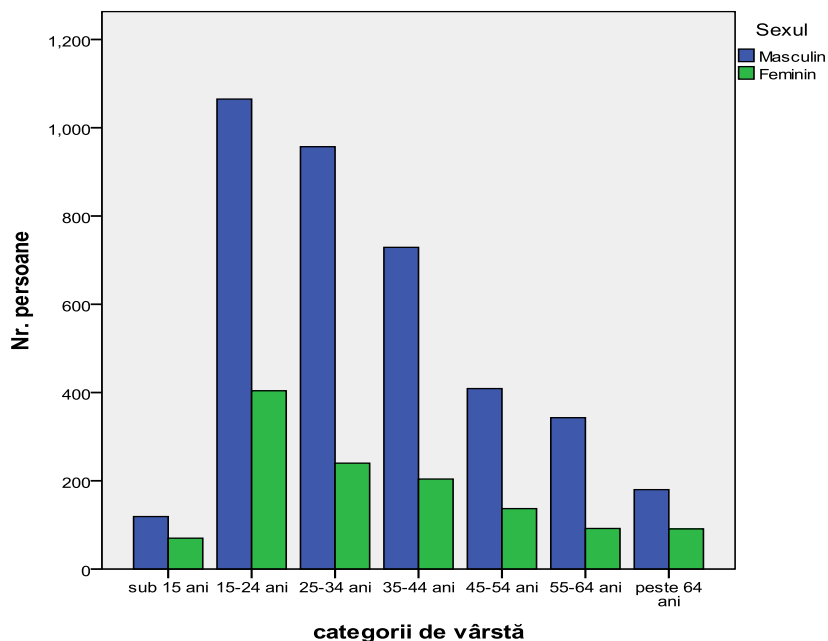
Astfel, pe fondul lărgirii ariei unităților medicale raportoare (113 față de 73 unități în 2011), dar și al îmbunătățirii capacității de colectare a datelor, în anul 2012, au fost raportate **5373 cazuri de urgență medicală**, cauzate de consumul de substanțe psihoactive. Spre deosebire de anii anteriori, au fost incluse în bază și episoadele de urgență în care s-a

menționat exclusiv consumul de alcool. Această decizie a fost determinată pe de o parte, de rezultatele studiilor recent realizate de Agenția Națională Antidrog (vezi GPS 2010, ESPAD 2011, SPS 2011), potrivit cărora consumul de alcool este un factor de risc în debutul consumului de droguri ilicite, iar pe de altă parte, de constatarea reieșită din analiza caracteristicilor consumatorilor de droguri, conform căreia în policonsumul de droguri, alcoolul este prezent în foarte multe cazuri.

Spre deosebire de anul 2011, când au fost raportate 2578 de cazuri de urgențe medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în anul 2012 se remarcă o dublare a numărului acestora. Această diferență semnificativă poate fi explicată atât prin îmbunătățirile aduse sistemului de colectare, cât și prin includerea urgențelor datorate exclusiv consumului de alcool, a căror pondere în totalul cazurilor de urgență raportate este considerabilă. De aceea, analiza cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive va avea în vedere categoria de substanțe care a determinat episodul de urgență și se va axa în primul rând pe cazuistica medicală generată de consumul de droguri ilicite, categorie în care vor fi incluse și substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP)<sup>17</sup>.

Ca și în anii anteriori, în funcție de sex, distribuția cazurilor de urgențe medicale prezintă aceeași repartitie inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – 75,6% bărbați, comparativ cu 24,4% femei. Pe ansamblu, se remarcă un raport de 3,1:1 bărbați - femei, care s-au prezentat în serviciile de primiri urgență pentru consum de substanțe psihoactive, asemănător cu cel de 2,88:1, cât s-a înregistrat în anul anterior, dar mai mare decât cel de 2,57:1 înregistrat în 2010.

**Grafic nr. 1-17: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență din cauza consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și categorii de vârstă**



Sursa: ANA

<sup>17</sup> Potrivit Legii 194 din 2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare

În funcție de vârsta persoanei examinate, analiza cazuisticii urgențelor medicale raportate arată următoarea distribuție în anul 2012:

- peste jumătate (56,7%) din totalul pacienților sunt persoane cu vârsta sub 34 de ani, peste un sfert (29,3%) sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 de ani, iar restul de 14% sunt persoane de peste 54 de ani (din analiză au fost excluse persoanele a căror vârstă nu a fost raportată);
- vârsta medie este de 34,57 ani, fiind puțin mai mare pentru persoanele de sex masculin: 34,79 ani, comparativ cu 33,91 ani, cât se înregistrează în cazul femeilor;
- atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare este grupa 15-24 de ani (28% în cazul bărbaților, respectiv 32,6% în cazul femeilor).

În ceea ce privește tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43% au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 27,3% au fost înregistrate ca urmare a problemelor de sănătate survenite pe fondul consumului de droguri ilicite, 13,4% dintre urgențele medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive s-au datorat consumului exclusiv și excesiv de medicamente, în 13,1% dintre cazuri a fost raportat policonsumul de substanțe psihoactive, iar în 2,2% dintre cazuri urgența medicală a fost atribuită consumului unor substanțe necunoscute.

**Tabel nr. 1-8: Distribuția urgențelor medicale raportate în anul 2012, în funcție de sex și motivul care a generat urgența medicală (%)**

Tipul consumului care a generat urgența medicală	Sexul		Total
	Masculin	Feminin	
Policonsum	10,2%	2,9%	13,1%
Consum exclusiv de alcool	36,2%	6,8%	43,0%
Consum exclusiv de droguri ilicite	22,0%	5,3%	27,3%
Consum exclusiv de medicamente	4,7%	8,7%	13,4%
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	1,6%	0,6%	2,2%
Recoltare probe	0,9%	0,1%	1,0%
Total	75,6%	24,4%	100,0%

Notă: Din analiză au fost eliminate cazurile pentru care nu a fost precizat sexul

Sursa: ANA

Între cele două sexe, există diferențe semnificative în cazul:

- **consumului exclusiv de alcool**, unde numărul bărbaților prezentați la serviciile de urgență este de peste 5 ori mai mare decât cel al femeilor ( $\chi^2(1) = 196,273$ ,  $\phi$  (phi) = -0,206;  $p = 0,000$ , asociere negativă de intensitate modestă);
- **consumului exclusiv de droguri ilicite**, unde numărul bărbaților prezentați la serviciile de urgență este de peste 4 ori mai mare decât cel al femeilor ( $\chi^2(1) = 31,508$ ,  $\phi$  (phi) = -0,082;  $p = 0,000$ , asociere negativă de intensitate mică);
- **consumului exclusiv de medicamente**, unde numărul femeilor care au apelat la servicii de urgență este de aproape 2 ori mai mare decât în cazul bărbaților ( $\chi^2(1) = 736,790$ ,  $\phi$  (phi) = 0,399;  $p = 0,000$ , asociere pozitivă de intensitate moderată).

Pentru celelalte motive care au determinat urgența medicală raportată, nu există diferențe semnificative între bărbați și femei.

#### **Urgențele medicale cauzate de consumul de droguri ilicite (inclusiv SNPP)**

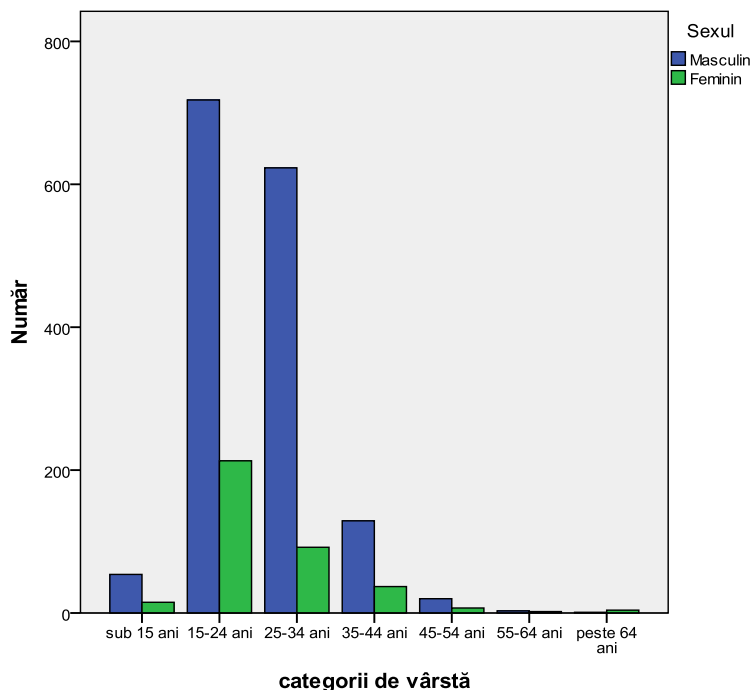
În ceea ce privește cazuistica urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, caracteristicile persoanelor prezentate la serviciile de urgență ale spitalelor, raportate la vârstă și sex, arată următoarea distribuție în anul 2012:

- predomină bărbații, care reprezintă 80,9% din totalul persoanelor care au apelat la serviciile medicale de urgență ca urmare a problemelor cauzate de consumul de droguri ilicite, în timp ce femeile se regăsesc într-o proporție de 19,1%;



- majoritatea (89,4%) sunt persoane cu vârsta sub 34 de ani, 10% sunt persoane cu vârsta între 35 și 54 de ani, iar restul (0,6%) sunt persoane de peste 54 de ani (din analiză au fost excluse persoanele a căror vârstă nu a fost raportată);
- vârsta medie este de 25,06 ani, fiind puțin mai mare pentru persoanele de sex masculin: 25,25 ani, comparativ cu 24,39 ani, cât se înregistrează în cazul femeilor;
- atât în cazul bărbaților, cât și în cel al femeilor, categoria de vârstă care înregistrează ponderea cea mai mare este grupa 15-24 de ani (46,4% în cazul bărbaților, respectiv 57,6% în cazul femeilor).

**Grafic nr. 1-18: Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență din cauza consumului de droguri ilicite, în funcție de sex și categorii de vârstă**



Sursa: ANA

În ceea ce privește modelul de consum, în peste două treimi din cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite s-a înregistrat consumul singular de diferite substanțe psihoactive (71,8%), în timp ce în 28,2% s-a observat policonsum. Între cele două sexe nu există diferențe semnificative în privința modelului de consum adoptat: 71,4% dintre bărbații prezentați în urgență pentru consum de droguri ilicite au declarat consum singular, în timp ce 73,2% dintre femei consumaseră de asemenea un singur tip de substanță ilicită.

Pentru a realiza o analiză a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite în funcție de categoria substanței consumate, s-a procedat la o clasificare a acestora, după cum urmează:

- în clasa „canabis”, au fost incluse: cannabis, hașiș, THC;
- în clasa „opiacee”, au fost incluse: heroina, metadona, opiul, tramadolul, morfina, codeina, naloxona sau substanțele denumite generic „opiacee” sau „opioide”;
- în clasa halucinogenelor au fost incluse: ketamina, LSD, PCP, substanțele intitulate generic „halucinogene”;
- în clasa stimulanzilor, au fost incluse: amfetamine, metamfetamine, ecstasy/ MDMA;
- substanțele consemnate drept „droguri ilicite”, „substanțe psihotrope”, „substanțe psihoactive”, au fost încadrate în clasa „droguri generic”.

Din totalul cazurilor de urgență medicală atribuite consumului de droguri ilicite în anul 2012, în 67,7% dintre cazuri s-a raportat consum (exclusiv sau policonsum) de substanțe noi cu proprietăți psihoactive („etnobotanice”), în 16,3% s-a declarat consum de opiacee (9,4% consum de heroină și 3,3% consum de metadonă), iar în 16,2% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis. Totodată, în 3,6% dintre cazuri înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, într-o proporție similară (3,6%) consum de stimulanti, în timp ce în 3,1% dintre cazuri s-a declarat consum de cocaină. De asemenea, în 4,5% dintre cazurile de urgență înregistrate a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate, iar consumul de solvenți volatili a cauzat urgența medicală pentru 1,9% dintre cazurile de urgență datorate consumului de droguri ilicite.

**Tabel nr. 1-9: Ponderea policonsumului din totalul cazurilor de urgență și cele mai frecvente combinații utilizate, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2012 (%)**

Substanța consumată	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		SNPP	Alcool
Canabis	51%	44%	22%
Opiacee	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		SNPP	Medicamente
	63%	64%	18%
Heroina	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		SNPP	Metadona
	63%	75%	14%
Metadona	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		Heroina	SNPP
	64%	40%	35%
SNPP	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		Alcool	Opiacee
	28%	41%	35%
Stimulanti	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		Canabis	Opiacee, SNPP
	88%	38%	34%
Cocaina	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		SNPP	Opiacee
	73%	38%	29%
Halucinogene	Policonsum	Cele mai frecvente combinații utilizate	
		Canabis	SNPP
	42%	45%	39%

Sursa: ANA

Deși majoritatea urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite au menționat la consum SNPP (67,7%), pentru acest tip de consum a fost raportat cel mai scăzut policonsum (doar 28% din totalul urgențelor medicale datorate consumului de SNPP). În schimb, pentru alte tipuri de consum, ponderea policonsumului este mult mai mare, depășind de cele mai multe ori 50%:

- **Canabisul** a fost raportat în policonsum în proporție de 51%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 44% din totalul cazurilor de policonsum și cu alcoolul – 22%.
- **Opiaceele** au fost menționate la policonsum pentru 63% dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de opiacee; cel mai frecvent, acestea au fost utilizate în combinație cu SNPP – 64% din totalul cazurilor de policonsum, respectiv cu diverse medicamente – 18%.

- **Heroina** a fost declarată în policonsum în proporție de 64%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 75% din totalul cazurilor de policonsum și cu metadonă – 14%.
- **Metadona** a fost declarată în policonsum în 64% dintre cazurile de urgență care au fost generate de consumul de metadonă; cele mai frecvente amestecuri utilizate sunt cele cu heroină – în 40% dintre cazurile de policonsum cu metadonă, respectiv, cu SNPP - 35%.
- **SNPP** – deși SNPP sunt prezente în consumul combinat pentru multe dintre substanțele psihoactive analizate, cele mai frecvente amestecuri utilizate sunt cele cu alcoolul – în 41% dintre cazurile de policonsum al SNPP, respectiv, cu opiaceele - 35%.
- **Stimulanții** – dețin ponderea cea mai mare a cazurilor de policonsum declarat – 88% din totalul cazurilor de urgență în care a fost menționat consum de stimulanți; cele mai frecvente combinații utilizate au fost cu cannabisul – 38% din totalul cazurilor de policonsum și cu opiaceele și SNPP – 34%.
- **Cocaina** - a fost declarată în policonsum în proporție de 73%, cele mai frecvente combinații utilizate fiind cu SNPP – 38% din totalul cazurilor de policonsum și cu opiaceele – 29%.
- **Halucinogenele** au fost menționate la policonsum pentru 42% dintre cazurile de urgență cauzate de consumul de halucinogene; cel mai frecvent, acestea au fost utilizate în combinație cu cannabisul – 45% din totalul cazurilor de policonsum, respectiv cu SNPP – 39%.

**Tabel nr. 1-10: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum)**

Substanța consumată	Masculin	Feminin	Total
<b>SNPP</b>	68,9%	62,6%	67,7%
<b>Opiacee</b>	15,0%	21,9%	16,3%
Heroina	8,9%	11,9%	9,4%
Metadona	2,8%	5,4%	3,3%
<b>Canabis</b>	16,8%	13,4%	16,2%
<b>Halucinogene</b>	3,5%	4,1%	3,6%
PCP	0,7%	1,0%	0,8%
Ketamina	0,5%	0,3%	0,5%
LSD	0,3%	0,3%	0,3%
<b>Stimulanți</b>	3,2%	5,4%	3,6%
Amfetamine/ metamfetamine	2,0%	4,1%	2,4%
Ecstasy/ MDMA	1,4%	1,8%	1,5%
<b>Cocaina</b>	3,0%	3,1%	3,1%
<b>Solvenți volatili</b>	1,8%	2,3%	1,9%
<b>Droguri generic</b>	4,7%	3,6%	4,5%

Sursa: ANA

Între cele două sexe, se observă diferențe semnificative în cazul consumului de opiacee (exclusiv sau policonsum), unde pacienții de sex masculin care au apelat la serviciile de urgență pentru un astfel de consum sunt de aproape 3 ori mai numeroși decât cei de sex feminin ( $\chi^2(1) = 11,100$ ,  $\phi(\phi) = 0,074$ ;  $p=0,001$ , asociere pozitivă de intensitate mică).

Pe categorii de vârstă, distribuția urgențelor medicale generate de consumul de droguri ilicite, în funcție de substanța consumată, se prezintă astfel:

- **SNPP:** 90,5% dintre persoanele prezentate în serviciile de primiri urgență ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul de SNPP, au fost persoane cu vârsta sub 34 de ani.
- **Opiacee:** majoritatea (84,5%) dintre urgențele medicale în care s-a raportat consum de opiacee a fost reprezentată de persoane cu vârsta sub 34 ani - aproximativ un sfert (24,3%) aveau vârsta sub 24 ani și 60,2% aveau vârsta cuprinsă între 25-34 ani, în timp ce 13,7% aveau vârstă cuprinsă între 35 și 54 ani.
- **Heroina:** cea mai mare parte a persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență în urma consumului de heroină aparțineau categoriei de vârstă 15-34 ani – 86%, în timp ce doar 14% aveau vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani.
- **Metadona:** ca și în cazul heroinei, cea mai mare parte a persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență în urma consumului de metadonă aparține grupei de vârstă 15-34 ani – 89,2%, în timp ce doar 9,2% au vârstă cuprinsă între 35 și 54 ani.
- **Canabis:** în 61% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consumul de cannabis, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, în 30,2% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce în 8,2% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 35 și 54 ani.
- **Halucinogene:** în peste jumătate (56,5%) din cazurile de urgență în care a fost declarat consum de substanțe halucinogene, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, iar în peste o treime din cazuri (36,2%) a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani.
- **Ketamina:** în proporții egale – 50%, persoanele care s-au prezentat la secțiile de primiri urgență din cauza problemelor generate de consumul de ketamină, au vârstele cuprinse între 15-24 ani, respectiv 25-34 ani.
- **LSD:** două treimi (66,7%) dintre urgențele cauzate de consumul de LSD reprezintă persoane cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani, în timp ce o treime (33,3%) sunt persoane cu vârsta între 25-34 ani.
- **Stimulanți:** în peste jumătate (57%) din cazurile de urgență în care a fost declarat consum de substanțe stimulante, persoanele aveau vârsta sub 24 ani, iar în peste o treime din cazuri (36,1%) a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani.
- **Amfetamine/ metamfetamine:** în 4,3% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consum de amfetamine sau metamfetamine, a fost vorba de persoane cu vârsta sub 15 ani, în timp ce în trei sferturi dintre aceste cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani.
- **Ecstasy/ MDMA:** două treimi (63,3%) dintre urgențele cauzate de consumul de ecstasy/ MDMA reprezintă persoane cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani, în timp ce o treime (36,7%) sunt persoane cu vârsta între 25-34 ani.
- **Cocaina:** în proporții egale – 44,8%, persoanele care s-au prezentat la secțiile de primiri urgență din cauza problemelor generate de consumul de cocaină, au vârstele sub 24 ani, respectiv 25-34 ani, în vreme ce aproximativ 10% aveau vârstele cuprinse între 35 și 54 ani.
- **Solvenți volatili:** în majoritatea urgențelor medicale în care s-a consemnat consum de substanțe volatile, persoanele erau foarte tinere (81,1%), având vârsta sub 24 ani, în timp ce în 13,5% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani.
- **Droguri generic:** în 85% dintre cazurile de urgență în care a fost raportat consum de droguri generic, a fost vorba de persoane cu vârsta sub 34 ani, în timp ce în 15% dintre aceste cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 ani.

**Tabel nr. 1-11: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum)**

Substanța consumată	Categoriile de vârstă							Total
	sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 64 ani	
<b>SNPP</b>	3,5%	50,7%	36,3%	8,7%	0,8%			100,0%
<b>Opiacee</b>	1,9%	23,0%	60,2%	11,5%	2,2%	0,9%	0,3%	100,0%
Heroină		22,6%	63,4%	12,9%	1,1%			100,0%
Metadonă	1,5%	23,1%	66,2%	7,7%	1,5%			100,0%
<b>Canabis</b>	1,3%	59,7%	30,2%	7,2%	0,9%	0,3%	0,3%	100,0%
<b>Halucinogene</b>	2,9%	53,6%	29,0%	7,2%	4,3%	1,4%	1,4%	100,0%
PCP		43,8%	12,5%	18,8%	12,5%	12,5%		100,0%
Ketamină		50,0%	50,0%					100,0%
LSD		66,7%	33,3%					100,0%
<b>Stimulanți</b>	2,8%	54,2%	30,6%	5,6%	4,2%		2,8%	100,0%
Amfetamine/ metamfetamine	4,3%	48,9%	27,7%	8,5%	6,4%		4,3%	100,0%
Ecstasy/ MDMA		63,3%	36,7%					100,0%
<b>Cocaină</b>	1,7%	43,1%	44,8%	8,6%	1,7%			100,0%
<b>Solvenți volatili</b>	29,7%	51,4%	10,8%	2,7%	2,7%	,0%	2,7%	100,0%
<b>Droguri generic</b>	3,8%	45,0%	36,2%	10,0%	2,5%	2,5%		100,0%

Sursa: ANA

Deși în cazul celor mai tineri pacienți prezentați la serviciile de urgență pentru consumul de droguri ilicite este vorba de consum accidental de astfel de substanțe, cazurile înregistrate merită evidențiate:

- Pacient în vârstă de 2 ani – un caz de consum accidental de metadonă, când copilul a ingerat metadona tatălui (dependent de droguri), care era introdusă într-o sticlă de *Sprite* și 2 cazuri de consum accidental de diluant.
- Pacient în vârstă de 4 ani - un caz de consum accidental de opiacee (fără menționarea substanței consumate).
- Pacient în vârstă de 5 ani – un caz de consum accidental de diluant.
- Pacient în vârstă de 8 ani – consum accidental de droguri (fără menționarea substanței consumate), dar potrivit anamnezei și testului psihologic aplicat copilului, rezultă că mama i-a administrat pe cale intravenoasă droguri.

Dacă excludem însă cazurile de urgență menționate mai sus, datorate consumului accidental de droguri ilicite, tabloul celor mai mici vârste, pe categorii de substanțe consumate, se prezintă astfel: cel mai tânăr pacient care s-a prezentat în urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite consumase solvenți volatili și avea 9 ani. Urmează consumul de SNPP, cu pacienți de 10 ani, consumul de opiacee, de stimulanți și cel de amfetamine/ metamfetamine – semnalat pentru persoane de 11 ani, consumul de canabis, de halucinogene, de droguri generic – pentru persoane de 13 ani, consumul de cocaină – pentru persoane cu vârsta de 14 ani, consumul de heroină, PCP – pentru persoane cu vârsta de 15 ani, consumul de metadonă – pentru persoane cu vârsta de 16 ani, consum de ecstasy – pentru persoane cu vârsta de 17 ani, consumul de ketamină – pentru persoane cu vârsta de 19 ani și consum de LSD – pentru persoane cu vârsta de 20 ani.

**Tabel nr. 1-12: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate 2012 (consum exclusiv și policonsum)**

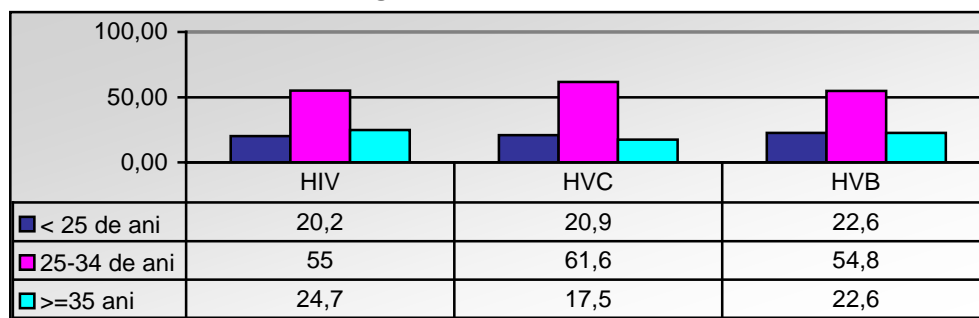
Substanța consumată	Cea mai mică vârstă
<b>SNPP</b>	<b>10 ani</b>
<b>Opiacee</b>	<b>11 ani</b>
Heroină	15 ani
Metadonă	16 ani
<b>Canabis</b>	<b>13 ani</b>
<b>Halucinogene</b>	<b>13 ani</b>
PCP	15 ani
Ketamină	19 ani
LSD	20 ani
<b>Stimulanți</b>	<b>11 ani</b>
Amfetamine/ metamfetamine	11 ani
Ecstasy/ MDMA	17 ani
<b>Cocaină</b>	<b>14 ani</b>
<b>Solvenți volatili</b>	<b>9 ani</b>
<b>Droguri generic</b>	<b>13 ani</b>

Sursa: ANA

#### **B. Bolile infecțioase asociate consumului de droguri, semnalate în rândul urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri**

În privința riscurilor asociate consumului de droguri, în anul 2012 se remarcă o creștere a incidenței bolilor infecțioase în rândul persoanelor care apelează la serviciile medicale de urgență din cauza problemelor de sănătate generate de consumul de droguri. Astfel, în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de substanțe psihoactive raportate în anul 2012, a fost semnalată prezența infecției cu HIV, cu virusurile hepatice B, C și D sau cu TBC, în 245 de cazuri, după cum urmează: pentru 61,6% dintre aceste cazuri a fost vorba de persoane care au declarat consum de droguri ilicite, în 35,5% de cazuri de urgență datorate policonsumului, în 1,2% cazuri de urgență generate de consumul exclusiv de alcool, iar în proporții egale în 0,8% cazuri de urgență determinate de consumul exclusiv de medicamente, respectiv al unor substanțe necunoscute. Majoritatea cazurilor de urgență în care a fost raportată prezența infecțiilor cu HIV, HVB, HVC au vârsta până în 34 ani: 70,2% dintre cei depistați cu HIV, 82,5% dintre cei depistați cu HVC și 77,4% dintre cei depistați cu HVB.

**Grafic nr. 1-19: Distribuția cazurilor de urgență în care a fost semnalată prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC pe categorii de vârstă 2012 (%)**

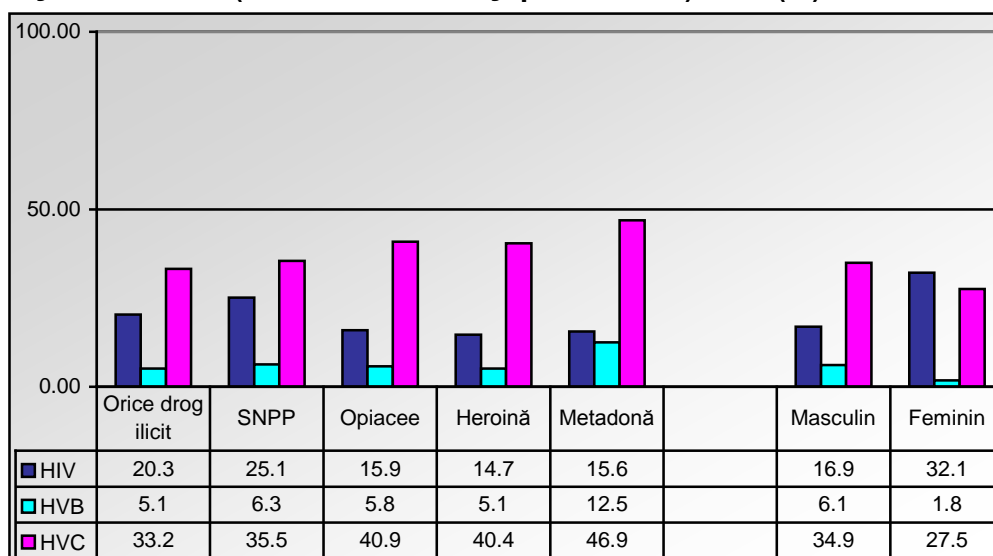


Sursa: ANA

Cu mențiunea că, nu s-a realizat testare pentru depistarea prezenței infecțiilor HIV, HVC, HVB în toate cazurile de urgență înregistrate, raportându-ne la numărul urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite în care s-a declarat consum injectabil, prevalența infecțiilor HIV, HVB și HVC în rândul persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență ca urmare a consumului de droguri ilicite, se prezintă astfel:

- **infecția cu HIV:** în rândul persoanelor care au apelat la servicii medicale de urgență pentru consum de droguri și care au declarat consum injectabil al oricărui tip de drog ilicit, se observă o prevalență de 20,3%. Cea mai mare prevalență a infecției HIV se înregistrează în rândul persoanelor care au declarat consumul injectabil de SNPP (25,1%). În rândul persoanelor care au declarat consum injectabil de opiacee, prevalența infecției cu HIV este de 15,9%, în cadrul cărora sunt incluse și persoanele consumatoare de heroină injectabilă, pentru care prevalența virusului HIV este de 14,7% și de metadonă injectabilă 15,6%. În privința infecției cu HIV, între cele două sexe se observă o prevalență de 2 ori mai mare în rândul femeilor consumatoare de droguri injectabile: 32,1% la femei, față de 16,9% la bărbați;
- **infecția cu HVC:** la nivelul cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului injectabil de droguri ilicite, se înregistrează o prevalență a HVC de 33,2%. Cea mai mare prevalență a infecției HVC se constată în rândul persoanelor care au declarat consum injectabil de metadonă (46,9%), în timp ce în rândul persoanelor consumatoare de heroină injectabilă, prevalența virusului HVC este de 40,9%. În rândul celor care au ajuns în secțiile de primiri urgență pentru probleme cauzate de consumul injectabil de SNPP, se înregistrează o prevalență a virusului HVC de 35,5%;
- **infecția cu HVB:** în rândul cazurilor de urgență generate de consumul injectabil de droguri ilicite, a fost semnalată prezența infecției cu HVB, pentru 5,1% dintre cazuri. Cea mai mare prevalență a infecției HVB se constată în rândul persoanelor care au declarat consum injectabil de metadonă (12,5%). Totodată, în rândul persoanelor consumatoare de opiacee, a fost înregistrată o prevalență a virusului HVC pentru 5,8% dintre cazuri. În rândul celor care au ajuns în secțiile de primiri urgență pentru probleme cauzate de consumul injectabil de SNPP, se înregistrează o prevalență a virusului HVB de 6,3%. În privința infecției cu HVB, între cele două sexe se observă o prevalență de 3 ori mai mare în rândul bărbaților: 6,1% în la bărbați, față de 1,8% la femei.

**Grafic nr. 1-20: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex, prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum) 2012 (%)**



Sursa ANA

### C. Alte consecințe ale consumului de substanțe psihoactive, semnalate în cazuistica urgențelor medicale

În privința altor consecințe ale consumului de substanțe psihoactive, în cazuistica urgențelor medicale se remarcă prezența a 133 de cazuri de tentativă de suicid și a 9 decese.

Dintre cele 133 de tentative autolitice, cele mai multe au fost pe fondul consumului exclusiv de medicamente (85), 23 au fost ca urmare a policonsumului de diferite substanțe psihoactive, 16 au fost determinate de consumul exclusiv de alcool, 8 pe fondul consumului exclusiv de droguri ilicite, iar una în urma consumului de substanțe necunoscute. Consumul de SNPP a fost raportat în 10 din cele 133 de tentative de suicidare, iar canabisul, ketamina și drogurile generice au fost menționate fiecare în câte un caz.

**Tabel nr. 1-13: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat suicid sau deces, în funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală**

Tipul consumului care a generat urgența medicală	Suicid	Deces	Total
Policonsum	23	1	24
Consum exclusiv de alcool	16	2	18
Consum exclusiv de droguri ilicite	8	5	13
Consum exclusiv de medicamente	85	1	86
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	1	0	1
Total	133	9	142

Sursa: ANA

Dintre cele 9 cazuri de deces semnalate în cazuistica urgențelor medicale, în 6 a fost vorba de persoane consumatoare de droguri ilicite (în 4 cazuri a fost menționat consumul exclusiv de SNPP, într-unul consumul de heroină, iar într-unul policonsum de amfetamine, ecstasy, metadonă, medicamente), 2 s-au datorat consumului exclusiv de alcool, iar într-unul s-a raportat consum exclusiv de medicamente. Între persoanele decedate s-au aflat 6 bărbați și 3 femei.

Diagnosticile de urgență pentru cele 6 cazuri de persoane consumatoare de droguri care au decedat au fost: stop cardiorespirator resuscitat și pneumotorax bilateral, bronhopneumonie (2 cazuri), sepsis cu bronhopneumonie, dependență de droguri (2 cazuri). Totodată, pentru 3 dintre persoanele decedate a fost menționată infecția cu HIV, iar într-un caz prezența infecției HVC. Toate cele 6 persoane consumatoare de droguri decedate aveau vârsta între 25 și 34 de ani.

**Tabel nr. 1-14: Distribuția cazurilor de urgență care au raportat deces, în funcție de substanța consumată și categorii de vârstă**

Deces	Categorii de vârstă			Total	HIV	HVC
	25-34 ani	45-54 ani	peste 64 ani			
Policonsum	1	0	0	1		
Alcool	1	1	0	2		
Droguri ilicite	5	0	0	5		
<b>SNPP</b>	4	0	0	4	3	1
Heroină	1	0	0	1		
Medicamente	0	0	1	1		
	7	1	1	9		

Sursa ANA



## Concluzii:

- În cazuistica urgențelor medicale generate de consumul de droguri ilicite, se menține o problemă semnificativă cauzată de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive („etnobotanice”), dat fiind că în peste două treimi (67,7%) dintre cazurile de urgență înregistrate în anul 2012 și cauzate de consumul de droguri ilicite, a fost raportat un asemenea tip de consum.
- Pe de altă parte, corelațiile care apar între cazurile de urgență datorate policonsumului în care sunt prezente și SNPP, în combinație cu alte substanțe psihoactive, fac ca dimensiunea consumului de SNPP să se mențină în anul 2012 la același nivel ca și în anii anteriori: 1279 cazuri de urgență în care a fost menționat consumul de SNPP în 2010, față de 1395 de astfel de cazuri în 2011, respectiv față de 1384 în 2012.
- Apare un semnal de alarmă în ceea ce privește bolile infecțioase asociate consumului de droguri (HIV, HVC, HVB), care, pe fondul menținerii la un nivel ridicat al consumului de SNPP și al creșterii policonsumului în care sunt prezente astfel de substanțe, ia amploare în special în rândul acestui gen de consumatori.
- Se fac primele menționări ale deceselor în urgență, cauzate sau generate de consumul de droguri, cele mai multe dintre acestea fiind atribuite consecințelor consumului de SNPP.

#### 1.4. 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 a tipului substanțelor consumate și dozelor de consum practicate, permite 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 cauzal 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 determină în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale<sup>18</sup> pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

Aceste prevederi, clare și neechivoce, ale legislației românești încep să fie tot mai bine cunoscute și aplicate de către personalul medical, în special, dar și de organele de cercetare (mai ales de cele care asigură cercetarea preliminară la fața locului și iau decizia încadrării cazului conform precizărilor menționate mai sus), ceea ce se repercutează în dispunerea analizei judiciare și medico-legale a cazurilor de deces corelate consumului de droguri. Este o schimbare salutară, care permite reducerea subraportărilor datorate neinvestigării medico-legale și judiciare a cazurilor asociabile consumului de droguri și, în special, a celor încadrabile în noțiunea de „cauzalitate indirectă”.

Mortalitatea corelată consumului de droguri acoperă o zonă de analiză mai vastă decât lasă să se înțeleagă „simpla nomina” (simpla denumire) a indicatorului, după cum urmează:

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

---

<sup>18</sup> În temeiul prevederilor Ordonanței 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală, cu modificările și completările ulterioare

Registrul Special de Mortalitate, cu acoperire a întregului teritoriu, cuprinde date de la nivelul Institutului Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București, a institutelor regionale de medicină legală și a tuturor serviciilor de medicină legală județene.

Întrucât *drug related și induced deaths* sunt cazuri ce includ în lanțul causal al decesului o componentă „traumatică” (agresiunea chimică, mecanică sau biologică asociată actului administrării drogurilor), așa cum se preciza la începutul capitolului, conform legii, toate aceste cazuri impun în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale. Baza de extracție a datelor o reprezintă întreaga cazuistică medico-legală din care sunt extrase dosarele aferente acestui indicator. Centralizarea se face pe baza unor protocoale interne rețelei naționale medico-legale, implicând și fișe standard de raportare, cu prelucrarea datelor la nivelul INML „Mina Minovici”. Întrucât fiecare caz implică și analiza judiciară și probațiunea aferentă, în procesul de prelucrare a datelor coroborând și rezultatele examenelor toxicologice - cvasiefectuate în astfel de cazuri (implicând în mod obligatoriu *screening* - imuno-analizor și GC, detecție - confirmare HPLC, GC\_MS, determinare cantitativă) - cu cele de anchetă - medicale, serologice, tanatochimice și histo-patologice, inclusiv ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului; se evită astfel (ne)încadrarea unui caz doar pe baza informațiilor imediat disponibile din momentul înregistrării decesului (uneori neconcludente și incomplete – având în vedere relativa lipsă de specificitate a tablourilor lezionale, ce doar prin analiza integrativă și coroborată, inclusiv de excludere, susțin raționamentul final de încadrare a cazului).

În condițiile disfuncționalităților curente ale conlucrării între diverse instituții (INS, DSP) și a lipsei unor sisteme informatice interconectate, avantajul folosirii Registrului Special de Mortalitate este evident și, mai ales, este puternic sprijinit de o legislație ce transformă cazuistica medico-legală în sursa viabilă și funcțională de raportare, sub imperiul analizelor exhaustive de caz și a metodologiei unitare în toate instituțiile medico-legale ce acoperă întreg teritoriul țării.

Datele prezentate în acest subcapitol provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să managerieze aceste cazuri. 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 – circa 20.000 de cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Pentru anul 2012, actuala raportare are la bază cazuistica INML “Mina Minovici” București. Celelalte instituții medico-legale nu au furnizat informații pentru 2012. Schimbarea datei de raportare (anticiparea raportării cu circa 5 luni față de anii anteriori), supraaglomerarea laboratoarelor de toxicologie (tradusă prin termene lungi de finalizare a analizelor specifice, care se repercutează într-un număr semnificativ de dosare constituite în perioada de referință, dar nefinalizate încă până la data actualei raportări) constituie posibilele cauze ale lipsei informației la nivel național. Prin urmare, datele care vor fi prezentate în continuare pentru anul 2012 sunt colectate de la nivelul Municipiului București, din cele 1792 de cazuri medico-legale înregistrate.

Comparativ cu anii anteriori, gradul de subraportare pentru București este mult redus, vechile racile reprezentate de lipsa de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice în rândul cadrelor medicale și al lucrătorilor din serviciile publice conexe, lipsa de laboratoare performante de toxicologie, de limitări financiare, fiind tot mai puțin prezente. Prin urmare, pentru București cifrele actuale constituie o reprezentare adecvată a stării de fapt.

În concluzie, în anul 2012, s-au înregistrat următoarele:

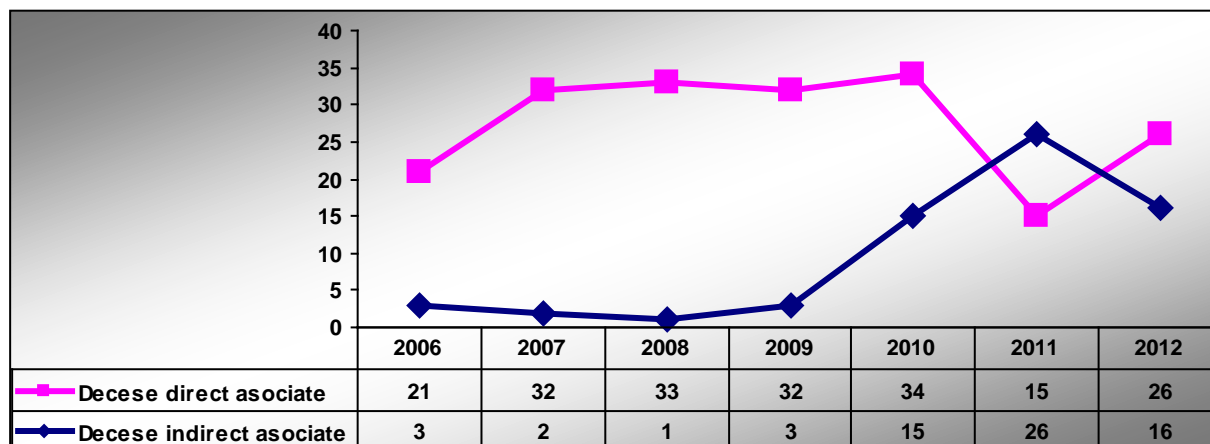
- 26 cazuri declarate ca decese direct asociate consumului de droguri la nivel național, toate din București, toate cu examen toxicologic pozitiv;
- 16 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri.

În toate cele 26 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București (practic în acest moment declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi). Se remarcă îmbunătățirea resurselor tehnice ale unităților medicale cu profil de urgență din București, capabile să efectueze analize toxicologice performante.

Au mai fost înregistrate 16 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, nu cu intoxicația (cazuri cu așa - zisa *cauzalitate indirectă*<sup>19</sup>).

Chiar dacă în fiecare an, cazurile din București constituiau majoritatea absolută sau chiar totalitatea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, sub rezerva raportării pentru anul 2012 doar a cazurilor din București, se observă o fluctuație semnificativă a cifrelor comparativ cu tendințele ultimilor ani.

**Grafic nr. 1-21: Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2012**



Sursa: INML București

Comparativ cu anii anteriori, pe lângă creșterea explozivă a cazuisticii asociate indirect consumului de droguri observată în ultimii 3 ani, a apărut și o sinusoidă a cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, după o relativă plafonare anterioară de circa 4 ani.

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) este oferită de schimbarea radicală a tiparului substanțelor de

<sup>19</sup> *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.

abuz folosite (și implicit a practicilor de administrare), cu virarea accentuată către noile droguri de sinteză, așa-zisele „etnobotanice”, pe fondul:

- disponibilității lor facile,
- statutului de legalitate al comerțului și posesiei,
- prețului scăzut,
- percepției ca droguri “cu risc scăzut”,
- relativei siguranțe judiciare oferită de limitele de probare toxicologică pentru aceste noi clase de substanțe.

Având însă în vedere, potența relativ limitată a acestor substanțe (cu riscul intrinsec al unor supradoze imediat și direct letale, scăzut comparativ cu stupefiantele consacrate) și timpii de înjumătățire scăzuți, dar și potențialul adictiv mare al acestui tip de substanțe, se identifică schimbarea modelului de consum, caracterizat de o administrare foarte frecventă a drogului – de până la 6-8 ori pe zi, în special pentru consumatorii injectabili. Totodată, pentru aceste tipuri de droguri, trecerea de la ingestie sau fumat către calea parenterală, care reprezintă o formă mai potentă de administrare, a fost mult mai rapidă.

Pe de altă parte, pe fondul reducerii semnificative a campaniilor de informare și a serviciilor specifice de *harm-reduction* (mai ales, a programelor de schimb de seringi), consecințele asociate administrării drogului, generată de compoziții necunoscute calitativ și cantitativ, excipienți incerti, contaminării înalte a dozelor de stradă, mai ales pentru produsele vegetale cu flora patogenă atipică, rară – fungi, microparaziți și a folosirii în comun a *paraphernalia*, a condus la o acumulare rapidă de patologie, în special de tip infecțios, cu evoluții fulminante sau acute, pe fondul deprimării imunologice specifice stimulentele cathinon-like și cocaine sintetice (dimethocaine).

Un aspect sesizat empiric, aproape colocvial prezentat de către aparținători, dar cu argumentație ce ar putea constitui necesitatea unei aprofundări viitoare, este reprezentat de relatările frecvente privind deteriorarea foarte rapid instalată și progresiv accelerată a stării generale de sănătate la consumatorii de droguri cronici, odată cu suplimentarea sau înlocuirea drogului de bază cu produse din categoria *SNPP*. Astfel, fie originea acestor substanțe, uneori cu surse vegetale, ce constituie și o sursă de bacterii sau fungi, fie prin mecanismele lor de acțiune tip *methamfetamin-like*, acest tip de consum contribuie la aspectul consumativ accelerat al dependenței.

În continuare, numărul mare al acestor cazuri de *decese indirecte* reprezintă, cel mai probabil, și expresia înțelegerii de către personalul medical și de anchetă a necesității încadrării lor drept cazuri medico-legale (având în vedere rolul jucat de consumul de droguri în raportul de cauzalitate al determinismului decesului). Aceste cazuri au fost declarate cazuri medico-legale, nemaifiind eludată obligativitatea legală pre-existentă, ceea ce conducea la cel mult autopsierea prosecturală – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare – o parte din această creștere datorându-se creșterii *vizibilității* acestor cazuri pentru statistică.

Din această perspectivă, a creșterii cazurilor identificate de către rețeaua medico-legală a deceselor indirecte asociate consumului de droguri, există o inevitabilă analogie cu cazuistica pură a deceselor direct asociate consumului de droguri.

Dacă în anul anterior, 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 indirecte<sup>20</sup>, dar în

---

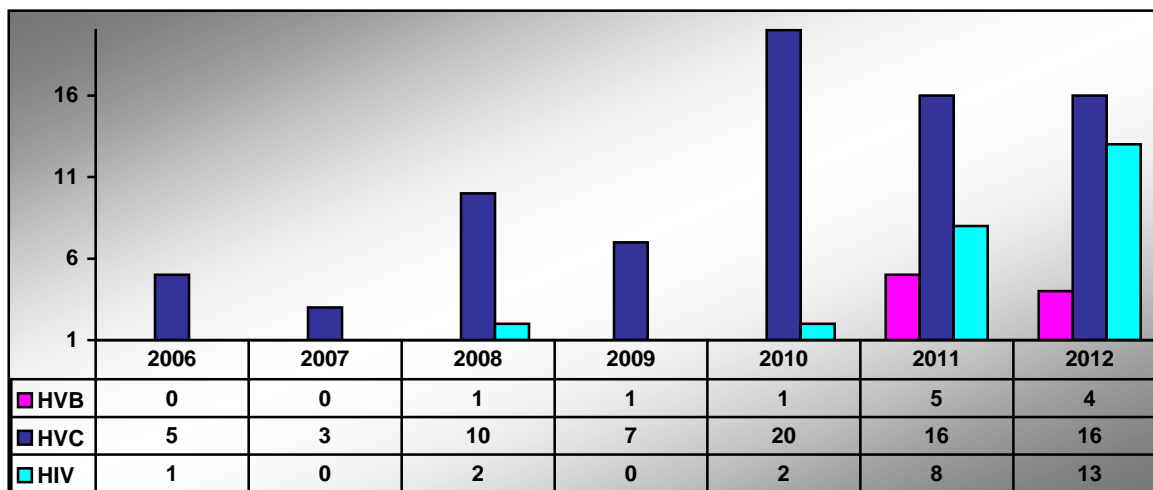
<sup>20</sup> majoritatea afecțiunilor fiind reprezentată de complicații septice (pneumonie, bronhopneumonie, celulită la locul de injectare, furunculoză, meningită; hepatite cronice severe), dar și de complicații ale actului injectării drogului – tromboflebite – sau generate de doza injectată (doza de stradă fiind

care cauza decesului a fost în mod clar stabilită ca datorându-se acțiunii farmacologice a substanțelor psihoactive, în acest an, doar în o cincime din cazuri a fost identificată o patologie semnificativă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, expresie și a potenței limitate a noilor droguri de uz, care nu au capacitate tanatogeneratoare intrinsecă semnificativă (doar 3 cazuri de decese direct asociate au fost atribuite consumului de SNPP, comparativ cu 2 în anul anterior), dar cu inducția unei patologii accelerate și semnificative ce conduce la deces prin complicații, nu prin *supradoze*. Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă aseptie/ antisepsie sau a unor doze înalt contaminate. Un exemplu comparativ îl are practica solubilizării la cald a heroinei în vederea administrării parenterale ce 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.

Dintre cele 42 de cazuri de decese asociate consumului de droguri, în 10 cazuri a fost constatată endocardită infecțioasă – cauză de deces care a cunoscut o „explozie” procentuală începând cu anul 2010 (de la 0-1%, la circa 10% din cazuistica în anul 2010, la 54% pentru anul 2011, ajungând în 2012 la 23,8%). Aspectele acute ale unora dintre patologii mai sus menționate (altele decât intoxicația letală) susțin calitatea proastă a dozelor de stradă, injectarea *non-safe*, nerespectarea- necunoașterea unor minime măsuri de *harm-reduction*.

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

**Grafic nr. 1-22: Evoluția incidenței infecțiilor cu HVB, HVC și HIV, în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012**



Sursa: INML București

În cazurile de decese asociate consumului de droguri, la care s-au făcut determinări virusologice (practică nestandardizată, sporadică, nefăcând parte din investigarea sistematică) determinările s-au făcut ținând în cazurile în care istoricul medical sau examenul anatomo-patologic erau sugestive. Au rezultat: 18 cazuri pozitive pentru

un melanj de substanțe cu sau fără potențial psihoactiv, excipienții putând însă genera complicații independente de stupefiantul pe care îl *diluează* – granulomatoze pulmonare, trombembolie generată de produși insolubili – talc); o atenție specială necesită creșterea incidenței endocarditei infecțioase la toxicomanii români: circa 10% din cazuistica în anul 2010, atât din decesele direct asociate, cât și din cazurile de mortalitate indirectă – datele statistice mondiale vorbesc de procente variind între 10 și 25% din consumatorii de droguri injectabile.

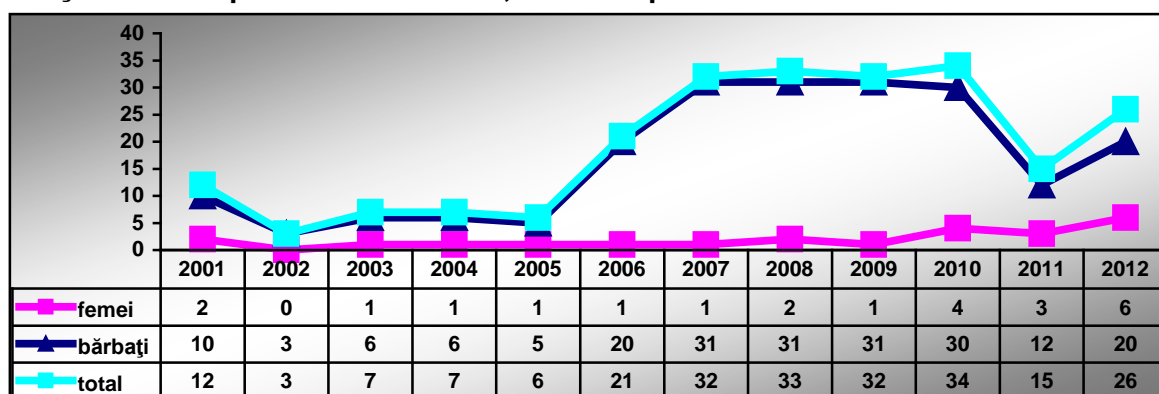
virusuri, după cum urmează: 16 hepatitic tip C, 6 infecții HVB și 13 infecții HIV (număr egal cu cel al tuturor cazurilor din ultimii 6 ani!). În 6 cazuri a fost identificat doar unul dintre acestea, asocierea lor fiind întâlnită în aproape două treimi din cazuri, dintre care în 6 cazuri având toate cele 3 virusuri prezente. În 5 cazuri cauza medicală a decesului a fost apreciată ca fiind infecția HIV în stadiul SIDA, în restul cazurilor, întâlnind, pe lângă această infecție, și patologie de tip infecțios asociată sau fiind vorba de cazuri tipice de deces asociat consumului de droguri, în care intoxicația a constituit cauza decesului. Cu siguranță testarea tuturor cazurilor ar fi crescut și mai mult aceste cifre (oricum, extrem de elocvente atât în cifre absolute, cât mai ales în tendință), dar limitele financiare nu au permis extinderea practicii.

Se confirmă incidența marcantă a infecției cu HVC la consumatorii de droguri din România, concordant datelor oferite de indicatorul boli infecțioase asociate consumului de droguri. Un important semnal de alarmă este reprezentat de recrudescența infecției HIV în rândul deceselor direct asociate consumului de droguri - dacă în primii 5 ani de monitorizare (2006-2010) au fost evidențiate 5 cazuri, în ultimii 2 ani au fost semnalate 21 cazuri. Explicația este similară cu cea mai sus arătată, asociată injectării mult mai frecvente, în condițiile folosirii în comun a *paraphernalia* și a reducerii ofertei de seringi – pe fondul crizei economice – dar și foarte probabil, a extinderii în comunitățile de consumatori de droguri a practicării sexului comercial, în vederea procurării unei noi doze (în cazuistica medico-legală, cu ocazia unor examinări în spețe privind prostituția/ traficul de carne vie, a fost menționată și *fidelizarea* persoanei la rețea, prin administrarea, inițial forțată, de droguri).

Chiar și în condițiile testării sporadice, relevarea unei asemenea creșteri a incidenței HIV, care este probabil doar vârful „iceberg-ului”, constituie poate unul dintre cele mai importante semnalări vizând sănătatea publică și necesitatea adoptării unor măsuri de intervenție rapidă.

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 histo-patologic.

**Grafic nr. 1-23: Distribuția cazurilor de deces asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2012**



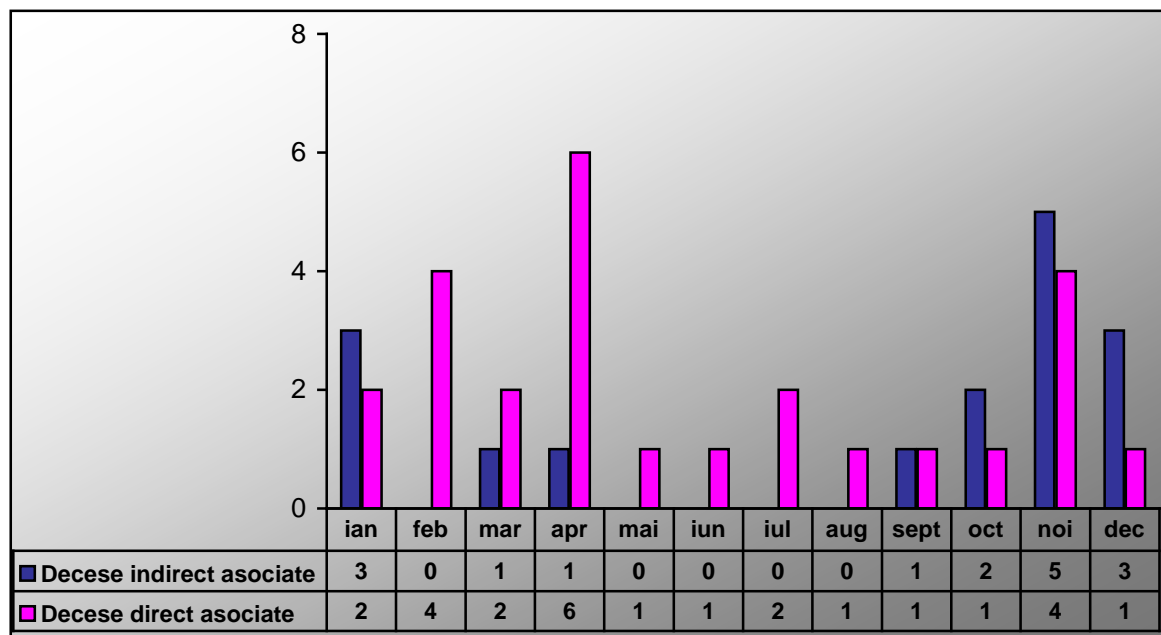
Sursa: INML București

Aceste cazuri se repartizează pe sexe, după cum urmează: 28 cazuri survenite la bărbați și 14 la femei. În ultimul an, se remarcă o creștere majoră a numărului deceselor survenite în rândul persoanelor de sex feminin.

În ceea ce privește decesele direct asociate consumului de droguri, acestea se distribuie între cele două sexe astfel: 20 cazuri în rândul bărbaților și 6 cazuri în rândul femeilor.

Referitor la distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, se remarcă apariția unor vârfuri de incidență – luna aprilie 7 cazuri - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic. Astfel de vârfuri de incidență sunt însă de natură a atrage atenția organelor abilitate asupra apariției pe piața ilegală a drogurilor a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți (*adulterants*), fie prin posibila lor contaminare microbiană.

**Grafic nr. 1-24: Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2012 (nr. cazuri)**



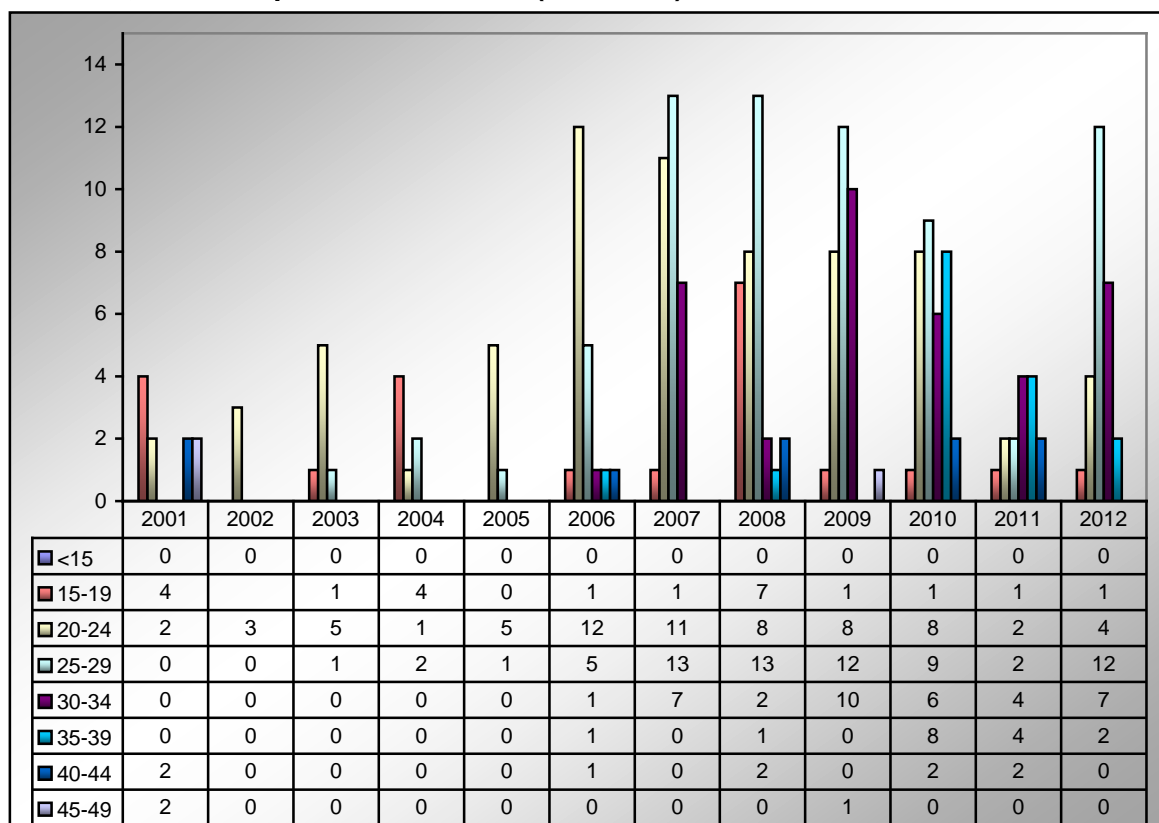
Sursa: INML București

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces asociate consumului de droguri înregistrate în 2012, au survenit la persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, majoritatea fiind situate în segmentul 20-34 ani (54,7% din totalul deceselor asociate consumului de droguri).

În anul 2008 se remarcă o racolare masivă a consumatorilor de droguri din rândul populației foarte tinere, iar în 2009 și, cu accentuare în 2010 și 2011, se observă creșterea marcantă a numărului de decese direct asociate consumului de droguri, a celor din intervalul 30-34 ani și 35-39 ani – „vechiul val” de consumatori, ceea ce arată „îmbătrânirea” consumatorilor, în sensul că au un istoric de lungă durată de consum, cu acumularea progresivă de patologie și riscuri. Este posibil ca și experimentarea consumului de droguri, caracteristică vârstelor tinere, să aibă loc mai tardiv, după cum este la fel de posibil să aibă loc prelungirea pe termen lung a consumului (trecerea de la drogul de inițiere către altele mult mai puternice din punct de vedere al efectului să se facă mult mai târziu), prin accesibilitatea SNPP, cu potențial tanatogenerator mai scăzut, iar decesele să survină, în continuare, doar la consumul de substanțe psihoactive consacrate, care reprezintă apanajul generațiilor anterioare.



**Grafic nr. 1-24: Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, date comparate 2000 - 2012 (nr. cazuri)**



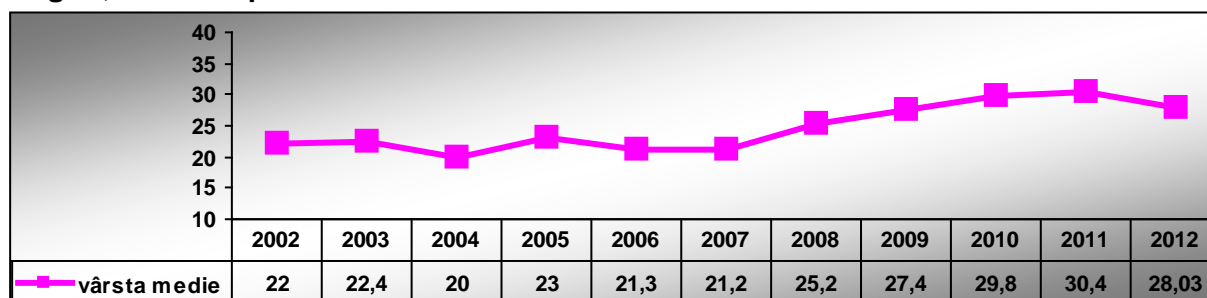
Sursa: INML București

După o continuă creștere în ultimii ani (în anul 2011 atingându-se un maxim de 30,4 ani), în anul 2012, se înregistrează o scădere semnificativă a vârstei medii la momentul decesului - 28,03 ani pentru cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, respectiv 26,56 pentru cele indirecte. Aparent, compararea celor două vârste medii de deces reprezintă un paradox. În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă în general 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. Însă, surprinzător, în cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, vârsta medie de deces pentru decesele indirect asociate este mai redusă decât cea a deceselor direct asociate consumului de droguri (ce reflectă «supradozele»).

Explicația cea mai plauzibilă a acestei „basculări” aparent ilogice este oferită de schimbarea semnificativă a spectrului substanțelor de abuz, de la drogurile consacrate – în special heroina – către droguri cu potență tanatogeneratoare redusă *per se* – (SNPP) – dar cu un excepțional ritm de inducție de patologie consumtivă și mai ales infecțioasă, în scurt timp, dictat mai ales de ritmul foarte crescut de administrare injectabilă – 6-8 injectări pe zi, fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele amfetamin-like ale unora dintre aceste substanțe, *shuntind* atingerea valorilor medii de vârstă a consumului până la deces – *average life span* (10-15 ani - valori raportate de țările cu «tradiție» în consumul de droguri) pentru *problem drug users* (PDU) cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea ei naturală sau la schimbarea *pattern*-urilor de uz.

Se înregistrează un fenomen de recrutare a populației tinere către consumul de substanțe cu statut juridic incert, cu potență limitată de inducere de supradoze, dar un un excepțional risc de deteriorare somato-psihică accelerată.

**Grafic nr. 1-25: Evoluția vârstei medii în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2012**



Sursa: INML București

În funcție de locul decesului, în anul 2012, se constată următoarele:

- 22 decedați la domiciliu,
- 1 în loc public (stradă),
- 1 decedat în altă locuință,
- 1 decedat în penitenciar,
- 17 decedați la spitale.

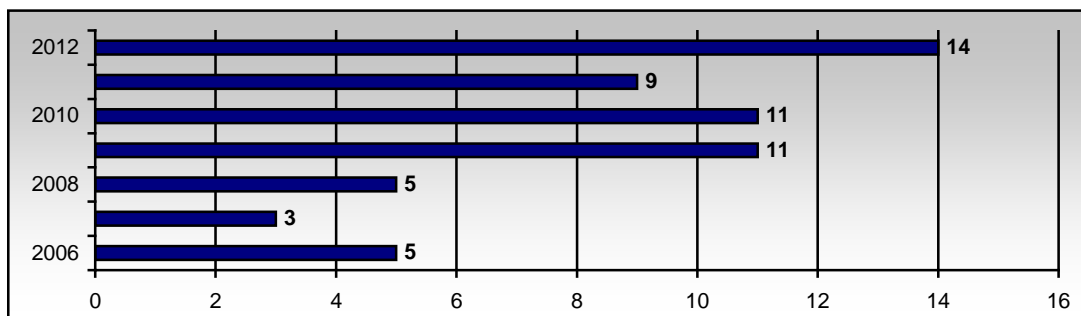
Datele sunt similare celor din anii anteriori, astfel încât se poate afirma că nu a intervenit o schimbare majoră în ceea ce privește locurile unde se consumă, consumatorul de droguri preferând, în general, intimitatea locuinței sau a unor spații retrase. Se remarcă, însă, creșterea adresabilității către unitățile medicale în fazele terminale, consumatorul fiind adus frecvent în spitale de către familie sau anturaj, posibil și ca expresie a creșterii încrederii în serviciile medicale și diminuării temerilor legate de eventualele consecințe juridice, posibil și pe fondul unor măsuri de educație medicală în rândul populațiilor cu risc, politici ce își dovedesc parțial eficiența.

În toate cele 26 cazuri de decese direct asociate consumului de droguri au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri. 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 (administrare mimetică în anturaj a dozei, concentrației și a frecvenței acestuia sau posibila racolare de către *dealeri* prin oferirea unor prime doze de calitate ridicată, care cresc riscul apariției decesului la debutul consumului sau după perioade de abținere cu pierderea toleranței anterior câștigate). Astfel, este de semnalat faptul că, în toate aceste cazuri au existat elemente care trădau consumul cronic de droguri – (au fost decelate la examenul necropsic elemente susceptibile de a sugera consumul de droguri, unele cu valoare de *marker* - stigmat) – scleroze vasculare periferice superficiale sau granuloame postinjectare repetitivă, cicatrici cutanate postinfecții la locurile de puncție sau automutilări, tatuaje, casexie. Acest lucru confirmă faptul că, decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă – 7- 9% în România pentru heroină) ci, mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, ce asociază stigmate generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri au fost implicați CDI – numai pe cale intravenoasă, existând doar două cazuri ce au implicat administrare per os (amestesc stimulant, respectiv metadonă în doză gigant), respectiv un caz de inhalare produși de tip inebriant, de unde rezultă că administrarea drogurilor în rândul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă (88,5% din cazurile de decese asociate consumului de droguri în 2012, 100% în 2011, 95,12% în 2010, respectiv 87,5% în 2009). Acest lucru se corelează și cu incidența crescută a patologiei asociate (generic intitulată „patologie de seringă”), în special de tip infecțios –

cronic (vizând mai ales infecția cu virus hepatitic tip C și HIV) sau acut-subacut (endocardite, sepsis).

**Grafic nr. 1-26: Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012**



Sursa: INML București

Numărul cazurilor de deces ce au implicat medicație de substituție (metadonă - decelată în 14 cazuri) este în creștere față de anii anteriori, când au fost înregistrate: 9 cazuri în 2011, 5 cazuri în 2008, 3 cazuri în 2007, 5 cazuri în 2006.

În 11 cazuri s-au identificat elemente ale *paraphernalia* descoperite la fața locului – toate implicând și existența de seringi, dar și folii, „doze de stradă”, blistere de medicamente, lingură. Această constatare sugerează fie decesul consecutiv decompensării lente a funcțiilor vitale sub intoxicație (ce oferă timp consumatorului pentru a ascunde „instrumentarul” necesar administrării), fie teama aparținătorilor/ martorilor de eventuale consecințe judiciare, ceea ce conduce la ascunderea de către aceștia a elementelor de *paraphernalia*. Nu întotdeauna aceste corpuri delictuale au fost puse la dispoziția medicilor legiști. Examenul toxicologic a fost pozitiv în toate cazurile și, de asemenea, în toate cazurile la care s-a avut la dispoziție și *paraphernalia*, rezultatele toxicologice din probele biologice recoltate de la cadavru au fost concordante cu cele de pe instrumentar. Acest lucru întărește necesitatea ca medicul legist să beneficieze de datele oferite de cercetarea criminalistică și toxicologică a elementelor *paraphernaliei*.

Spectrul substanțelor detectate în cazurile de deces direct asociat consumului de droguri continuă să fie dominat de opiacee (17 cazuri în total) – metadonă în principal (14 cazuri din 26) și alte 2 cazuri ce au implicat heroina; a reapărut tramadolul (medicament aflat pe lista substanțelor farmaceutice cu regim special de eliberare), dispărut din statistică anul trecut; a fost reîntâlnită ketamina – 2 cazuri (unul implicat în deces indirect), dispărută de asemenea din statistică în anul anterior (posibil rezultat al măsurilor consecutive introducerii ei pe lista substanțelor cu regim special); se menține prezența metamfetaminei (un caz asociat cu ecstasy și opiaceu și un altul asociat cu amfetamina și ecstasy). În continuare, ca specific național, în contrast cu tendințele europene, cocaina nu contribuie la cazuistica de deces direct asociat consumului de droguri. În 3 dintre cazuri, decesul a fost atribuit intoxicației acute cu substanțe de tip SNPP, prezența lor fiind suspectată în alte 2 cazuri, în asociere cu droguri „clasice”<sup>21</sup>.

Domină categoric intoxicațiile cu opiacee - 65,38%, procent semnificativ scăzut față de anii anteriori: 80% în 2011, 76,47% în 2010, 81% în 2009, 79% în 2008, 73% în 2007, și pe fondul diversificării (din nou!) spectrului de substanțe întâlnite în cazuistică (în anul

<sup>21</sup>Dificultățile de probare toxicologică a consumului reprezintă, la nivel mondial, principalul impediment al obiectivării medico-legale. Pe de altă parte, conform studiilor limitate, existente în comunitatea științifică, având în vedere dozele infime și mecanismele de acțiune clinică ale acestor substanțe, este dificil de probat decesul atribuit în mod direct acestor substanțe.

2012 detecțiile toxicologice în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri au surprins nu mai puțin de 26 categorii de substanțe psihoactive).

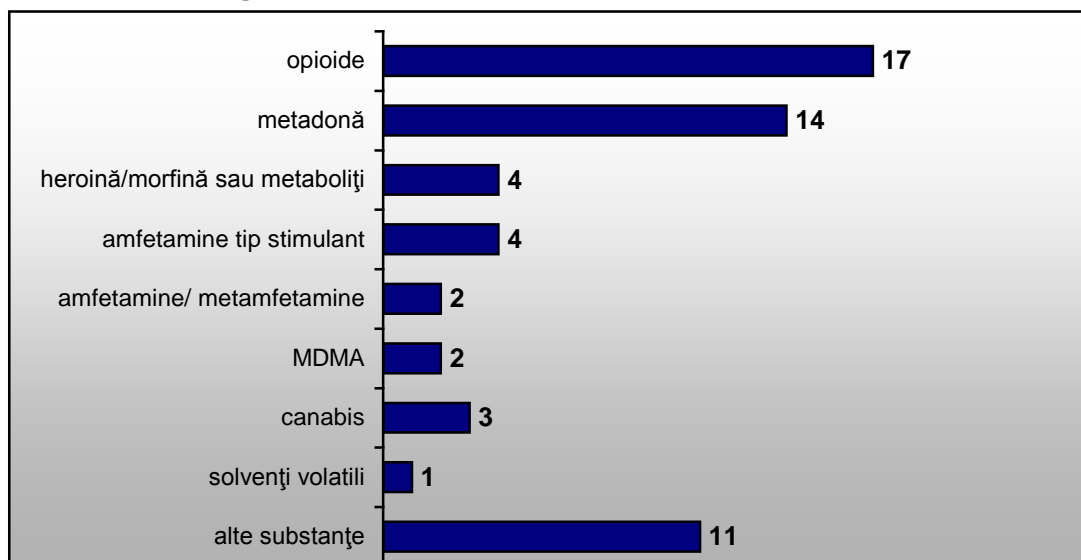
În doar 13 cazuri decesul a implicat doar o singură substanță, cealaltă jumătate a cazurilor fiind reprezentată de asocieri, expresie fie a augmentării dozelor de bază cu produse medicamentoase, fie pe post de excipient, fie de potențator/ nuanțator al efectelor vizate.

Există schimbări semnificative în spectrul substanțelor detectate, comparativ cu anii anteriori, prin dispariția unor substanțe și scăderea incidenței medicamentelor de adaos (barbiturice - 1 caz, benzodiazepine - 5 cazuri, antidepresive tetraciclice – 1 caz, antiepileptice – 2 cazuri, antipsihotice - 2 cazuri, antihistaminice – 2 cazuri – toate acestea în diverse combinații), de multe ori doar cu valoare de excipient sau potențator al substanței primare vizate din doză. De asemenea, nu există tendința asocierii cu alcoolul în cazul consumului de opiacee, exceptând 2 cazuri.

Cauza decesului a fost atribuită în 8 cazuri intoxicației doar cu opiacee, în celelalte asocierile cu policonsum conducând la deces – opiacee cu alcool, sau cu alte substanțe de tip medicamentos cu efecte psihoactive; substanțe cu uz medical deturnate spre consumul stupefiant au generat decesul și în alte 2 cazuri în care nu a fost identificat un alt drog ilegal; un caz a fost declarat ca deces consecutiv intoxicației cu stimulante.

A crescut (comparativ cu anul 2011, dar similar cu anii anteriori) 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 diversificarea spectrului.

**Grafic nr. 1-27: Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2012**



Sursa: INML București

În 15 cazuri concentrațiile toxicelor s-au situat în intervalul toxic-letal, ceea ce continuă să întărească potențialul augmentativ non-liniar al asocierilor medicamentoase în celelalte cazuri, dar și necesitatea flexibilității de gândire toxicologică în evaluarea tanatogenezei. Determinările cantitative toxicologice, un alt progres important al toxicologiei medico-legale românești, au permis detecții și interpretări nuanțate și de finețe.

Examele toxicologice efectuate la INML București au relevat prezența de opiacee la 17 cazuri (14 metadonă, 2 heroină, 2 morfină și metaboliți), benzodiazepine – 5 detecții,

antiepileptice – 2 detecții, barbiturice – 1 detecție, antipsihotice/ anxiolitice/ sedative - 2 detecții, ketamina 2 cazuri, ecstasy 2 cazuri, amfetamine/ metamfetamine 2 cazuri, canabinoizi 3 cazuri, tramadol 1 caz, antihistaminice 2 cazuri. Aceste substanțe au apărut în combinații variabile. În 4 cazuri de deces direct asociat consumului de droguri au fost identificate mai mult de 3 clase de substanțe stupefiante, iar în 13 a fost identificată o singură clasă, ceea ce confirmă cele mai sus afirmate, respectiv de proliferare a policonsumului, prin reparația marcantă în compoziția dozelor a medicamentelor cu potențial de abuz. Alcoolul a fost prezent în două cazuri, cu valori de 1,6 g‰, respectiv 0,4 g‰. Nu au fost identificate substanțe halucinogene “majore” (LSD, mescalina, phenciclidină).

## CONCLUZII:

- Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri este în creștere față de anul trecut, dar sub nivelul anilor 2007-2010 – (ani de stabilizare a tendinței de consum, a tiparelor de consum), expresie elocventă a schimbării tiparelor de consum (mai ales “substituirea” drogurilor consacrate – heroină în special – cu SNPP, care au un potențial tanatogenerator direct mai scăzut). Diferența de cazuistică se regăsește însă în decesele indirecte (număr mult crescut), tocmai ca o confirmare suplimentară a potențialului lezional și consumptiv accelerat al acestor droguri noi, ceea ce conduce la o mortalitate totală, directă și indirectă, similară cu cea a anilor anteriori. **S-au schimbat doar cauzele deceselor, nu și numărul acestora.**
- Pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, calea de administrare continuă să rămână predominant injectabilă, cu riscurile inerente, implicit ale patologiei “de seringă”, iar opiaceele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu predominanța metadonei, în creștere alarmantă.
- Rămâne important numărul “deceselor indirecte” – posibil ca urmare a aplicării mai stricte a prevederilor legale de încadrare a deceselor care necesită acordare medico-legală și a identificării, astfel, a cazurilor pentru evaluările statistice.
- Se constată o creștere alarmantă a patologiei asociate administrării drogurilor – infecțioasă acută, subacută sau cronică, care susține necesitatea implementării unor măsuri mai eficiente de harm-reduction și educație medicală în rândul consumatorilor de droguri, cu atât mai mult pe fondul exploziei și transferării consumului către SNPP, cu riscurile implicite ale *pattern*-urilor de uz specifice acestora (injectare foarte frecventă, doze de stradă având compoziție incertă, cantitativ și calitativ, contaminate microbial).
- Se constată persistența patologiei consecutive injectării de produși insolubili, probabil cu sursa din comprimatele sau tabletele deturnate din circuitul farmaceutic sau terapeutic.
- Apariția unor vârfuri de incidență pe parcursul a 2 luni ale anului trecut atrage atenția asupra unor posibile fluctuații de calitate a dozelor de stradă sau a unor circumstanțe speciale vizând contaminări extensive microbiene a lor.
- A scăzut semnificativ vârsta medie de deces – expresie a „racolării” unui nou val de consumatori sau de accelerare a instalării complicațiilor severe. Paradoxală este vârsta medie de deces în cazurile indirecte, mai scăzută față de cea din decesele directe, probabil reflexie a potențialului degenerativ accelerat al noilor substanțe intrate în uz (cu agravare/ decompensare relativ rapidă, odată inițiat consumul cronic), dar și al celui redus direct letal al lor (care conduce arareori la supradoze letale)
- Se constată reapariția unor substanțe din spectrul deceselor direct asociate consumului de droguri observat în anii trecuți (fortral, ketamina), precum și creșterea incidenței medicamentelor în cazuistică - posibilă expresie a unui control tot mai lax al circuitelor medicamentoase.
- Cocaina lipsește din cazuistică, contrar tendințelor europene ale ultimilor ani.
- Uzul extensiv de SNPP a condus la decese indirecte mult mai numeroase ca în anii anteriori – dificultățile de detecție toxicologică, legalitatea vânzării și posesiei, perceperea unui risc de *supradoză* „scăzut”, prețul redus, potența suficientă, au condus la folosirea lor extensivă, substituind droguri/ medicamente larg întâlnite în anii

anteriori, dar crescând patologia multisistemică, accelerat instalată și rapid decompensată specifică CDI, și mai ales pe cea infecțioasă - HVC, HIV.

- Explozia alarmantă cu tendință ascendentă în ultimii doi ani a cazuisticii HIV la toxicomani necesită intervenție rapidă și energică.

#### **RECOMANDĂRI:**

1. Sprijinirea rețelei medico - legale pentru accesarea de fonduri guvernamentale și europene în vederea dotării materiale a laboratoarelor de toxicologie la nivelul întregii țări, pentru lărgirea ariei de identificare – raportare.
2. Inițierea rapidă a unor programe de dotare și cercetare care să vizeze dezvoltarea posibilităților de identificare a SNPP în probe biologice.
3. Accelerarea demersurilor pentru implementarea propunerilor legislative, în vederea unificării metodologiei de raportare a deceselor direct asociate consumului de droguri.
4. Unificarea criteriologiei medico-legale de definire a decesului direct asociat consumului de droguri.
5. Implementarea unui sistem informatic de colectare a datelor aferente indicatorului decese direct asociate consumului de droguri.
6. Diseminarea internă și internațională a capacităților de management a cazurilor de deces direct asociat consumului de droguri din rețeaua medico-legală. În scopul uniformizării, pe întreg teritoriul țării a calității detecțiilor toxicologice, au fost emise note metodologice către Serviciile Județene Medico-Legale arondate prin care s-au stabilit reguli și obligații de siguranță toxicologică ce trebuie respectate, conform achizițiilor academice câștigate în urma formărilor intensive din proiecte, precum și recomandărilor de transfer a probelor către aceste laboratoare performante în cazurile selecționate.
7. Facilitarea accesului medicilor legiști la reuniuni științifice, *workshop*-uri, schimburi de experiență în vederea uniformizării metodologiei din cazurile de deces direct asociate consumului de droguri.
8. Introducerea unor modificări procedurale pentru implementarea măsurilor care și-au dovedit eficiența – circuit de colectare – raportare date.
9. Stabilirea custodiei corpurilor delictu și/ sau a circuitului informațional privind rezultatele examenelor criminalistice, toxicologice etc.
10. Actualizarea listei cu substanțe psihoactive cu regim special de eliberare farmaceutică sau al căror regim este incompatibil cu anumite activități.
11. Testarea toxicologică pe scară largă a deceselor de cauză traumatică.
12. Popularizarea în rândul personalului medical și de cercetare/ anchetă a prevederilor legale privind obligativitatea abordării medico-legale în cazurile de deces corelate consumului de droguri.
13. Implementarea unor măsuri mai eficiente de *harm-reduction* și educație medicală.
14. Măsuri legislative mai severe privind comercializarea/ consumul SNPP, cu virarea de la definirea strictă a substanței spre clasa cărora aparțin sau incriminarea modalităților de vânzare.
15. Introducerea intervențiilor terapeutice precoce în rândul consumatorilor problematici de droguri depistați cu infecția HIV, pentru prevenirea extinderii epidemiei.

## 2. OFERTA DE DROGURI LA NIVEL NAȚIONAL

Rapoartele europene și internaționale privind evoluția și tendințele de manifestare a fenomenului drogurilor<sup>22</sup> consemnează faptul că la nivel mondial se observă o **globalizare a producției de canabis**, urmată de consum la nivel național (Spania, Paraguay, Kazahstan și statele africane, în special Columbia, rămân țări cu producție de canabis în creștere). Totodată, la nivel mondial se constată o creștere a producției mondiale de **metamfetamină** și extinderea rapidă a utilizării acesteia ca urmare a modalităților facile de disimulare și a prețului scăzut.

**Dezomorfina și tramadolul** își fac simțită prezența tot mai mult în apropierea României, consumul acestora fiind semnalat în statele din bazinul Mării Negre, în zona balcanică, în numeroase state din Africa Centrală și de Vest și Asia (India, Myanmar și Kazahstan dețin preponderența producerii acestora).

În acest context, România nu este o țară de producție a drogurilor, însă își păstrează calitatea de important punct de tranzit pe Ruta Balcanică de traficare a drogurilor. Opiul, morfina bază și heroina tranzitează România către Europa Centrală și de Vest dinspre Afganistan, via Bulgaria sau Serbia, în timp ce precursorii de droguri se deplasează pe traseul invers rutei mai sus menționate, către Turcia și Afganistan via Bulgaria. Alături de statele cu ieșire la Marea Neagră, România este o rută alternativă/ secundară de introducere a cocainei în Europa, prin portul Constanța, în special a cocainei ce provine din Bolivia.

Astfel, situația confiscărilor de droguri realizate în România în anul 2012 conturează liniile generale de evoluție a fenomenului traficului de droguri la nivel global, anul de referință fiind amprentat de **cea mai mare cantitate confiscată de opiu** la nivel național în perioada 2001-2012, precum și de o semnificativă **dezvoltare/ extindere a culturilor de canabis**, atât în spații deschise, cât și închise.

### 2.1. INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR

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

Conform datelor furnizate de către Direcția de Investigare a Infrațunilor de Criminalitate Organizată și Terorism (structura centrală și cele 15 servicii teritoriale) pe parcursul anului 2012 numărul total al cauzelor soluționate a fost de **3.775 cauze**, ceea ce reprezintă o **scădere de 7,63% față de anul 2011**, când au fost înregistrate **4.087 cauze**.

În ceea ce privește soluțiile aplicate, în anul 2012, nu au fost înregistrate modificări semnificative referitoare la evoluția indicatorilor monitorizați, precum și a distribuției procentuale a soluțiilor aplicate din totalul cauzelor soluționate.

În acest sens, în anul de referință, **420 de cauze** (scădere cu **3.67%** față de anul 2011) au fost trimise instanțelor de judecată pentru **continuarea procesului penal**, observându-se o schimbare a tendinței crescătoare înregistrate în perioada 2007-2011.

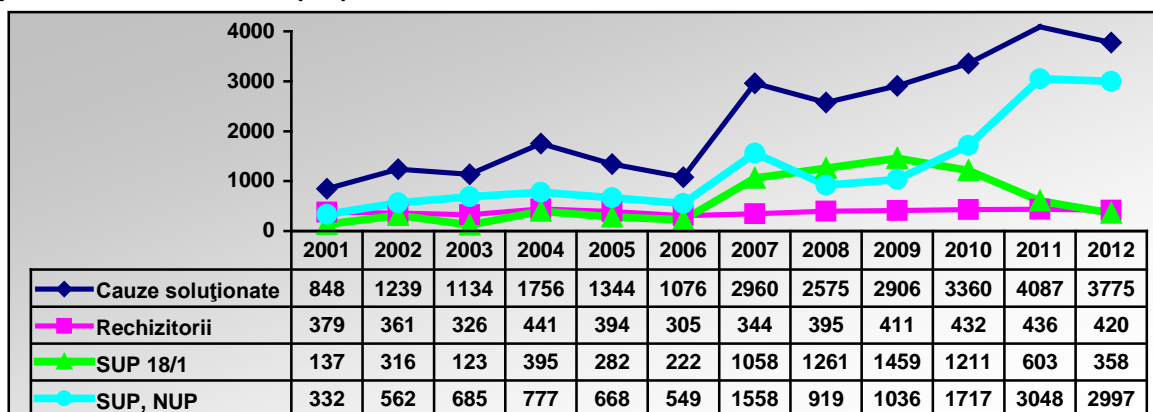
Din cele **3.775** de dosare penale soluționate în cursul anului 2012, de către DIICOT, **2.997** de dosare au fost soluționate cu propunere de **necontinuare a procesului penal**, din diverse motive prevăzute de lege, în timp ce numărul dosarelor încheiate cu **scoatere de sub urmărire penală conform art. 18<sup>1</sup> Cod penal** a fost de numai **358 cauze**.

---

<sup>22</sup> Raportul Grupului Dublin - 2012, Raportul Departamentului de Stat al SUA privind strategia de control al drogurilor la nivel internațional în anul 2012



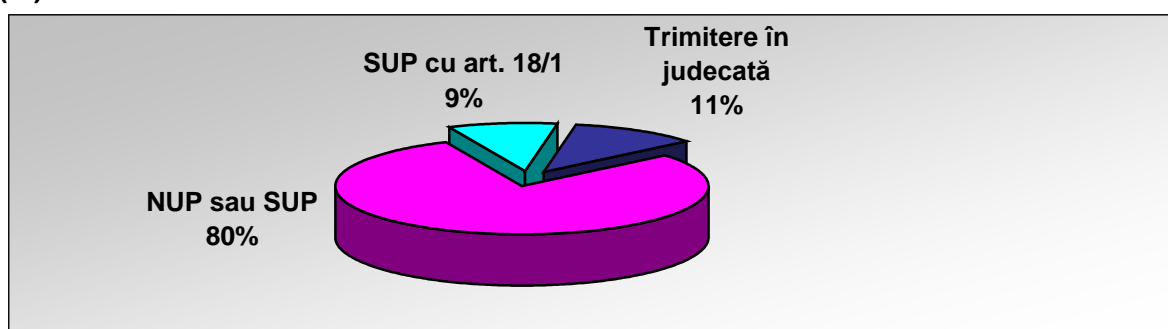
**Grafic nr. 2-1: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001 - 2012 (nr.)**



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

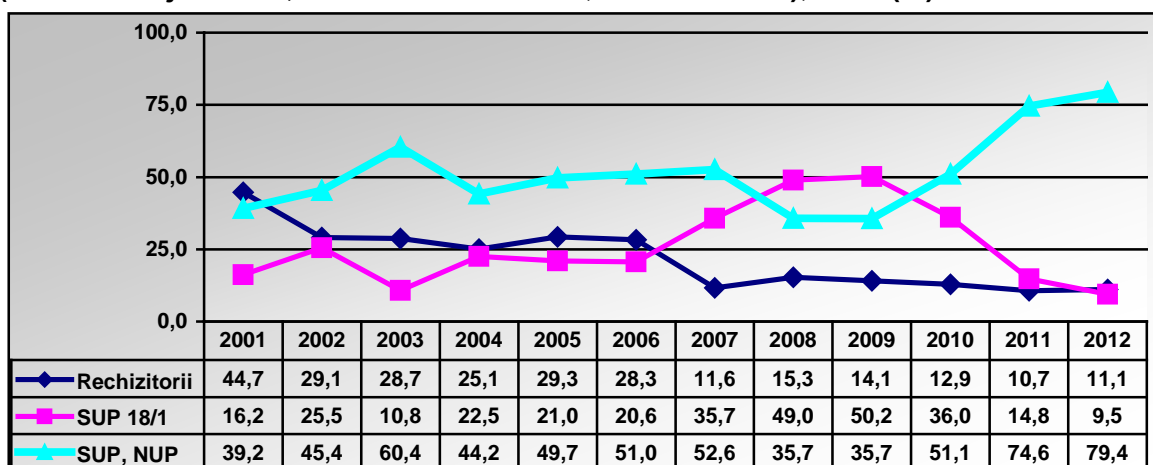
Astfel, anul **2012**, raportat la valorile procentuale înregistrate în anul **2011**, se remarcă prin **creșteri ale procentului** de cauze soluționate cu propunere de **trimitere în judecată** (de la **10,67%** la **11,13 %**), precum și ale procentului de cauze penale cu soluție de **neîncepere a urmăririi penale sau de scoatere de sub urmărire penală** (de la **74,58%** la **79,39%**). În cazul dosarelor penale cu soluție de **scoatere de sub urmărire penală, conform art. 18<sup>1</sup>** se observă, dimpotrivă, o scădere a procentajului în totalul de dosare penale soluționate (de la **14,75%** la **9,48%**).

**Grafic nr. 2-2: Distribuția dosarelor soluționate, în 2012, în funcție de tipul soluției (%)**



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

**Grafic nr. 2-3: Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18<sup>1</sup>, NUP sau SUP), 2012 (%)**



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



În mod firesc, marile aglomerări urbane, precum și zonele transfrontaliere au continuat să rămână și pe parcursul anului 2012, zonele cu potențial criminogen ridicat în domeniul criminalității la regimul juridic al drogurilor. Această concluzie este susținută de situația datelor statistice înregistrate la nivelul structurilor teritoriale ale DIICOT. Astfel, la nivelul municipiului **București** au fost soluționate aproximativ **65,96%** din totalul cauzelor soluționate la nivel național, urmate de municipiul **Constanța** cu **4,56%**, **Cluj** cu **4,08%** și **Ploiești** cu **3,55%**. De remarcat este faptul că, față de anul 2011, se înregistrează scăderi în ceea ce privește numărul cauzelor penale soluționate de către structurile teritoriale ale DIICOT din majoritatea județelor țării. Singurele structuri care au înregistrat **creșteri ușoare** sunt următoarele: **Târgu Mureș** (de la 49 în 2011, la 63 în 2012), **Brașov** (de la 47 în 2011, la 55 în 2012) și **Oradea** (34 cauze în anul 2011, comparativ cu 41 în anul 2012).

**Tabel nr. 2-1: Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2010 - 2012**

Serviciul teritorial	Cauze soluționate											
	2010				2011				2012			
	Rechizitorii	SUP 18 <sup>1</sup>	SUP/NUP	Total	Rechizitorii	SUP 18 <sup>1</sup>	SUP/NUP	Total	Rechizitorii	SUP 18 <sup>1</sup>	SUP/NUP	Total
Alba Iulia	15	20	36	71	13	10	48	71	17	16	25	58
Bacău	8	8	29	45	8	8	99	115	12	4	51	67
Brașov	17	7	24	48	13	2	32	47	12	4	39	55
București	151	974	1092	2217	120	379	2025	2524	104	204	2182	2490
Cluj	25	31	33	89	47	48	97	192	36	32	86	154
Constanța	23	34	81	138	44	18	124	186	44	15	113	172
Craiova	18	24	68	110	26	16	106	148	23	18	86	127
Galați	24	3	67	94	14	9	63	86	28	5	46	79
Iași	11	40	45	96	19	47	57	123	8	19	37	64
Oradea	17	9	13	39	17	2	15	34	20	5	16	41
Pitești	6	9	15	30	12	11	46	69	14	2	34	50
Ploiești	29	13	86	128	25	9	120	154	26	7	101	134
Suceava	2	1	5	8	13	7	51	71	8	6	27	41
Tg. Mureș	10	3	18	31	10	10	29	49	13	11	39	63
Timișoara	30	27	33	90	28	26	57	111	36	10	50	96
Structura centrală	46	8	72	126	27	1	79	107	19	0	65	84

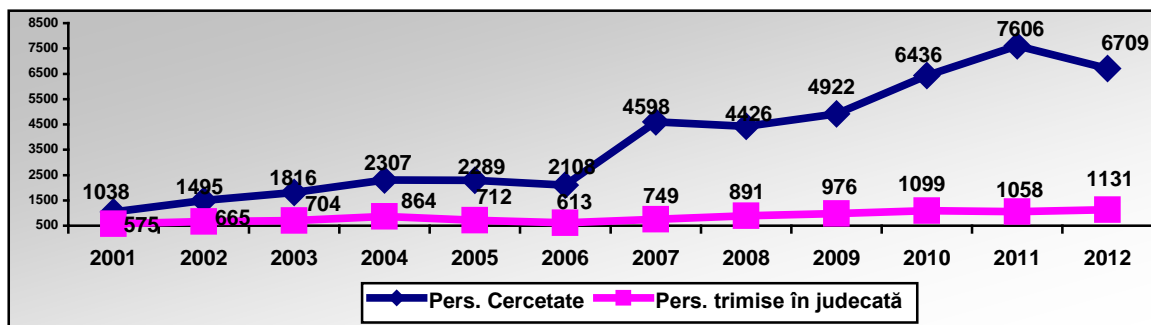
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

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

În anul 2012, ușoara scădere a numărului de cauze penale soluționate a însemnat implicit și scăderea numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor. Astfel, în cele **3.775 de cauze penale** soluționate de către unitățile de parchet au fost cercetate **6.709 persoane** (cu **11,79%** mai puține față anul 2011), din care **peste 40%** au fost cercetate de către **Serviciul Teritorial al Municipiului București**.

O **tendință ușoară de creștere** se constată în ceea ce privește indicatorul privind **numărul persoanelor trimise în judecată**, cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor. Astfel, în anul **2012**, din totalul de **6.709** persoane cercetate pentru comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor, **1.131 persoane au fost trimise în fața instanțelor de judecată** pentru continuarea procesului penal, în timp ce pentru diferența de **5.578** persoane au fost dispuse măsuri de scoatere de sub acuzare.

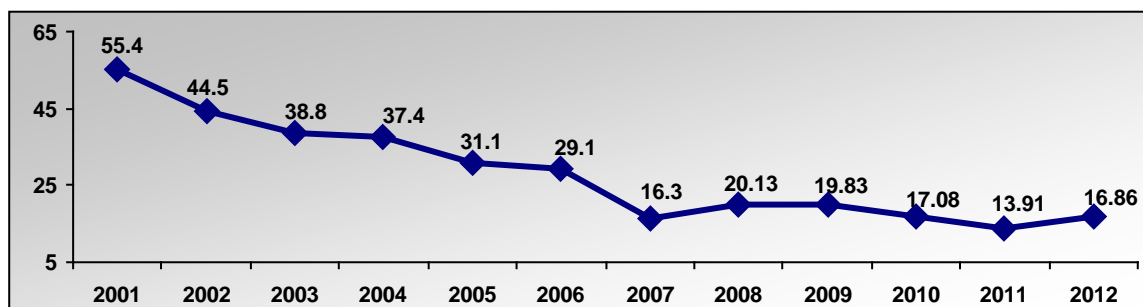
**Grafic nr. 2-4: Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001 - 2012**



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

Corelarea celor doi indicatori, respectiv a numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și a numărului de persoane trimise în judecată, evidențiază o tendință de creștere a ponderii persoanelor trimise în judecată din totalul celor cercetate (de la **13,91%** în anul 2011, la **16,86% în 2012**), deși acesta din urmă înregistrează o scădere (de la 7.606 persoane în 2011, la 6.709 persoane în anul 2012).

**Grafic nr. 2-5: Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001 - 2012 (%)**



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

În ceea ce privește **indicatorii demografici și socio-economici ai persoanelor trimise în judecată** în anul **2012**, pentru încălcarea prevederilor legale privind regimul drogurilor, profilul conturat în anii precedenți se menține și în anul de referință. Astfel, persoana trimisă în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor este, în general, o persoană de **sex masculin (89,83%)**, cu vârsta cuprinsă în intervalul **21-54 ani (90,54%)**, din **mediul urban (86,83%)**, cu un **nivel de pregătire mediu (58,8%)** și **fără ocupație (70,47%)**.

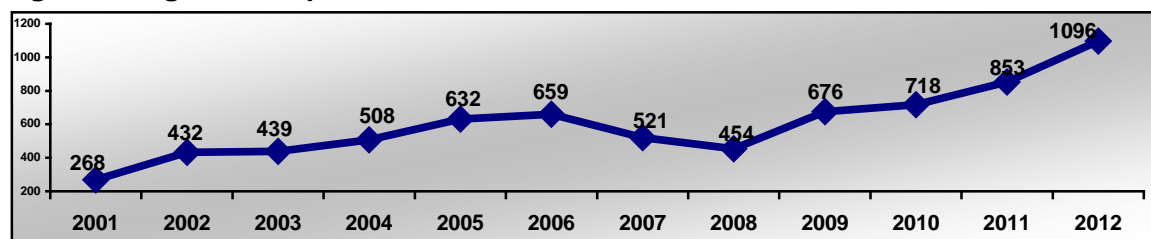
#### C. SITUAȚIA PERSOANELOR CONDAMNATE DE CĂTRE INSTANȚELE DE JUDECATĂ

În cursul anului **2012**, instanțele de judecată au stabilit vinovăția pentru comiterea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor pentru un număr de **1.096 de persoane** (990 bărbați și 106 femei) dintre care **1.064 majori** (959 bărbați și 105 femei) și **32 minori** (31 de sex masculin și 1 de sex feminin). Evoluția acestui indicator denotă menținerea trendului ascendent înregistrat în anii precedenți, valoarea acestuia înregistrată pentru anul 2012 fiind **cu 28,49%** mai mare față de cea înregistrată în anul 2011.

În anul de referință se constată o **scădere a ponderii persoanelor recidiviste** (11,59% în anul 2012, față de 14,07% în anul 2011), precum și a **persoanelor cu antecedente**

**penale** (5,66% în anul 2012, față de 7,27% în anul 2011) din totalul persoanelor condamnate.

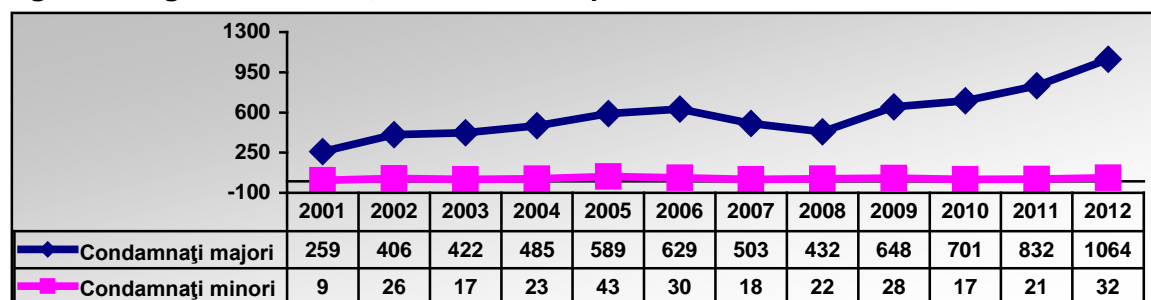
**Grafic nr. 2-6: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2012**



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În anul 2012, cea mai mare parte (**74,82%**) din totalul persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor a continuat să o reprezinte **numărul persoanelor condamnate pentru infracțiunea de trafic de droguri**, astfel că **820** de persoane au fost condamnate în temeiul **art. 2 din Legea nr. 143/ 2000** pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare. De asemenea, în anul de referință, **numărul persoanelor condamnate de către instanțele de judecată pentru infracțiunea de deținere de droguri pentru consum personal a scăzut la doar 5,57% din totalul persoanelor condamnate (61 persoane condamnate în temeiul art. 4 din Legea nr. 143/ 2000)**. Tot în anul 2012, din totalul persoanelor condamnate, **188** persoane au fost condamnate pentru introducerea sau scoaterea din țară, precum și importul ori exportul de droguri de risc, fără drept, în temeiul **art. 3 din Legea nr. 143/ 2000** pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare.

**Grafic nr. 2-7: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2012**



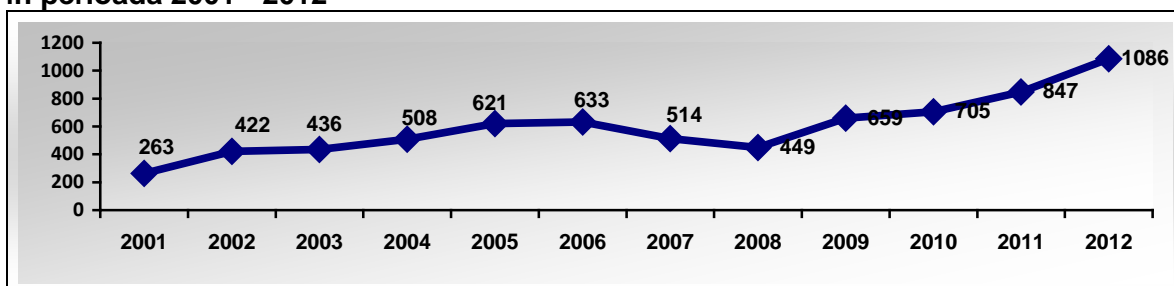
Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Nivelul de implicare a **minorilor** în comiterea de infracțiuni la regimul drogurilor continuă să se mențină la valori reduse, **sub 3%**, majoritatea condamnărilor fiind pentru infracțiuni de trafic de droguri.

#### **Situația persoanelor condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor în funcție de tipul pedepsei aplicate**

În cursul anului 2012, la fel ca și în anii precedenți, instanțele de judecată au aplicat cu precădere pedeapsa închisorii, iar în celelalte cazuri, alte tipuri de sancțiuni prevăzute de legislația penală din România. Din totalul celor **1.096** persoane condamnate în anul **2012** pentru infracțiuni la regimul drogurilor, pentru **1.086** persoane a fost aplicată **pedeapsa închisorii**, în timp ce **amenda penală** a fost aplicată doar pentru **10** persoane.

**Grafic nr. 2-8: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 - 2012**

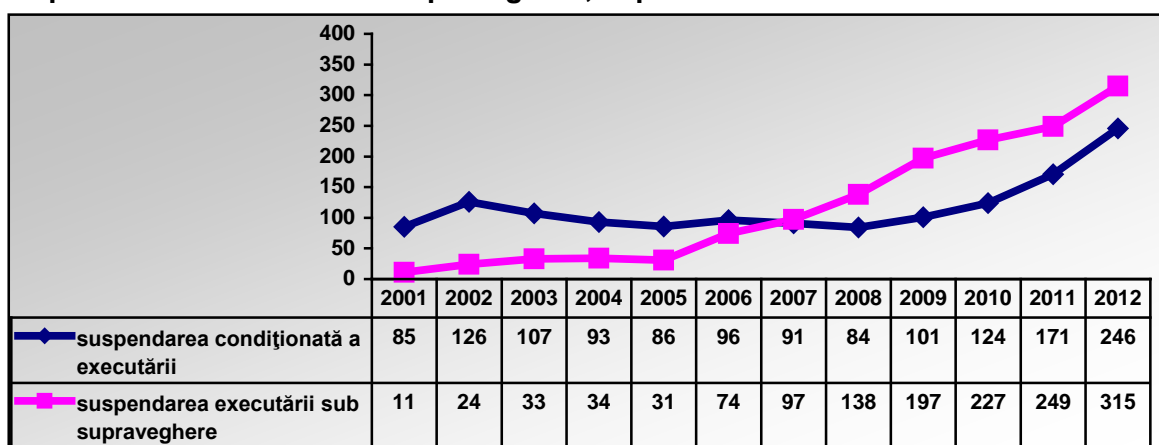


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Totodată, din totalul celor **1.086** persoane condamnate la pedeapsa închisorii, **520** persoane au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar**, **246** persoane au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării**, **315** persoane au fost condamnate la **pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere** și **5** persoane au fost condamnate la **executarea pedepsei la locul de muncă**.

Constatăm faptul că numărul total al persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii continuă să crească constant, menținându-se în același timp și paritatea între pedepsele cu executare în mediul penitenciar (**47,88%**) și pedepsele cu suspendarea executării (**51,66%**).

**Grafic nr.2-9: Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 - 2012**



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

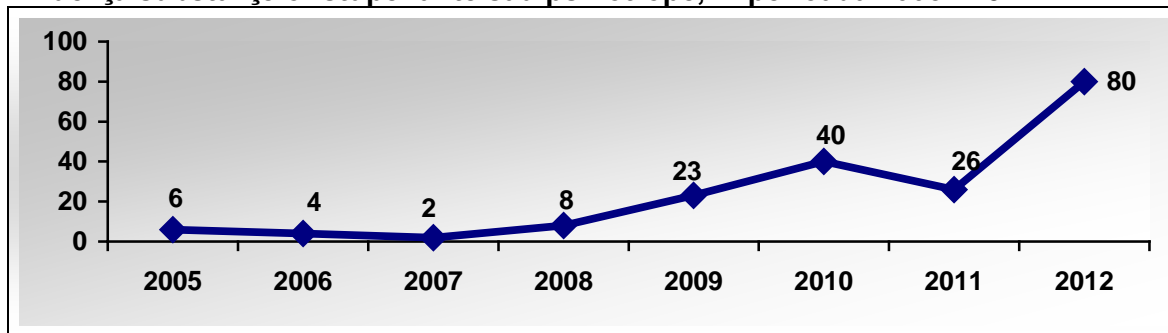
Din totalul de 520 de persoane **majore** condamnate la pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar, **289 persoane** au fost condamnate la pedeapsa cu **închisoarea de la 1 la 5 ani**, nefiind înregistrate modificări semnificative. Totodată, pentru **26,35%** dintre persoanele majore condamnate la pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar, durata pedepsei cu **închisoarea a variat între 5 și 10 ani**.

## 2.2. ALTE INFRAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI

### INFRAȚIUNI LA REGIMUL JURIDIC AL CIRCULAȚIEI PE DRUMURILE PUBLICE

În cursul anului 2012, pe drumurile publice, poliția rutieră a depistat în trafic **80 de persoane care au condus autovehicule** sub influența unor substanțe sau produse stupefiante<sup>23</sup>, numărul acestora fiind de **aproximativ 3 ori mai mare** față de cel înregistrat în anul 2011. Dintre cei 80 de conducători auto, **câte 15 conducători auto** au fost depistați în trafic pe raza județelor **Constanța și Timiș**, **câte 2 conducători auto** pe raza județelor **Alba, Arad, Dâmbovița, Ialomița, Maramureș și Vaslui**, **10 conducători auto** pe raza **Mun. București**, **9 conducători auto** pe raza **județului Argeș**, **5 conducători auto** pe raza **județului Bacău**, **4 conducători auto** pe raza **județului Neamț**, **3 conducători auto** pe raza **județului Caraș-Severin**, și **câte un conducător auto** pe raza județelor **Covasna, Dolj, Mureș, Olt, Prahova, Teleorman și Vâlcea**.

**Grafic nr. 2-10: Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2012**



Sursa: Direcția Rutieră, Inspectoratul General al Poliției Române

### ALTE INFRAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI

Și în cursul anului **2012**, **infrațiunile contra patrimoniului** rămân pe primul loc în rândul infrațiunilor comise de către persoane aflate sub influența substanțelor stupefiante sau psihoactive. Astfel, din cele **463 persoane** care au comis infrațiuni sub influența substanțelor stupefiante și psihotrope (**425 bărbați**, **38 femei** pentru care a fost dispusă măsura arestării preventive, din cele 12 centre de reținere ale Serviciului Independent de Reținere și Arestare Preventivă din cadrul Direcției Generale de Poliție a Municipiului București, **circa jumătate au comis infrațiuni contra patrimoniului** (160 infrațiunea de furt și 66 infrațiunea de tâlhărie).

În rândul celor **463** persoane arestate pentru comiterea de infrațiuni sub influența drogurilor se regăsește **un singur minor de sex masculin**.

<sup>23</sup> Datele provin din controalele inopinate din trafic efectuate de către Poliția Rutieră, nefiind efectuate testări antidrog în cazul accidentelor rutiere.

**Tabel nr. 2-2: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 - 2012**

Tipul de infracțiune	Încadrare juridică	Număr de persoane						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	Art. 208,209 CP62	278	323	378	221	414	319	160
Infracțiunea de trafic de droguri	Legea 143/2000	224	217	183	264	303	103	85
Infracțiunea de tâlhărie	Art. 211 CP	47	112	125	100	119	102	66
Infracțiunea de omor	Art. 174–178 CP	6	2	1	0	0	0	2
Infracțiunea de vătămare corporală	Art. 181 CP	1	0	3	0	0	0	n/a.
Infracțiunea de proxenetism	Art. 329 CP	2	2	2	30	0	0	n/a.
Infracțiunea de distrugere	Art. 217 CP	1	0	4	0	0	0	n/a.
Infracțiunea de înșelăciune	Art. 215 CP	1	3	13	42	0	0	n/a.
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	Art. 189 CP	1	0	3	0	0	0	n/a.
Alte infracțiuni		n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	n/a.	150

Sursa: Serviciul de Reținere și Arestare Preventivă, Direcția Generală de Poliție a Municipiului București

### 2.3. PIAȚA DROGURILOR

#### Originea drogurilor<sup>24</sup>

Analiza capturilor semnificative de droguri realizate la nivelul structurilor de specialitate din cadrul Poliției Române reliefează principalele aspecte pe linia provenienței drogurilor în România, astfel:

- **Heroina** nu cunoaște modificări relevante față de anii precedenți, Afganistan, Iran și Turcia rămânând în continuare țări de origine. Heroina tranzitează, prin intermediul clasicei Rute Balcanice, către Europa centrală și de vest, Grecia – fostele state iugoslave – Bulgaria – România – Ungaria (brațul nordic). Pentru piața din România, capturile semnificative de heroină indică Turcia ca principală țară de origine.
- **Cocaina** consumată în România provine din Venezuela, Spania, Italia și Olanda ajungând pe teritoriul național pe ruta Peru – Olanda/ Italia – Spania – Franța – Austria – Ungaria.
- Se observă o creștere semnificativă a culturilor autohtone de **canabis**, parte tot mai evidentă a fenomenului de globalizare a producției de canabis. Totodată capturi semnificative de canabis au fost efectuate și asupra transporturilor originare din Spania și Grecia. Rute utilizate către România: Spania – Franța – Austria – Ungaria și Grecia – Bulgaria.
- Cu privire la **drogurile sintetice**, acestea continuă să provină din Olanda la care se adaugă Bulgaria, ruta dinspre cea dintâi tranzitând Germania, Austria și Ungaria.

<sup>24</sup> Elaborat pe baza materialului pus la dispoziție de către Serviciul Antidrog din cadrul Direcției de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

- În cursul anului 2012 au fost realizate 2 capturi semnificative de **Substanțe Noi cu Proprietăți Psihoactive** (canabinoizi sintetici **JWH-018**) având ca origine declarată Spania și ajungând în România pe ruta Franța – Germania – Austria – Ungaria.

## CANTITĂȚI DE DROGURI CAPTURATE ȘI NUMĂR DE CAPTURI

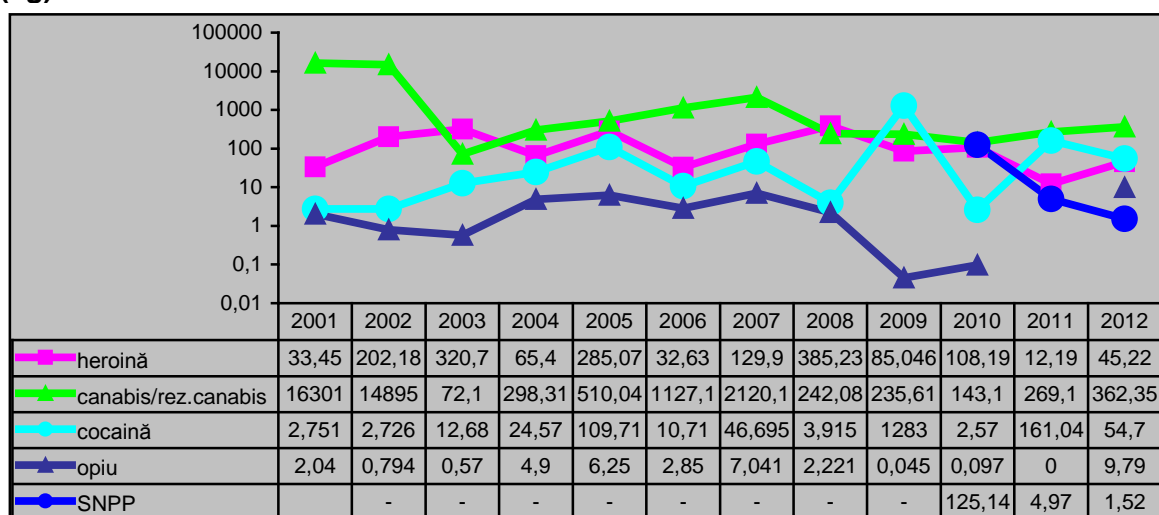
### A. DROGURI ILEGALE

În anul 2012, structurile de aplicare a legii au descoperit și ridicat în vederea confiscării **794,328 kg, 16.528 comprimate 3,726 litri și 104 doze de droguri**, din care:

- droguri de mare risc:** 115,117 kg, 14.471 comprimate, 2,643 litri și 104 doze și
- droguri de risc** 679,211 kg, 2.057 comprimate 1,083 litri.

Comparativ cu anul 2011, în anul **2012**, se constată o **creștere semnificativă de aproximativ 60%** a cantității totale de droguri confiscate. **Canabisul iarbă** (marijuana) continuă să reprezinte cel mai confiscat tip de drog pe teritoriul național, având o pondere de **42,18%** din cantitatea totală de droguri confiscate, fiind urmat de confiscările de **planta de canabis** în proporție de **37,78%** din totalul confiscărilor.

**Grafic nr. 2-11: Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2012 (kg)<sup>25</sup>**



Sursa: Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor - Inspectoratul General al Poliției Române

În funcție de tipul de drog, în anul 2012 au fost confiscate, la nivel național, următoarele cantități de droguri:

- Heroină: 45,217 kg** heroină provenind **din 215 capturi** (206 analizate de Laboratorul Central București, 8 de Laboratorul Regional Timișoara, 1 de Laboratorul Regional Iași). Comparativ cu anul 2011, în anul de referință, s-a înregistrat o creștere de 3,7 ori a cantității de heroină confiscată.
- Canabis/ rezină de canabis: 362,349 kg** canabis din care **335,086 kg iarbă de canabis** (marijuana) și **27,263 kg rezină de canabis** (hașiș), provenind din **1.754 capturi** (791 analizate de Laboratorul Central București, 452 de Laboratorul Regional Cluj, 181 de Laboratorul Regional Constanța, 181 de Laboratorul Regional Timișoara, 149 de Laboratorul Regional Iași).

Totodată, se remarcă o creștere considerabilă a numărului de plante și culturi de canabis identificate. Astfel, în anul de referință au fost descoperite pe teritoriul

<sup>25</sup> la categoria SNPP au fost incluse confiscările de: canabinoizi sintetici, 2C, catinone, piperazine, benzodiazepine, barbiturice, pirovalerone, triptamine, dimetocaină și meprobamat, realizate în anul 2012.

României **48 culturi ilicite de canabis** și au fost capturate **3.125 plante de canabis**, atât numărul plantelor, cât și cel al culturilor fiind de peste 3 ori mai mare, în comparație cu anul 2011 când au fost identificate 15 culturi ilicite, însumând 897 plante de canabis. Dintre cele 48 de culturi ilicite de canabis, 12 au fost descoperite în locații deschise, iar restul de 36 în spații închise.

- **Cocaină: 54,703 kg** cocaină provenind din **85 capturi** (45 analizate de Laboratorul Central București, 5 de Laboratorul Regional Cluj, 18 de Laboratorul Regional Constanța, 10 de Laboratorul Regional Timișoara, 7 de Laboratorul Regional Iași), față de 73 realizate în anul 2011 (cu 16,44% mai mare). În anul de referință, cantitatea de cocaină ridicată de către autoritățile abilitate în vederea confiscării este de circa 3 ori mai mică în comparație cu anul 2011.
- **Droguri sintetice**<sup>26</sup>: se înregistrează o **scădere de 13,5%** a cantității de droguri sintetice confiscată de către autorități, de la **14.916 comprimate** în anul 2011 la **12.903 comprimate** în anul 2012. De asemenea, în anul 2012 au fost capturate și **104 doze de LSD**, de 1,6 ori mai mult față de anul 2011 când au fost capturate 65 de doze. În anul de referință, a fost confiscată și o cantitate de 3,267 kg de metamfetamină, spre deosebire de anul 2011 când a fost confiscată o cantitate de 24,348 kg metamfetamină (de aproximativ 7,5 ori mai puțin comparativ cu anul 2011). Cantitățile de droguri sintetice confiscate în anul 2012 provin din **133 capturi** (49 analizate de Laboratorul Central București, 11 de Laboratorul Regional Cluj, 33 de Laboratorul Regional Constanța, 14 de Laboratorul Regional Iași și 26 de Laboratorul Regional Timișoara).

În ceea ce privește **numărul de capturi pe tip de drog**, conform datelor extrase din evidențele Laboratorului Central de Analiză și Profil al Drogurilor, în anul 2012, cele mai multe capturi au vizat canabisul (**1.492**), rezina de canabis - hașiș (**262**), urmate de heroină (**215**) și MDMA (**112**).

**Tabel nr. 2-3: Număr de capturi și cantitatea confiscată pe diferite tipuri de droguri**

Droguri	2008		2009		2010		2011		2012	
	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant	Capt	Cant
<b>Heroina (kg)</b>	1.055	385,23	1.038	85,046	962	108,19	314	12,191	215	45,217
<b>Cocaină</b>	91	3,91	103	1.282,99	72	2,57	73	161,039	85	54,703
<b>Canabis</b>	596	208,66	777	198,59	986	80,82	1.365	252,527	1.492	335,086
<b>Hașiș</b>	506	33,42	594	37,01	321	62,278	328	17,572	262	27,263
<b>Droguri sintetice (comprimate)</b>	225	55.455	58	12.73	80	3.709	156	14.916	131 <sup>27</sup>	12.903
<b>LSD (doze)</b>	n./a.	71	18	308	3	19	12	65	2	104
<b>LSD (ml)</b>							1	6,4		

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor - Inspectoratul General al Poliției Române

<sup>26</sup> la numărul capturilor și confiscărilor referitoare la drogurile sintetice au fost calculate următoarele categorii de substanțe: amfetamină, metamfetamină, derivați ai amfetaminei, MDMA și LSD.

<sup>27</sup> Numărul capturilor de droguri sintetice include și cantitățile ridicate în vederea confiscării sub formă de pulbere nu doar cele sub forma comprimatelor.



## B. SUBSTANȚE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE

În cursul anului 2012, s-a înregistrat o **scădere semnificativă** a cantităților de SNPP confiscate (**1,5 Kg**), față de cele din anul 2010 (**125,14 kg**) și anul 2011 (**4,96 kg**). Aceste rezultate se datorează atât continuării **Programului de măsuri pentru combaterea comercializării și consumului substanțelor/ produselor noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății nr.5/1194 din 18.02.2011**, dar și punerii în aplicare a 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**.

**Tabel nr. 2-4: Confiscările de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (kg) în perioada 2010 - 2012**

SNPP				Cantitate capturată			Număr capturi		
	kilograme			comprimate			2010	2011	2012
	2010	2011	2012	2010	2011	2012			
Canabinoizi sintetici	57,024	2,865	1,079	0	0	0	379	115	21
Catinone	50,091	1,863	0,19	324	4	577	480	235	44
Piperazine	6,506	0,023	0,0001	15.094	1.050	89	74	19	19
Pirovalerone	1,800	0.0048	0,03	6	0	2	54	6	10
Triptamine	8,932	0,015	0,078	0	0	0	2	1	73
Mitragin	0,139	0,192	0	0	0	0	4	1	0
Salvinorin	0,648	0,0033	0	0	0	0	15	1	0
Dimetocaină	0	0	0,131	0	0	0	0	0	7

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor, Inspectoratul General al Poliției Române

## PRECURSORI ȘI SUBSTANȚE CHIMICE ESENȚIALE

Conform datelor existente în evidențele Laboratorului Central de Analiză și Profil al Drogurilor, nici în anul 2012 nu au existat capturi de precursori de droguri și substanțe chimice esențiale.

## LABORATOARE CLANDESTINE

Pe parcursul anului 2012, au fost identificate pe teritoriul României **două laboratoare clandestine de condiționare** de substanțe noi cu proprietăți psihoactive<sup>28</sup>, dintre care unul pe raza **Municipiului București** și altul la pe raza **Municipiului Buzău**. Cu ocazia activităților desfășurate de către lucrătorii antidrog au fost descoperite cele două locații, în incinta cărora, membrii unor rețele de traficanți români realizau amestecuri de fragmente vegetale cu substanțe noi cu proprietăți psihoactive, ce erau ulterior ambalate și porționate în vederea comercializării (designer drugs). Printre substanțele chimice găsite și confiscate de la fața locului, menționăm următoarele: 4-MEC, UR-144, 4-FA, JWH-203, JWH-122, JWH-081, JWH-210, AM 2201, MAM 2201, NEB, 4-MMA, RCS 4, XLR, acetonă, alcool izopropilic și fragmente vegetale folosite ca substrat. Aceste substanțe intră în categoria catinonelor, canabinoizilor sintetici sau derivaților amfetaminei. Pe lângă aceste substanțe au mai fost ridicate, în vederea confiscării, tăvi, un blender și 2 cântare, ustensile folosite în vederea condiționării substanțelor.

<sup>28</sup> Aceste substanțe intră sub incidența **Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare**

## PREȚUL DROGURILOR

Comparativ cu anul 2011, pe parcursul anului 2012, o parte din prețurile de comercializare a drogurilor a rămas constantă, iar o parte a suferit scăderi. Diferențele prezentate în tabelele de mai jos (ușoară creștere a prețurilor tuturor drogurilor vândute cu amănuntul – exceptând cocaina - și a prețului cu ridicata plătit pentru ecstasy, în timp ce acest preț pentru heroină înregistrează o ușoară scădere) sunt determinate de cursul mediu al monedei euro<sup>29</sup>, stabilit de B.N.R în cursul anului 2012, ușor crescut în comparație cu anul 2011.

În ceea ce privește prețurile de comercializare a drogurilor vândute en gros, acestea sunt similare anului 2011 și variază în funcție de tendința manifestată la nivelul cererii pe piața ilicită, astfel:

- hașiș (rezină de cannabis) – atât prețul cu ridicata (en gros), cât și prețul cu amănuntul s-au menținut în perioada 2010 - 2012 la aproximativ aceleași valori înregistrate în anul 2009;
- cannabis iarbă (marijuana) – prețul acestui drog nu a suferit modificări nici la vânzarea cu ridicata, nici la cea cu amănuntul; valorile sunt similare celor înregistrate în perioada 2009-2011;
- heroină - prețul cu ridicata (en gros) continuă să scadă ușor, suma minimă oferită fiind cu 15% mai mică, iar cea maximă cu 18,52% mai mică față de valoarea înregistrată în anul precedent;
- cocaină - prețul cu ridicata (en gros) a scăzut în anul 2012, față de anul 2011, prin încadrarea într-un interval de variație cu 11,1%, respectiv cu 22,2% mai mic;
- ecstasy (MDMA) – atât prețul cu ridicata (en gros), cât și prețul cu amănuntul au suferit o ușoară creștere, determinată de creșterea prețului mediu plătit pentru 1 Euro, în anul 2012;
- LSD - prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil în intervalul 2004 - 2012.

De asemenea, de menționat este faptul că prețul heroinei vândută en gros a fost influențat și de cantitatea totală tranzacționată sau de calitatea mărfii, iar prețul cannabisului vândut cu amănuntul a variat și în funcție de proveniența autohtonă sau străină a acestuia.

**Tabel nr. 2-5: Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004-2012**

### A. Prețul cu ridicata (în Euro/ kg, litru sau 1000 doze)

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hașiș (rezină de cannabis)	600-800	1600-2500	1600-2500	2.200 — 2.400	8.000 — 10.000	4.000 — 7.000	4.000 — 7.000	4.000 — 7.000	4.000 — 7.000
Canabis iarbă (marijuana)	1600-2500	600-800	1300 - 1500	1300 - 1500	-	2.000 — 5.000	2.000 — 5.000	2.000 — 5.000	2.000 — 5.000
Cocaină	35.000-50.000	35.000-50.000	35.000-50.000	42.000 — 44.000	35.000 — 55.000	40.000 — 60.000	45.000 — 90.000	45.000 — 90.000	40.000 — 70.000
Heroină	10.000-15.000	13.000-17.000	15.000-20.000	12.000 — 15.000	15.000 — 16.000	12.000 — 20.000	12.000 — 20.000	20.000 — 27.000	17.000 — 22.000
Amfetamină	3.000-4.000	3.000-4.000	3.000-5.000	5.000	5.000	-	-	-	-
Ecstasy (MDMA)	3.000-4.000	3.000-4.000	8.000-10.000	-	-	3.700 — 7.500	3.560 — 7.130	3.539 — 7.078	4.000 — 7.000

Sursa: Serviciul Antidrog, Inspectoratul General al Poliției Române

<sup>29</sup> Conform datelor existente la nivelul Băncii Naționale a României cursul mediu înregistrat pentru moneda Euro în anul 2011 a fost de 4,2379 Ron, iar în anul 2012 a fost de 4.4559

**B. Prețul cu amănuntul (în Euro/g sau pe o doză)**

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hașiș (rezină de cannabis)	4-6	4-6	4-6	7-9	7-9	15 - 20	14,25 - 19	14,1 - 18,8	15 - 20
Canabis iarbă (marijuana)	2-4	5-7	2-4	6-7	8-14	10 - 20	9,5 - 19	9,4 - 18,8	10 - 20
Cocaină	60-120	80-120	80-150	80-120	80-120	80 - 120	80 - 120	80 - 120	80 - 120
Heroină	15-25	25-40	25-60	30-35	46-55	37 - 49	35,63 - 47,51	35,3 - 47,1	50
Amfetamină	5-10	7-13	7-13	10	-	-	-	-	-
Ecstasy (MDMA)	5-10	13-15	10-15	7-12	5-8	10 - 20	9,5 - 19	9,4 - 18,8	10 - 20
LSD (timbru)	20-30	20-30	30-35	33	33	20 - 37	19 - 35,63	18,8 - 35,3	20 - 40

Sursa: Serviciul Antidrog, Inspectoratul General al Poliției Române

**CONCLUZII**

- România nu este o țară de producție a drogurilor, dar își păstrează calitatea de important punct de tranzit pe ruta Balcanică de traficare a drogurilor.
- România, alături de statele cu ieșire la Marea Neagră, este o rută alternativă/secundară de introducere a cocainei în Europa, prin portul Constanța, în special a cocainei ce provine din Bolivia.
- În anul **2012**, se constată o **creștere semnificativă de aproximativ 60% a cantității totale de droguri confiscate**, cu creșteri față de anul precedent a cantităților de heroină (de 3 ori) și a plantelor și culturilor ilicite de cannabis (de 3 ori).
- Anul 2012 înregistrează **cea mai mare cantitate de opiu confiscată până în prezent** (9,79 kg).
- Magazinele de "vise" au fost închise în procent de aproximativ 98% și s-a înregistrat o **scădere semnificativă a confiscărilor de SNPP (1,5 Kg)**, față de 125,14 kg în anul 2010 și 4,96 kg în anul 2011.
- Deși în anul 2012, numărul cauzelor soluționate cu trimitere în judecată este în scădere, **numărul persoanelor trimise în judecată este în creștere față de anul precedent**. Acest fapt poate evidenția o mai mare implicare și eficientizare a activităților desfășurate de autoritățile de aplicare a legii în ceea ce privește strângerea și administrarea probelor în cadrul procesului penal, dar poate fi și un indicator relativ privind asocierea mai multor persoane în vederea comiterii de infracțiuni la regimul drogurilor sau a infracțiunilor asociate. Acest lucru poate fi confirmat și de creșterea numărului de grupuri infracționale destrămate (86 în anul 2012 și 82 în anul 2011), precum și de numărul persoanelor implicate în aceste grupuri (378 în 2012 și 272 în 2011);
- Se remarcă o **creștere semnificativă a numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor/ produselor stupefiante** (București și județele Constanța, Timiș, Argeș);
- Pe parcursul anului 2012, au fost identificate pe teritoriul României **două laboratoare clandestine de condiționare** de substanțe noi cu proprietăți psihoactive<sup>30</sup>, dintre care unul pe raza **Municipiului București** și altul la pe raza **Municipiului Buzău**.

<sup>30</sup> Aceste substanțe intră sub incidența **Legii nr.194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare**

### 3. POLITICI PRIVIND DROGURILE

Reînființată în anul 2011, ca organism de coordonare în domeniul drogurilor, Agenția Națională Antidrog a fost responsabilizată instituțional să elaboreze concepția cadru și să coordoneze, evalueze și monitorizeze, la nivel național, răspunsul instituțional în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri, precum și al asistenței integrate a consumatorilor, aplicate de către instituțiile cu atribuții în domeniu.

Beneficiind de sprijinul direct al Guvernului României, Agenția Națională Antidrog, prin intermediul Ministerului Afacerilor Interne, a inițiat și participat la elaborarea și adoptarea mai multor documente de politici publice, menite să reducă cererea și oferta de droguri în rândul populației, să asigure servicii de asistență integrată pentru consumatorii de droguri, având ca finalitate atingerea obiectivelor asumate la nivel național prin cele două strategii implementate până în prezent.

Totodată, pornind de la experiența acumulată de-a lungul timpului și previzionând tendințele fenomenului drogurilor, Agenția Națională Antidrog, urmărește continuarea procesului de funcționare în România a unui sistem coerent, integrat și profesionist de elaborare a politicilor în domeniu, în care societatea civilă joacă un rol esențial. Față de aceste aspecte, Agenția Națională Antidrog urmărește să adapteze permanent răspunsul național în planul politicilor la noile tendințe ale consumului și traficului de droguri la nivel național, la condițiile socio-economice actuale, la realitățile concrete, nevoile și posibilitățile de reacție existente, beneficiind în acest demers de sprijinul factorilor decidenți și al actorilor sociali de la nivel național și local, în special al societății civile.



Această viziune a fost materializată în noua **Strategie Națională Antidrog pentru perioada 2013-2020**, document programatic care înglobează obiectivele generale și specifice pe direcțiile de acțiune asumate de toate instituțiile implicate în reducerea amplitudinii fenomenului drogurilor la nivel național.

Strategia va fi implementată în intervalul 2013-2020, care corespunde perioadei de implementare a noii Strategii a Uniunii Europene în domeniul drogurilor și urmează Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012, aprobată prin H.G. nr. 73/2005.

Prin aprobare de către Guvernul României, Strategia Națională Antidrog 2013-2020 va fi asumată ca document de politici publice în domeniu, conferind caracterul formal și legitimitatea răspunsului la fenomenul drogurilor. Noua strategie include o nouă abordare la nivel de politici naționale în domeniul drogurilor, prin accentuarea importanței demersurilor evaluative și analitice, care se înscriu în contextul mai larg al atenției pe care Uniunea Europeană o acordă cercetării, rigurozității științifice, colaborării cu mediul profesional și academic. Elaborarea noii Strategii Naționale Antidrog a avut ca bază de plecare evaluarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012 și a planurilor sale de acțiune.

Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice. În acest sens, planurile de acțiune aferente strategiei detaliază și stabilesc concret măsurile și intervențiile din domeniul reducerii cererii și ofertei drogurilor, pornind de la o abordare coerentă și eficientă.

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 urmărește să:

- reducă nivelul consumului și dependenței de droguri, precum și consecințele generate de acestea la nivelul sănătății, ordinii și siguranței publice;
- contribuie la reducerea disponibilității drogurilor pe piață;

- promoveze cunoașterea fenomenului prin evaluarea sistematică a tendințelor și provocărilor din domeniul drogurilor, în vederea fundamentării răspunsului instituțiilor și structurilor societății civile;
- asigure cadrul necesar dialogului și cooperării între instituțiile implicate și sectorul neguvernamental.

La nivel național, problema drogurilor, inclusiv alcoolul și tutunul, continuă să reprezinte o provocare cu implicații grave atât pentru domeniul social, al sănătății, dar și în domeniul aplicării legii, iar evoluțiile recente, cum ar fi consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, continuă să genereze preocupări la toate nivelurile.

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

În acest context, la nivelul factorilor de decizie din sectorul guvernamental se urmărește adaptarea continuă a răspunsului național la noile tendințe ale consumului și traficului de droguri, la condițiile socio-economice actuale, la realitățile concrete, identificându-se nevoile și stabilindu-se posibilitățile de reacție. În acest demers, sprijinul structurilor societății civile și al comunității este deosebit de important.

Strategia dezvoltă cadrul național de politici, necesar implementării unui răspuns proactiv față de fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și precursori, prin obiective specifice și acțiuni integrate ale instituțiilor naționale și locale.

Noua strategie 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. De asemenea, Strategia Națională Antidrog 2013-2020 consolidează rezultatele pozitive obținute în urma implementării documentelor de politici publice anterioare și își propune să ofere soluții pentru depășirea dificultăților întâlnite în practică și își propune o abordare umanistă a consumului de droguri, care se reflectă inclusiv în obiectivele acesteia. Totodată, documentul se înscrie în cadrul normativ național și respectă principiile fundamentale ale Uniunii Europene: respectul față de demnitatea umană, libertate, democrație, egalitate și stat de drept. Elementul fundamental al acestei noi strategii îl reprezintă echilibrul între măsurile de reducere a cererii și ofertei de droguri.

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

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Îmbunătățirea nivelului de cunoaștere a problematicei drogurilor la nivel național pornind de la evidențe științifice, prin monitorizare, cercetare și informare.

Obiectivele specifice propuse sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății publice și incluziunii sociale, ordinii și siguranței cetățeanului. În acest sens, planurile de acțiune aferente strategiei detaliază și stabilesc concret măsurile și intervențiile din domeniul reducerii cererii și ofertei drogurilor, pornind de la o abordare coerentă și eficientă. Planurile de acțiune cuprind activitățile concrete și indicatorii cantitativi și calitativi aferenți fiecărei acțiuni asumate de instituțiile responsabile.

Monitorizarea Strategiei va fi efectuată prin colectarea regulată și sistematică de date cu privire la activitatea curentă, ca o bază pentru evaluare și input pentru controlul de calitate. Suplimentar, va fi folosită ca o sursă generală și sistematică cu privire la intervențiile viitoare.

În vederea obținerii de informații privind modul de implementare a strategiei, precum și a rezultatelor pe care implementarea obiectivelor acesteia le va produce la nivel național, activitățile de monitorizare vor urmări două direcții:

- *Monitorizarea implementării strategiei:* furnizează informații privind modul de implementare a acțiunilor menționate în cadrul planului de acțiune. În acest sens, vor fi elaborate rapoarte de monitorizare periodice conform graficului din planul de acțiune. Rapoartele de monitorizare vor fi elaborate de A.N.A.
- *Monitorizarea atingerii obiectivelor:* efectele strategiei vor fi resimțite și după ce activitățile pe care aceasta le propune au fost implementate. Astfel, pentru a fi posibilă o evaluare a performanței măsurilor propuse este necesar a derula un proces de monitorizare care urmează să se desfășoare atât pe parcursul implementării, cât și după ce strategia a fost finalizată. Pe parcursul implementării strategiei unele activități produc rezultate care ar putea să conducă la modificări ale modului în care au fost concepute activitățile. În aceste situații, pot fi formulate recomandări privind modul în care profilul activităților ar putea fi îmbunătățit astfel încât să conducă la creșterea performanței în atingerea obiectivelor strategiei.
- Evaluarea va lua în considerare următoarele criterii:
  - Eficacitatea și eficiența măsurilor și acțiunilor întreprinse pentru realizarea obiectivelor în termeni de performanță, rezultate și valoare adăugată.
  - Relevanța obiectivelor și măsurilor de intervenție propuse pentru îndeplinirea acestora.
  - Impactul social și economic al rezultatelor obținute și a modalităților propuse pentru atingerea acestora.
  - Sustenabilitatea rezultatelor pe termen mediu și lung.
  - Valoare adăugată ca element de noutate față de documentele programatice anterioare.

Pe parcursul implementării Strategiei, Agenția va realiza două evaluări: o evaluare intermediară la jumătatea perioadei de implementare care va corespunde cu evaluarea primului plan de acțiune și o evaluare ex-post care va încorpora rezultatele evaluărilor celor două planuri de acțiune.

## 4. RĂSPUNSUL LA PROBLEMA DROGURILOR

### 4.1. PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI

Majoritatea programelor naționale, regionale și/ sau locale de prevenire universală implementate în 2012 au avut ca **obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației privind consumului de alcool, tutun, droguri și substanțe noi cu efecte psihoactive, precum și dezvoltarea unor atitudini și practici în rândul populației generale, prin orientarea către activități cultural-artistice și sportive, ca alternativă la consumul de droguri.**

În același timp, s-a constatat o eficacitate crescută, pe termen mediu și lung, a **programelor de prevenire orientate spre formarea și consolidarea abilităților personale care au rol de factor de protecție în prevenirea consumului de droguri** (abilități de comunicare asertivă, gestionarea emoțiilor, gestionarea stresului și agresivității, rezolvarea de probleme, abilitatea de a face față presiunii grupului, de adoptare a deciziilor etc).

În anul 2012, **cea mai mare provocare a activităților de prevenire a consumului de droguri a fost de a ajuta tinerii să își gestioneze comportamentul, capacitățile și starea de bine în fața unor influențe multiple, cum ar fi: normele sociale, interacțiunea cu egalii, condițiile de viață și propriile trăsături de personalitate.** În acest sens, au fost intensificate intervențiile centrate pe reducerea comportamentelor riscante legate de consumul de substanțe, cunoscut fiind faptul că tinerii sunt influențați de un set complex de factori de mediu, cum ar fi: ceea ce se consideră a fi normal și dezirabil în comunitățile în care trăiesc, legislația și publicitatea la care sunt expuși, disponibilitatea alcoolului, tutunului și drogurilor ilegale etc.

Considerând că adolescența este un factor de risc și că majoritatea tinerilor încep consumul de droguri la această vârstă, **proiectele și intervențiile de prevenire au fost concentrate asupra mediului școlar, ca și cadru eficient pentru prevenirea universală.** Cu toate acestea, în cadrul populației școlare există și grupuri vulnerabile care au necesitat intervenții adaptate.

Programele de prevenire au fost realizate pentru furnizarea cunoștințelor despre efectele drogurilor asupra corpului și psihicului, construirea unei atitudini negative față de droguri, construirea încrederii în sine, învățarea refuzului și abilităților de viață socială, încurajarea participării la activități alternative.

Din păcate, **din cauza resurselor financiare insuficiente, programele tip informare au continuat să joace un rol central în prevenirea consumului de droguri,** deși cea mai recentă tendință dovedită a fi eficientă în domeniu, în statele membre ale spațiului comunitar, este centrată pe reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri, fundamentată pe convingerea că abilitățile cognitive sunt mai importante decât abordările comportamentale pentru a-i învăța pe tineri să ia decizii și să facă alegeri informate în viață.

Anul 2012 a marcat, de asemenea, și etapa de **traducere și adaptare a standardelor minime ale proiectelor de prevenire a consumului de droguri,** ca rezultat concret al unui proiect european coordonat de Universitatea „John Moore” din Liverpool, supervizat de EMCDDA, proiect în care România a fost partener activ.

## PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În România, ca și în majoritatea statelor membre, școlile sunt considerate drept cel mai important cadru de prevenire universală, în anul de referință fiind înregistrată o creștere vizibilă a accentului pus pe prevenirea în școală în implementarea și evaluarea documentelor programatice (Strategia Națională Antidrog 2005-2012 și Planul de Acțiune în vederea Implementării SNA) și în implementarea structurată a acestei abordări.

**Această tendință se reflectă în extinderea politicilor de reducere a cererii de droguri în școală și în dezvoltarea de programe modulare specifice de prevenire a consumului drogurilor, destinate școlilor, precum și în formarea inițială și continuă a profesorilor și consilierilor școlari, în scopul extinderii rețelei de specialiști în acest domeniu.**

În anul 2012, programele/ proiectele de prevenire a consumului de droguri în școală au fost desfășurate de rețeaua teritorială a Agenției Naționale Antidrog, formată din cele 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog și de serviciile publice deconcentrate subordonate (Ministerul Educației Naționale, prin Inspectoratele Școlare Județene, Ministerul Tineretului și Sportului, prin Direcțiile Județene pentru Tineret și Sport, Ministerul Sănătății, prin Autoritățile de Sănătate Publică, Ministerul Administrației și Internelor, prin Inspectoratele de Poliție județene, Ministerul Muncii Familiei și Protecției Sociale prin Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Ministerul Justiției, prin unitățile penitenciare și Direcția de Probațiune), în parteneriat cu societatea civilă.

### PROIECTE LOCALE:

În anul 2012, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au implementat **110 proiecte de prevenire în mediul școlar**, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

#### - În mediul preșcolar:

- o **82 activități de prevenire**
- o **1559 beneficiari (1230 copii, 230 părinți și 99 cadre didactice).**

#### - În mediul școlar (primar, gimnazial și liceal):

- o **6.287 activități de prevenire (4.919 în mediul urban și 1368 în mediul rural)**
- o **52.079 beneficiari direcți (elevi, părinți, cadre didactice și polițiști )**
- o **24.457 beneficiari indirecti.**

#### - În mediul universitar:

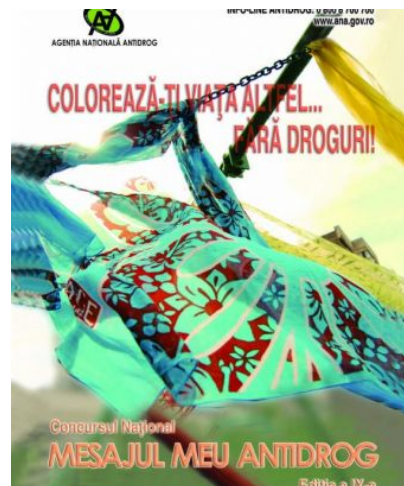
- o **38 activități de prevenire**
- o **4355 beneficiari direcți (4.320 studenți și 35 cadre didactice)**
- o **13.500 beneficiari indirecti.**

### PROIECTE NAȚIONALE

#### 1. CONCURSUL „MESAJUL MEU ANTIDROG” EDIȚIA A IX-A

Concursul național „Mesajul meu antidrog”, aflat la a IX-a ediție, a reprezentat un cadru adecvat de manifestare a elevilor și studenților cuprinși într-o formă de învățământ, contribuind, alături de celelalte activități de acest gen, la formarea de convingeri de viață sănătoase în rândul populației tinere.

Având ca țintă dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul populației școlare, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri, proiectul a fost implementat la nivelul fiecărui CPECA, în colaborare cu inspectoratele școlare, direcțiile de tineret și sport în perioada februarie – iunie 2012. Conform regulamentului concursului, elevii au participat la **10 secțiuni**, pe două categorii de vârstă: eseu literar, pagină web (3 subsecțiuni),





film de scurt metraj, fotografie digitală, spot, arte vizuale ( 3 subsecțiuni), sport (8 – discipline)- numai la nivel județean. **La nivel național** au primit informații despre concurs peste **150.000 elevi de gimnaziu și liceu**. La concurs **au participat cu lucrări la cele 10 secțiuni peste 5000 de elevi**. Lucrările premiate cu locul I au participat la faza națională a concursului.

## 2. PROIECTUL „NECENZURAT”



„Necenzurat” este un proiect de prevenire a consumului de droguri în școli pentru adolescenții cu vârste cuprinse între 12 și 14 ani, fiind bazat pe modelul influenței sociale.

În anul 2012 a fost definitivată echipa de proiect în vederea implementării la nivel național, s-au tipărit peste **3000 caiete și seturi de carduri pentru elevi, 400 manuale (ghiduri) destinate profesorilor** și a fost organizată **formarea formatorilor județeni**.

De asemenea, au fost **formați câte doi specialiști din fiecare județ/ sector, unul din cadrul CPECA și unul din cadrul Centrului Județean de Resurse și Asistență Educațională**, din structura fiecărui Inspectorat Școlar Județean/ Inspectoratul Municipiului

București. Un aspect important privind dezvoltarea proiectului l-a constituit **acreditarea** acestuia în cadrul sistemului de formare continuă a personalului didactic din învățământul preuniversitar.

## 3. PROGRAMUL „ȘCOALA ALTFEL”

În baza parteneriatului pe care ANA îl are cu Ministerul Educației Naționale s-a stabilit încă de la sfârșitul anului 2011 ca cele două instituții să colaboreze în cadrul programului „Școala Altfel”.

Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au organizat în cadrul acestui program un număr important de activități: vizionări de filme cu tematică specifică, prezentări ale specialiștilor cu privire la consumul de substanțe și efectele lor urmate de dezbateri, distribuirea de materiale informative etc. De asemenea, în majoritatea județelor au fost organizate conferințe de presă cu participarea Instituției Prefectului, au fost elaborate comunicate de presă, prilej cu care au fost promovate activitățile înscrise în program.

### PREVENIREA ÎN FAMILIE

Ca și în majoritatea statelor membre cu expertiză îndelungată în domeniul prevenirii consumului și în România, **în anul de referință a fost implementat un număr relativ redus de proiecte de prevenire în aria familială**. Există o polideterminare a acestui aspect:

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

### PROIECTE LOCALE

În anul 2012, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au implementat un număr de **17 proiecte de prevenire în mediul familial**, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

- **368 activități de prevenire (216 în mediul urban și 152 în mediul rural);**
- **3924 beneficiari (părinți naturali, asistenți maternali, asistenți maternali și tineri din centre de plasament).**

## PROIECTE NAȚIONALE

### CAMPANIA NAȚIONALĂ „RISCURILE CONSUMULUI DE DROGURI LA MAMĂ ȘI COPIL”

Agentia Națională Antidrog a organizat în data de 20 iunie 2012, la Palatul Parlamentului, conferința națională „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil”, eveniment la care au participat specialiști din cadrul Ministerului Administrației și Internelor, Ministerului Sănătății, Organizației Mondiale a Sănătății, Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale și ai UNICEF România. Prezentările în plen au pus accentul pe efectele negative pe care consumul de droguri îl are asupra mamei și fătului: „Părinți consumatori de droguri”, „Mame seropozitive însărcinate”, „Consecințe fetale și neonatale ale toxicomaniei materne în cursul sarcinii”, „Implicațiile consumului de substanțe ilegale la mamă și efectele asupra copiilor - studiu de caz”, „Studiu consum „etnobotanice”, „Factori de risc și de protecție la consumul de droguri”, „Influența fumatului asupra funcției pulmonare la copil și mamă”, „Efectele abuzului de substanțe asupra copiilor și familiei”, „Prezentarea serviciilor de protecție a copilului”, „Prezentarea serviciilor de asistență ale ANA” etc.

Evenimentul a marcat inițierea **campaniei naționale „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil”**, al cărei obiectiv principal a fost sensibilizarea și conștientizarea viitoarelor mame cu privire la riscurile asociate consumului de tutun, alcool și droguri asupra fătului și care are perioada de implementare cuprinsă între 5 octombrie 2012 – 26 iunie 2013.

Campania și-a propus:

- o organizarea unor dezbateri privind consecințele consumului de droguri la mamă și copil cu participarea unor specialiști în domeniul medical, psihologic, juridic;
- o organizarea de vizite de informare în cabinete de planning familial și distribuirea de materiale informative;
- o organizarea unor mese rotunde cu participarea tuturor factorilor implicați în asistarea medicală a viitoarelor mame în fiecare județ.

În perioada campaniei, în **8 orașe** din țară (București, Craiova, Brașov, Cluj, Iași, Constanța, Galați, Ploiești) s-au derulat dezbateri privind riscurile consumului de droguri la mamă și copil, s-au purtat discuții despre echilibrul pe care uneori este greu pentru mame să-l găsească în viața de familie, profesie și dorințele proprii, despre drepturile mamelor, despre viața care merită prețuită și trăită frumos și demn, despre bucuriile și tristețile unei mame.

ANA, la nivel central și prin Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, a reușit atingerea obiectivelor propuse pentru anul 2012, respectiv sensibilizarea și conștientizarea viitoarelor mame cu privire la riscurile asociate consumului de tutun, alcool și droguri asupra fătului, precum și a promovării campaniei „Riscurile consumului de droguri la mamă și copil”, prin **informarea a peste 12.938 persoane**, beneficiarele principale ale acestei campanii și prin colaborarea cu reprezentanții autorităților publice locale, ale unităților spitalicești și ale societății civile.

Ca material principal de campanie, în cadrul Subprogramului 2 din Programul Național, a fost realizat **designul unui spot video adresat părinților**, spot care va fi difuzat pe canalele media clasice și pe rețelele de socializare în anul 2013.



## PREVENIREA ÎN COMUNITATE

### PROIECTE LOCALE

În anul 2012, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au implementat **22 proiecte de prevenire în comunitate**, prin care s-au desfășurat următoarele activități:

- o **617 activități de prevenire;**
- o **18.832 beneficiarii direcți;**

- **17.125 beneficiari indirecti (membrii comunităților locale, persoane aflate în stare privativă de libertate, voluntari, copii și tineri aflați în centre de plasament, polițiști și jandarmi).**

## PROIECTE NAȚIONALE

### PROIECTUL „PREVENIREA ABUZULUI ȘI TRAFICULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE”

Proiectul, finanțat de Grupul de cooperare pentru combaterea consumului și a traficului ilicit de droguri (POMPIDOU) din cadrul Consiliului Europei, are ca obiectiv prevenirea consumului și traficului de droguri printr-un concurs de mesaje transmise cu ajutorul unor desene/ picturi realizate de către beneficiari ai serviciilor de tratament a consumului de droguri, din cadrul CAIA Obregia, CAIA Pericle, precum și beneficiari din Comunitățile Terapeutice din cadrul Penitenciarelor Jilava, Rahova și Târgșor.

În anul 2012, a avut loc cursul de formare în terapie prin artă, a fost realizată metodologia de lucru pentru implementarea proiectului și a fost monitorizată și coordonată implementarea proiectului și întocmirea rapoartelor de activitate.

### PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC

#### 1. PROIECTUL „FRED GOES NET - INTERVENȚII TIMPURII PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI CARE AU FOST IDENTIFICAȚI/ DEPISTAȚI PENTRU PRIMA OARĂ”

În luna ianuarie 2012, a fost lansată **cea de- a doua ediție națională a proiectului**, având ca obiective întărirea parteneriatelor locale în vederea asigurării sistemului de referire către CPECA, promovarea cursurilor FRED în rândul directorilor, consilierilor școlari, diriginților, părinților etc. și susținerea a cel puțin 7 cursuri FRED la nivel local, respectând cerințele Manualului FRED GOES NET.



În anul 2012, CPECA a implementat **103 cursuri FRED cu 987 participanți**, comparativ cu anul 2011 în care au avut loc 129 cursuri FRED cu 1.045 participanți.

#### 2. CAMPANIA DE REDUCERE A RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI „FĂRĂ RISCURI ÎN PLUS!” 1-15 AUGUST 2012, ÎN VAMA VECHIE

Campania a fost elaborată, coordonată și implementată de Agenția Națională Antidrog în parteneriat cu Asociația Carusel, având următoarele **obiective**: reducerea riscurilor asociate consumului de droguri în rândul tinerilor aflați pe litoral; promovarea serviciilor pentru tratamentul dependenței de droguri și promovarea conceptului de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri, ca abordare de sănătate publică și de destigmatizare a consumatorilor de droguri.

În cadrul campaniei, **4.765 tineri au beneficiat de intervențiile directe de informare și consiliere** ale specialiștilor campaniei despre riscurile asociate consumului de droguri, ca abordare de sănătate publică și de destigmatizare a consumatorilor de droguri. Apreciem că un număr de aproximativ **15.000 persoane au fost informate despre activitățile acestei campanii**. În cadrul campaniei au fost distribuite **3.000 pliante, 500 baloane, 8.640 prezervative, 180 seringi, 387 tampoane dezinfectante și 74 fiole cu apă distilată**. Un element important pe care s-a pus accent este cel legat de recuperarea seringilor folosite. La nivel central și local campania a fost promovată prin peste **50 de apariții în presa scrisă, în mediul online și la radio**.

## CAMPANII MEDIA NAȚIONALE ȘI LOCALE

### CAMPANII LOCALE:

La nivel local, în anul 2012, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au implementat **411 campanii** (de informare, educare, conștientizare; pentru reducerea riscurilor asociate consumului, pentru creșterea factorilor de protecție și scăderea factorilor de risc, pentru promovarea serviciilor de asistență) ce au vizat mediul școlar, mediul recreațional, comunitatea în general, persoanele aflate în penitenciar. **În 222**

dintre aceste campanii a fost inclusă și componenta mass-media. Aceste campanii au avut 967.338 beneficiari.

#### CAMPANII NAȚIONALE:

##### 1. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA “ZILEI MONDIALE FĂRĂ TUTUN” (31 MAI 2012)

Tema promovată în anul 2012 a fost „Stop intervenției industriei tutunului”.

La nivel național, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au desfășurat 18 activități stradale de informare și sesiuni informative în 86 unități școlare și 2 penitenciare. Au fost organizate 11 seminarii/ mese rotunde, 4 marșuri, 2 spectacole/ festivaluri, 10 concursuri și 10 expoziții. De asemenea, s-au desfășurat 7 întreceri sportive. S-au derulat conferințe de presă în 47 județe, au fost publicate 67 articole în presa scrisă, au fost realizate 18 emisiuni radio, au fost difuzate 33 emisiuni TV și au fost transmise 47 comunicate de presă la nivelul întregii țări.

În cadrul acestor activități au fost informați despre efectele nocive ale consumului de droguri: **8.299 elevi, 110 studenți, 234 profesori și 6.540 beneficiari indirecti.**

##### 2. CAMPANIA NAȚIONALĂ PENTRU MARCAREA ZILEI INTERNAȚIONALE DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA CONSUMULUI ȘI TRAFICULUI ILICIT DE DROGURI (26 Iunie 2012)

Pentru marcarea acestei zile, a fost organizată o conferință de presă în cadrul căreia au fost lansate Campania națională de prevenire a consumului de droguri, cu accent pe substanțele noi cu proprietăți psihoactive – „Prea rebel să fii condus!” - și spotul video care o însoțește.

De asemenea, la nivelul întregii țări s-au desfășurat activități de panotaj în 34 de județe și Sectoarele Municipiului București, sesiuni informative în 12 unități școlare, în 12 penitenciare, în 3 biblioteci județene, în 5 centre de plasament, în 10 spitale, în 5 baze sportive, au fost organizate 15 seminarii/ mese rotunde, 1 marș antidrog în județul Sibiu, 3 spectacole/ festivaluri, 4 concursuri în 10 parcuri, în 2 ștranduri, în 2 tabere școlare. S-au derulat conferințe de presă în 36 județe, au fost publicate 176 articole în presa scrisă, au fost realizate 63 emisiuni radio, au fost difuzate 101 emisiuni TV și au fost transmise 25 de comunicate de presă la nivelul întregii țări.

##### 3. CAMPANIA NAȚIONALĂ– “PREA REBEL SĂ FII CONDUS!”

Campania are ca scop conștientizarea, în principal a populației la risc, cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani și, în subsidiar, a populației generale, în legătură cu riscurile consumului de droguri, precum și informarea și sensibilizarea acestei populații la risc referitor la serviciile comunitare de asistență integrată.

Obiectivul general al campaniei îl reprezintă conștientizarea, asupra riscurilor consumului de droguri în general și de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în special, precum și asupra eficienței strategiilor complementare de petrecere a timpului liber, prin implementarea unei campanii naționale media și de promovare a serviciilor oferite de sistemul național integrat de prevenire și asistență a consumatorilor de droguri.

Perioada de implementare a campaniei este de un an, respectiv 26 iunie 2012 – 26 iunie 2013.



În anul 2012, la nivel național, au fost implementate următoarele activități:

- Activități de prevenire în mediul școlar: **387 activități având 22.231 elevi beneficiari direcți, precum și 536 cadre didactice, 1250 părinți și 211 specialiști ca beneficiari indirecti.**
- Dezbateri publice: **4 activități cu 102 specialiști participanți.**
- Activități de prevenire în mediul universitar: **20 specialiști și 180 studenți ca beneficiari direcți.**
- Activități de prevenire în mediul penitenciar: **14 activități implementate, având 443 beneficiari direcți și indirecti.**

- Activități stradale: **50 activități, aproximativ 1500 beneficiari direcți – persoane informate aparținând grupului țintă principal.**
- Mese rotunde: **14 activități organizate, 357 specialiști participanți.**
- Activități de petrecere a timpului liber: **7 activități (concerte, tabere cu tematică antidrog), 581 beneficiari direcți.**
- Difuzare film documentar: **26 vizionari ; 2366 beneficiari indirecți.**
- Difuzare spot – tv: **98.824 difuzări, 8.481.748 beneficiari indirecți.**
- Activități de prevenire în comunitate: **266 activități implementate și 64.333 beneficiari indirecți.**

În cadrul campaniei, au fost realizate la nivel național **42 dezbateri publice cu tematică antidrog**, cu implicarea directă a copiilor și adolescenților, elevi din ciclul liceal, dezbateri organizate la Palatul Parlamentului (în București) și la nivelul prefecturilor (local).

#### **4.2. REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI**

##### **SERVICII ȘI PROIECTE ALE AGENȚIEI NAȚIONALE ANTIDROG**

Organizarea sistemului de asistență destinat consumatorilor de droguri din România, reprezintă la nivel conceptual și juridic, o combinație de intervenții terapeutice, sub forma unui continuum, acoperind tot spectrul de servicii disponibile consumatorului de droguri, în concordanță cu nevoile acestuia și într-o perioadă de timp dată, dar și totalitatea serviciilor oferite subsecvent pe parcursul evoluției tulburării, ca parte a procesului de recuperare și reinserție socială.

**Sistemul de asistență medicală, psihologică și socială din România este structurat pe 3 nivele de asistență**, incluzând sistemul de asistență medicală ambulatorie și intraspitalicească, serviciile psihologice și sociale, sistem ce include entități publice, private sau mixte coordonate și monitorizate, pe baza standardelor de calitate, de Agenția Națională Antidrog.

**Primul nivel de asistență al sistemului** presupune identificarea, atragerea, motivarea și referirea consumatorilor de droguri spre serviciile specializate de nivel 2 și 3, precum și abordarea nevoilor sociale și medicale ale consumatorilor de droguri. Principalele tipuri de servicii resursă publice și private ale acestui nivel sunt: servicii sociale generale, servicii de urgență, servicii de asistență medicală primară, servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri. În anul 2012, cu suportul financiar, logistic și metodologic al Agenției Naționale Antidrog, 2 organizații neguvernamentale (ARAS și CARUSEL) au consolidat serviciile acestora de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

**Cel de-al doilea nivel de asistență**, cel central al sistemului și exclusiv public, este constituit din unități specializate tip centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, el asigurând evaluarea pe arii a consumatorului de droguri, asistență medicală, psihologică și socială ambulatorie specializată, monitorizarea și referirea cazurilor către cel de-al treilea nivel, dar și coordonarea necesară între toate nivelurile de asistență.

În prezent, **în România există o rețea de 47 centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, dar cu un număr insuficient de profesioniști (medic, psiholog și asistent social) care asigură asistența de nivel II.**

**Cel de-al treilea nivel de asistență** asigură reinserția socială a consumatorilor de droguri, prin intervenții specifice și cu nivel crescut de specializare, serviciile fiind de tip comunitate terapeutică, centre de zi, vocaționale și locuințe protejate.

În anul 2012, ca și în anii precepenți, serviciile aferente nivelului III de asistență erau furnizate de mediul privat și, parțial (1 centru de zi) de către Agenția Națională Antidrog.

În anul 2012, ANA a furnizat servicii de asistență de nivel III, prin **Centrul de zi Pericle de 10 locuri, înființat în cadrul Programul național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2008-2012, aprobat prin H.G. nr. 1102/2008.**



În perioada ianuarie – decembrie 2012 au fost luați în evidența Centrului de Zi Pericle **37 de beneficiari unici**.

De asemenea, s-au făcut demersuri pentru deschiderea sau funcționarea unor centre specifice nivelului III de asistență a consumatorilor de droguri, după cum urmează: centru de zi cu o capacitate de 30 de locuri din București, comunitățile terapeutice Dejeni și Bălan și centrul de zi pentru minori din București.

Resursa umană de specialitate limitată, corelată cu imposibilitatea de a recruta personal din sursă externă, lipsa spațiilor adecvate și limitările legislative privind achizițiile de spații, construcții și amenajări, au împiedicat Agenția Națională Antidrog să deschidă aceste centre în anul 2012.

#### PROIECTE

##### **1. PROIECTUL “CREAREA SISTEMULUI NAȚIONAL INTEGRAT PRIVIND REABILITAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI CARE AU COMIS INFRAȚIUNI”- MATRA MPAP – MAT09/RM/9/1**

Proiectul, fundamentat pe Recomandarea Comisiei Europene de întărire a capacității instituționale a autorităților judiciare românești, a avut ca **scop elaborarea și implementarea unui sistem inter-instituțional de lucru care să asigure accesul la tratament al consumatorilor de droguri care au comis infracțiuni, ca alternativă la executarea pedepsei cu închisoare**. În martie 2012, proiectul s-a finalizat printr-o **conferință de încheiere**, ocazie cu care s-a distribuit **manualul de proceduri de lucru „Reabilitarea integrată a consumatorilor dependenți de droguri care au săvârșit fapte penale”**, utilizabil pentru replicarea proiectului și în organizarea activității echipelor pluridisciplinare, precum și **filmul de promovare a proiectului**.

##### **2. PROIECTUL „CREAREA A 3 COMUNITĂȚI TERAPEUTICE ÎN PENITENCIARELE RAHOVA, JILAVA ȘI TÂRGȘOR” - RO-0034**

Proiectul a fost finalizat în aprilie 2012 și are perioadă de sustenabilitate de 5 ani - 2012-2017. În perioada ianuarie-februarie 2012, au fost organizate grupuri de lucru pentru îmbunătățirea și adaptarea **Ghidului de bune practici care cuprinde rezultatele obținute pe parcursul implementării proiectului**, conform cadrului legislativ în domeniul asistenței persoanelor consumatoare de droguri din România.

În anul 2012, **cele 3 comunități terapeutice și-au continuat activitatea, astfel, în primul semestru al anului 2012, în vederea includerii în cadrul acestor servicii, au fost evaluate 81 de persoane, din care 65 au parcurs programul comunităților terapeutice, iar 12 dintre acestea au continuat procesul de reabilitare și reintegrare socială în cadrul CPECA/ CAIA**.

În noiembrie 2012, au fost organizate sesiuni de intervizare și vizite de monitorizare a activităților din cadrul celor trei comunități terapeutice create în penitenciarele Rahova, Jilava și Târgșor.

#### CONCLUZII:

1. Activitățile și proiectele derulate în anul 2012, în domeniul prevenirii consumului de droguri, au continuat să fie influențate de existența, la nivel național, a fenomenului noilor substanțe cu proprietăți psihoactive, fapt ce a determinat adaptarea în consecință a intervențiilor preventive realizate în cadrul programelor și proiectelor cu adresabilitate națională și orientarea eforturilor și demersurilor specifice către implementarea, cu preponderență, a proiectelor de prevenire selectivă (au urmărit atât componenta de informare, cât și dezvoltarea de abilități în vederea reducerii influenței factorilor de risc și creșterii factorilor de protecție).
2. În acord cu rezultatele studiilor de specialitate internaționale și naționale (ESPAD, 2011) care indică nevoia intensificării intervențiilor selective în mediul școlar, pe parcursul anului 2012 s-au testat intervenții de tip preventiv corelate cu demersuri pentru identificarea elevilor ce prezintă factori de risc pentru consumul de droguri, în scopul identificării unor soluții comprehensive de prevenire a abandonului școlar, absenteismului și abuzului de substanțe psihoactive.

3. Analiza rezultatelor proiectelor naționale și locale de prevenire în mediul familial demonstrează nivelul motivațional redus al familiilor de a participa la astfel de proiecte, fiind nevoie de o diversificare a acestor proiecte adresate familiilor vulnerabile, cu accent pe intervențiile direcționate către reducerea factorilor individuali și sociali de risc în consumul de droguri și dezvoltarea abilităților de coping la situații limită.
4. În anul de referință, atât societatea civilă (cu o reprezentare importantă la nivel de ONG-uri, dar și la nivel de furnizori privați), cât și instituțiile statului au realizat servicii de integrare/ reintegrare socială a consumatorilor de droguri, care, spre deosebire de alte tipuri de servicii adresate acestora, nu sunt concentrate la nivelul municipiului București.
5. Numărul redus al furnizorilor de servicii de reabilitare socială a consumatorilor de droguri, ce au activat pe parcursul anului 2012, reflectă dezvoltarea insuficientă a serviciilor de la nivelele premurgătoare de asistență (asistență de nivel 1 și 2).
6. Participarea societății civile – organizații neguvernamentale, culte, patronate, sindicate, voluntari – la implementarea unor proiecte naționale și/ sau locale de prevenire a consumului de droguri a reprezentat unul dintre elementele cheie ale intervențiilor, în deplin acord cu recomandările CE în domeniu și cu principiile și valorile asumate de ANA.

#### 4.3. RĂSPUNSURI PRIVIND PREVENIREA CONSECINTELOR CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

Din punct de vedere al reducerii riscurilor, anul 2012 a fost marcat de tendințele îngrijorătoare relevate de statistici încă din 2010, privind calea de transmitere a HIV în România.

*"Consumatorii de droguri nu sunt infractori. Pentru a ne proteja pe noi și pe ceilalți avem nevoie de informare corectă, de educație, de spitale, programe de schimb de seringi, avem nevoie de înțelegere și toleranță. Mulți au trecut prin experiențe extreme, dar vor să revină și să își refacă viața. Dați-ne această șansă."*, a declarat Alexandru, fost consumator de droguri<sup>31</sup>, în cadrul **Conferinței de presă „Nu te escHIVa! Protejează-te, testează-te!"**, organizată de **Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. dr. Matei Balș"**, cu ocazia **Zilei Mondiale HIV/ SIDA** (1 decembrie 2012).

##### **Prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase asociate consumului de droguri**

Actorii sociali, cu prezență semnificativă în ce privește această problemă în România, care au și desfășurat intervenții specializate pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI, au fost și în 2012: Agenția Națională Antidrog, Ministerul Sănătății (în special *Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”*) și Administrația Națională a Penitenciarelor.

În acest an, doar două ONG-uri au mai fost active în domeniu - Asociația Română Anti-SIDA și Asociația CARUSEL, celelalte rămânând fără resurse și fiind obligate să-și restrângă activitatea sau să nu mai ofere servicii pentru consumatorii de droguri injectabile, deoarece principalii finanțatori, respectiv programele Fondului Global și UNODC s-au retras din România.

Ca primă autoritate responsabilă în domeniul politicilor publice antidrog, **Agencia Națională Antidrog** a acționat în măsura resurselor și competențelor legale pentru compensarea deficitului major de servicii de *harm-reduction* înregistrat după retragerea din România a principalilor finanțatori internaționali de astfel de intervenții. Astfel:

- Preocupată de continuarea serviciilor adresate consumatorilor de droguri injectabile și de controlarea unei epidemii HIV în rândul acestora, consultându-se cu reprezentanții societății civile, Agenția Națională Antidrog a achiziționat, în cadrul *Subprogramului 6 din cadrul Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009- 2012*,<sup>32</sup> 142.500 seringi, în valoare de 74.214 RON<sup>33</sup>, distribuite celor două ONG-urilor partenere (ARAS și CARUSEL), în vederea reducerii consecințelor negative asociate consumului de droguri injectabile, ca abordare de sănătate publică. De asemenea, la sfârșitul anului 2012, ANA a mai achiziționat încă 800.000 de seringi și alte materiale sanitare, a căror utilizare contribuie, pe parcursul anului 2013, la ținerea sub control a infecțiilor generate de consumului de droguri injectabile.

În virtutea rolului de **coordonator național** al politicilor antidrog în România, Agenția Națională Antidrog a realizat, pe parcursul anului 2012, demersuri pentru configurarea unui **cadru interinstituțional de consultare și programare a unor intervenții comune**, organizând întâlniri și activități comune cu ONG-urile care oferă servicii de reducere a riscurilor în vederea dezvoltării serviciilor de tip programe de schimb de seringi în

---

<sup>31</sup> <http://www.sanataateatv.ro/stiri-medicale/11399-de-romani-sunt-infectati-cu-hivsida/>

<sup>32</sup> Hotărârea de Guvern nr. 1102/ 2008 de aprobare a Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009 – 2012.

<sup>33</sup> Curs mediu anual în 2012: 1Euro = 4.4560RON



comunitate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri în rândul grupurilor vulnerabile.

De asemenea, în 2012, ANA a încheiat **5 protocoale cadru de colaborare cu ONG-urile** care activează în domeniul reducerii riscurilor: ARAS, CARUSEL, RAA, ALIAT și SAMUSOCIAL.

**Ministerul Sănătății**, actor instituțional, semnificativ ca prezență și responsabilități în prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI, acționează în temeiul **Ordinului nr. 1591/ 1110/ 30 decembrie 2010 pentru aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012**<sup>34</sup>. Acest ordin prevede, în cadrul capitolului I - Programe naționale privind bolile transmisibile, implementarea unui Program național de supraveghere și control al bolilor transmisibile (boli transmisibile prioritare, infecție HIV, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală), cu patru subprograme (de la 2.1 la 2.4). Subprogramul 2.2. de supraveghere și control al infecției cu HIV, se află în coordonarea tehnică a Institutului Național de Sănătate Publică și a Institutului Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș” București și are ca obiective: *„Menținerea incidenței HIV la adulți la nivelul anului 2008”*, precum și *„Reducerea transmiterii verticale a infecției HIV”*. Unul dintre indicatorii fizici de rezultat prevede *„număr de teste HIV efectuate la grupele de risc: 100 000”*.

De asemenea, în secțiunea B a Ordinului menționat – „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ, finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate” se prevede, în cadrul I.1. Programului național de boli transmisibile, implementarea unui 1.1. Subprogram de tratament al persoanelor cu infecție HIV/ SIDA și tratamentul post-expunere. Principala activitate prevăzută aici este *„asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor antiretrovirale și pentru infecțiile asociate, necesare tratamentului bolnavilor HIV/ SIDA și post-expunere (profesională și verticală)”*. Subprogramul asigură resurse pentru tratarea a 8000 de persoane infectate cu HIV/ SIDA ( la un cost mediu/ pacient/ an de 24.965 lei) și a 350 de persoane post-expunere (la un cost mediu/ pacient/ an de 800 lei).

Un alt actor instituțional din sfera autorităților publice care a desfășurat activități pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI din mediul penitenciar este **Administrația Națională a Penitenciarelor**, anul 2012 fiind marcat de o restrângere semnificativă a acoperirii și impactului programelor de distribuire de echipamente de injectare, realizate doar în două unități penitenciar din București – Rahova și Jilava.

Deși mai puține decât în anii anteriori, datorită lipsei suportului finanțatorilor internaționali și resurselor guvernamentale limitate, demersurile întreprinse de **organizațiile neguvernamentale cu experiență în domeniul antidrog**, în special în zona serviciilor comunitare de schimb de seringi (*outreach* sau centre de tip *drop in*) au fost promovate și parțial susținute de autorități (în măsura resurselor disponibile), fiind recunoscute drept intervenții viabile și eficiente pentru prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în rândul CDI.

Astfel, cel mai semnificativ proiect realizat de un ONG în domeniul reducerii riscurilor și consecințelor asociate consumului de droguri, în anul 2012 a fost proiectul **“A DOUA ȘANSĂ”**, cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, „Investește în oameni”, implementat de ARAS în parteneriat cu asociațiile *Integration* și *Sens Pozitiv*, precum și cu *Institutul Național de Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Balș*, în perioada 1 iulie 2010 – 30 iunie 2013. Proiectul oferă servicii de *harm reduction* și tratament substitutiv, dar are ca obiectiv final facilitarea accesului pe piața muncii a consumatorilor de droguri din București, Ilfov,

---

<sup>34</sup> Publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, Nr. 53 bis/ 21.01.2011

Timișoara și Constanța, pentru 3.500 de beneficiari, cu o alocare financiară de 20.812.555 RON<sup>35</sup>.

Și în anul 2012, o componentă importantă în cadrul acestui proiect au constituit-o serviciile de distribuire de seringi sterile și recuperarea seringilor folosite și asigurarea de tratament substitutiv cu metadonă:

- Serviciile tip **Centru de reducere a riscurilor pentru consumatorii de droguri** furnizează servicii gratuite și confidențiale de: schimb de seringi, consiliere și testare voluntară HIV/ HVB/ HVC, vaccinare HVC și HVB, suport, informare și educare, consiliere de reducere a riscurilor, referiri către alte tipuri de servicii.
- **Serviciile de outreach** constau în: informarea și educarea beneficiarilor asupra HIV/ SIDA/ alte ITS, proceduri de testare, semnificația testului HIV, reguli universale de protecție și de igienă; informare și consiliere asupra riscurilor asociate consumului de droguri injectabile; distribuire de prezervative; schimb de seringi și distribuirea altor echipamente sterile de injectare; referiri către centrele de consiliere și testare voluntară HIV; referiri către unitățile medicale specializate de dezințoxicare, substituție sau postcură; distribuire de materiale informative.

În anul 2012 implementarea proiectului s-a realizat în 4 centre fixe din Timișoara și București (Centrul ARENA și Centrul TITAN) și în 114 locații deservite de 4 echipe de outreach în Timișoara, Constanța și București.

#### **Rezultate ale parteriatului ANA-ARAS-CARUSEL în anul 2012**

Așa cum menționam anterior, Agenția Națională Antidrog a asigurat, cu finanțare din fonduri publice, distribuirea, în București, către utilizatorii de droguri injectabile, a 142500 seringi, prin intermediul partenerilor săi neguvernamentali - Asociația ARAS (Centrele de Reducere a Riscurilor - Grozovici și Titan) și Asociația CARUSEL (Centrul de Reducere a Riscurilor CARACUDA).

**Aceste seringi au acoperit doar o mică parte din nevoia reală raportată la numărul consumatorilor de droguri injectabile (19.265 consumatori problematici în București, conform Raportului național privind situația drogurilor 2012 – România) și la numărul de injectări pe zi pe care aceștia îl practică.**

Acest proiect comun a oferit de asemenea prilejul realizării unui sistem pilot de colectare și analiză a datelor privind serviciile de schimb de seringi implementate la nivelul municipiului București. Rezultatele analizei înregistrărilor acestui pilot, realizate în perioada mai-decembrie 2012, în cadrul parteneriatului menționat, sunt prezentate în cele ce urmează.

**Tabel nr. 4-1: Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe fiecare furnizor de servicii**

Furnizor	Număr beneficiari	Număr accesări
ARAS	850	2339
CARUSEL	476	1595
Total	1326	3934

Sursa: ANA

Așa cum se observă, ARAS a furnizat servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri pentru aproximativ 60% dintre cei 1326 de beneficiari înregistrați, CARUSEL acoperind restul de 40%.

**Tabel nr. 4-2: Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe tipuri de servicii**

Tip serviciu	Număr beneficiari	Număr și procente accesări
Centru fix	1069	3437
		87,4%
Outreach	257	497
		12,6%
Total	1326	3934
		100,0%

Sursa: ANA

În funcție de tipul de serviciu accesat, cei 1326 de beneficiari, au realizat 3934 de accesări, în proporție de 87,4% la nivelul centrelor fixe și doar 12,6% au fost contactați, în teren, de echipele de *outreach*. Acest aspect sugerează pe de o parte, o stabilizare a comportamentului CDI în relația cu furnizorul de servicii (încrederea în serviciile tip centru fix), iar pe de altă parte limitările sub aspectul resurselor disponibile pentru realizarea de activități sistematice și susținute de *outreach*. Accesarea cu prioritate a serviciilor de tip centru *drop-in* reprezintă o oportunitate semnificativă, atât din perspectiva posibilităților de referire a acestor beneficiari către servicii specializate de nivel superior, cât și în ceea ce privește inițierea și dezvoltarea ulterioară a unor demersuri de cercetare socială în profunzime, utilizând metode și tehnici de tip calitativ.

Un alt aspect important de menționat este **numărul mediu de accesări ale oricărui furnizor/ tip de serviciu**, care, în cadrul populației înregistrate a fost de **2,96**.

În ceea ce privește caracteristicile socio-demografice ale populației de beneficiari înregistrate, sunt de remarcat următoarele aspecte:

**Tabel nr. 4-3: Distribuția beneficiarilor direcți pe grupe de vârste și sexe**

			Grupa de vârstă							Total
			sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 65 ani	
Sex	masculin	Nr.	4	164	590	230	41	5	2	1036
		%	0,3%	12,4 %	44,6 %	17,4 %	3,1%	0,4%	0,2%	78,2%
	feminin	Nr.	0	78	148	54	8	0	0	288
		%	0,0%	5,9%	11,2 %	4,1%	0,6%	0,0%	0,0%	21,8%
Total		Nr.	4	242	738	284	49	5	2	1324
		%	0,3%	18,3 %	55,7 %	21,5 %	3,7%	0,4%	0,2%	100%

Sursa: ANA

Așa cum se observă din tabelul de mai sus, majoritatea beneficiarilor sunt de sex masculin (78%), din totalul celor 1324 de beneficiari înregistrați (cazuri valide), 288 fiind de sex feminin. În ceea ce privește distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă este evidentă concentrarea semnificativă a acestora pe intervalul 25-34 de ani, ceea ce semnalează focalizarea corectă a serviciilor pe grupa principală aflată la risc (așa cum reiese din majoritatea studiilor și monitorizărilor desfășurate anterior de ANA asupra populației de CDI din București).

**Tabel 4-4: Categoriile de beneficiari**

Tip beneficiar	CDI	SW	PAFA	CS	ROMA
Nr.	1326	45	208	8	619
%	100	3,39	15,68	0,60	46,68

Sursa: ANA

Din totalul de 1326 beneficiari înregistrați, toți s-au declarat utilizatori de droguri injectabile, 3,4% s-au declarat lucrători sexuali, 15,7% sunt persoane fără adăpost, și aproape jumătate (47%) sunt cetățeni de etnie romă.

**Tabel nr. 4-5: Distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă, în funcție de drogul principal consumat**

Drog principal utilizat în ultimele 30 de zile		Grupa de vârstă							Total
		sub 15 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	peste 65 ani	
neprecizat	Nr.	0	1	0	1	0	0	0	2
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
heroină	Nr.	1	105	319	126	26	1	0	578
	%	0,1%	7,9%	24,1%	9,5%	2,0%	0,1%	0,0%	43,7%
SNPP	Nr.	2	124	382	144	20	4	2	678
	%	0,2%	9,4%	28,9%	10,9%	1,5%	0,3%	0,2%	51,2%
policonsum	Nr.	1	13	36	13	3	0	0	66
	%	0,1%	1,0%	2,7%	1,0%	0,2%	0,0%	0,0%	5,0%
Total	Nr.	4	243	737	284	49	5	2	1324
	%	0,3%	18,4%	55,7%	21,5%	3,7%	0,4%	0,2%	100,0%

Sursa: ANA

În funcție de drogul principal consumat, observăm că, în perioada în care au fost înregistrate datele, a prevalat consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (51%), urmat de heroină (44%) și în 5% din cazuri a fost declarat policonsum al celor două tipuri de droguri. Având în vedere și intervalele de vârstă se remarcă, de asemenea, o concentrare a consumului atât pentru heroină, cât și pentru SNPP pe grupa 25-34 de ani.

**Tabel nr. 4-6: Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi distribuite (medie/ mediană/ mod)**

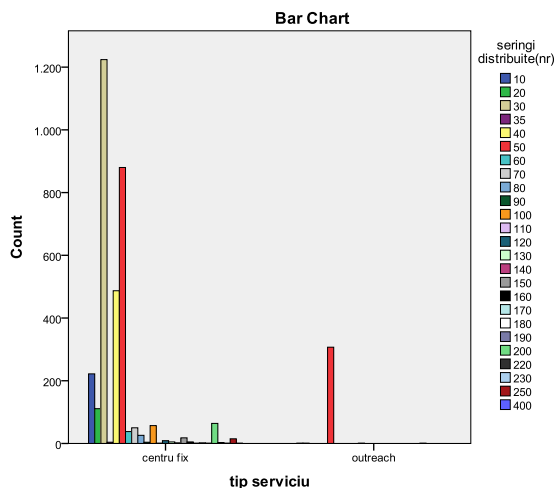
Medie	44,77
Mediană	40,00
Mod	30
Total	158560

Sursa: ANA

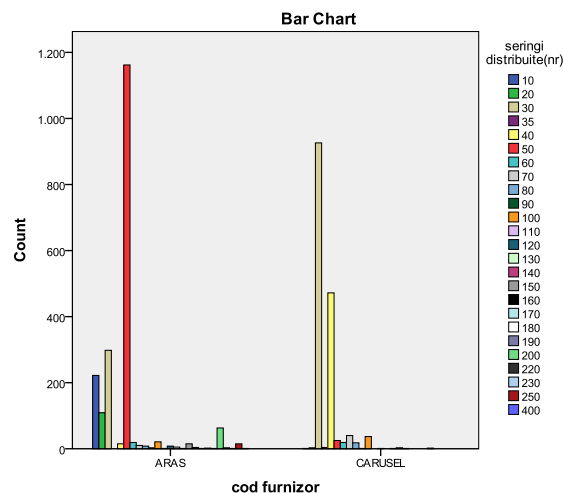
Dacă ne raportăm la numărul de seringi distribuite, observăm că din totalul de **158560 unități distribuite** de cei doi furnizori (142.500 de la ANA), cel mai frecvent au fost distribuite 30 de seringi (mod)/ accesare, în cadrul celor 3542 de accesări ale serviciilor de *harm-reduction* menționate, și în medie 40 de seringi la fiecare accesare.

#### Grafic nr. 4-1: Analiza comparativă a numărului de seringi distribuite, în funcție de tipul serviciului și tipul furnizorului

Nr. seringi distribuite/ tip de serviciu



Nr. seringi distribuite/ furnizor



Sursa: ANA

Analiza comparativă a celor două grafice de mai sus relevă faptul că, în ceea ce privește tipurile de servicii, la nivelul centrelor fixe s-au distribuit în cele mai multe dintre cazuri, 30 de seringi (mod), în timp ce în cazul serviciilor de outreach s-au distribuit preponderent 50 de seringi/ accesare. Există, de asemenea diferențe și între cei doi furnizori, ARAS distribuind preponderent 50 de seringi/ accesare, iar CARUSEL 30-40 de seringi/ accesare.

Tabel nr. 4-7: Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi colectate (medie/ mediană/ mod)

Medie	94,50
Mediană	60,00
Mod	10
Total	37139

Sursa: ANA

Relativ la numărul de seringi colectate, se remarcă o rată de recuperare a acestora de doar **23,42%** (37139 seringi recuperate), **fiind recuperate cel mai adesea câte 10 seringi la o accesare a serviciului.**

Așa cum se remarcă din tabelul următor, din totalul de 1326 de consumatori deserviți în perioada menționată, aproape 60% au beneficiat de servicii de informare, doar 5% de consiliere, 4,2% au avut nevoie de îngrijiri medicale ușoare, 0,9% (12 cazuri) au fost testate pentru boli infecțioase și consiliate post testare, un singur caz a beneficiat de acompaniere **și niciun caz nu a fost referit către servicii de nivel superior.**

Practic, serviciile monitorizate funcționează preponderent autonom, fiind necesară întărirea cooperării cu celelalte servicii publice sau private disponibile în zona de referință, în vederea inițierii unui proces integrat și coerent de management de caz al beneficiarilor direcți identificați.

**Tabel nr. 4-8: Număr de servicii/ tipuri de servicii acordate beneficiarilor**

Tip servicii	Informare	consiliere	asistență medicală	testare boli infecțioase HVB, HVC, HIV	consiliere post-testare boli infecțioase	referiri către alte servicii	acompaniere
Nr.	792	75	57	12	12	0	1
%	59,7	5,6	4,2	0,9	0,9	0	0,07

Sursa: ANA

### Concluzii

Din punct de vedere al răspunsurilor instituționale la creșterea accentuată a numărului de cazuri de infectare cu HIV în anul 2011, creștere care a continuat și în anul următor, consecință a proliferării rapide a fenomenului noilor substanțe cu proprietăți psihoactive și a modificării semnificative a *pattern*-urilor de injectare ale CDI, anul 2012 se caracterizează prin:

- Cooperarea Agenției Naționale Antidrog cu toți actorii instituționali implicați în derularea de activități în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri pentru programarea și implementarea unor măsuri și intervenții comune în vederea contracarării dinamicii în creștere a cazurilor de infectare cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în special a celor care au trecut de la consumul de opiacee la substanțele noi cu proprietăți psihoactive.
- Reducerea sensibilă a disponibilității serviciilor comunitare de prevenire a bolilor infecțioase în rândul CDI (doar două ONG-uri specializate au mai activat în 2012 în domeniul programelor comunitare de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri – ARAS și CARUSEL).
- Continuarea eforturilor de identificare a unor surse alternative de finanțare pentru programele comunitare de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.
- În contextul noului cadru de cooperare cu ONG-urile care activează în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri (care a inclus achiziționarea și distribuirea către partenerii din societatea civilă a 142.500 seringi, în anul 2011 și continuarea acestui demers și în anul 2012, cu achiziția a încă 800.000 de seringi), Agenția Națională Antidrog a inițiat în al doilea semestru al anului 2012 un sistem pilot de colectare și analiză a datelor privind serviciile de schimb de seringi implementate la nivelul municipiului București.

## 5. ANEXE

### 5.1. LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT

#### 5.1.1. Lista Tabelelor utilizate în text

<b>Tabel nr. 1-1</b>	Numărul persoanelor asistate ca urmare a consumului de substanțe psihoactive (tutun, alcool, droguri ilicite și SNPP), în funcție de tipul admiterii în 2011 și 2012 (nr.)
<b>Tabel nr. 1-2</b>	Prevalența HVB în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012
<b>Tabel nr. 1-3</b>	Prevalența HVC în rândul CDI în funcție de sex, date comparate 2008-2012
<b>Tabel nr. 1-4</b>	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012
<b>Tabel nr. 1-5</b>	Prevalența HIV în rândul CDI în funcție de sex, 2008-2012
<b>Tabel nr. 1-6</b>	Prevalența HIV în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012
<b>Tabel nr. 1-7</b>	Tendențe în calea de transmitere în România 2007-2012
<b>Tabel nr. 1-8</b>	Distribuția urgențelor medicale raportate în anul 2012, în funcție de sex și motivul care a generat urgența medicală (%)
<b>Tabel nr. 1-9</b>	Ponderea policonsumului din totalul cazurilor de urgență și cele mai frecvente combinații utilizate, în funcție de categoria de substanțe consumate, 2012 (%)
<b>Tabel nr. 1-10</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum)
<b>Tabel nr. 1-11</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum)
<b>Tabel nr. 1-12</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de grupa de vârstă și categoria de substanțe consumate 2012 (consum exclusiv și policonsum)
<b>Tabel nr. 1-13</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat suicid sau deces, în funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală
<b>Tabel nr. 1-14</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat deces, în funcție de substanța consumată și categorii de vârstă
<b>Tabel nr. 2-1</b>	Distribuția la nivel teritorial a dosarelor soluționate, în funcție de tipul soluției - date comparate 2010 - 2012
<b>Tabel nr. 2-2</b>	Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, în perioada 2006 - 2012
<b>Tabel nr. 2-3</b>	Număr de capturi și cantitatea confiscată pe diferite tipuri de droguri
<b>Tabel nr. 2-4</b>	Confiscările de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (kg) în perioada 2010 - 2012
<b>Tabel nr. 2-5</b>	Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004-2012
<b>Tabel nr. 4-1</b>	Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe fiecare furnizor de servicii
<b>Tabel nr. 4-2</b>	Distribuția numărului de accesări ale serviciilor și a numărului de beneficiari pe tipuri de servicii
<b>Tabel nr. 4-3</b>	Distribuția beneficiarilor direcți pe grupe de vârste și sexe
<b>Tabel nr. 4-4</b>	Categorii de beneficiari
<b>Tabel nr. 4-5</b>	Distribuția beneficiarilor pe grupe de vârstă, în funcție de drogul principal consumat
<b>Tabel nr. 4-6</b>	Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi distribuite (medie/mediană/mod)
<b>Tabel nr. 4-7</b>	Indicatori statistici ai tendinței centrale privind numărul de seringi colectate (medie/ mediană/ mod)
<b>Tabel nr. 4-8</b>	Număr de servicii/ tipuri de servicii acordate beneficiarilor

### 5.1.2. Lista graficelor utilizate în text

<b>Grafic nr. 1-1</b>	Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în funcție de data de admitere în asistență (date incidente/prevalente), 2011 și 2012 (%)
<b>Grafic nr.1-2</b>	Evoluția numărului de persoane admise la tratament în anul de referință (incidența), ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, date comparate 2002-2012 (nr.)
<b>Grafic nr. 1-3</b>	Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de tipul admitterii
<b>Grafic nr. 1-4</b>	Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012 în funcție de tipul de drog principal folosit în policonsum sau ca drog secundar și tipul admitterii
<b>Grafic nr. 1-5</b>	Evoluția numărului de persoane admise la tratament în anul de referință (incidența), ca urmare a consumului de heroină și SNPP, date comparate 2009-2012 (nr. și %)
<b>Grafic nr. 1-6</b>	Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de sexul beneficiarului, tipul admitterii și tipul drogului principal
<b>Grafic nr. 1-7</b>	Distribuția procentuală a admitterilor la tratament în 2012, în funcție de vârsta beneficiarului, tipul admitterii și tipul drogului principal (%)
<b>Grafic nr. 1-8</b>	Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2010-2012 (nr.)
<b>Grafic nr. 1-9</b>	Prevalența HVB în rândul CDI, 2012
<b>Grafic nr. 1-10</b>	Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2012
<b>Grafic nr. 1-11</b>	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, date comparate 2008-2012
<b>Grafic nr. 1-12</b>	Prevalența HVC în rândul CDI, 2012
<b>Grafic nr. 1-13</b>	Prevalența HVC în rândul CDI, date comparate 2004-2012
<b>Grafic nr. 1-14</b>	Prevalența infecției HIV în rândul CDI, 2012
<b>Grafic nr. 1-15</b>	Prevalența HIV în rândul CDI, date comparate 2004-2012
<b>Grafic nr. 1-16</b>	Evoluția sistemului de colectare a datelor privind urgențele medicale 2009-2012 (nr.)
<b>Grafic nr. 1-17</b>	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență din cauza consumului de substanțe psihoactive, în funcție de sex și categorii de vârstă
<b>Grafic nr. 1-18</b>	Distribuția persoanelor care au apelat în 2012 la serviciile de urgență din cauza consumului de droguri ilicite, în funcție de sex și categorii de vârstă
<b>Grafic nr. 1-19</b>	Distribuția cazurilor de urgență în care a fost semnalată prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC pe categorii de vârstă 2012 (%)
<b>Grafic nr. 1-20</b>	Distribuția cazurilor de urgență care au raportat consum de droguri ilicite în 2012, în funcție de sex, prezența infecțiilor HIV, HVB, HVC și categoria de substanțe consumate (consum exclusiv și policonsum) 2012 (%)
<b>Grafic nr. 1-21</b>	Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2012
<b>Grafic nr. 1-22</b>	Evoluția incidenței infecțiilor cu HVB, HVC și HIV, în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012
<b>Grafic nr. 1-23</b>	Distribuția cazurilor de deces asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001-2012
<b>Grafic nr. 1-24</b>	Distribuția lunară a deceselor asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), 2012 (nr. cazuri)
<b>Grafic nr. 1-24</b>	Distribuția deceselor asociate consumului de droguri, pe categorii de vârstă, date comparate 2000 - 2012 (număr de cazuri)
<b>Grafic nr. 1-25</b>	Evoluția vârstei medii în cazul deceselor asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2012
<b>Grafic nr. 1-26</b>	Evoluția detecțiilor de metadonă în cazurile de decese asociate consumului de droguri, date comparate 2006-2012
<b>Grafic nr. 1-27</b>	Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2012
<b>Grafic nr. 2-1</b>	Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada



	2001 - 2012 (nr.)
<b>Grafic nr. 2-2</b>	Distribuția dosarelor soluționate, în 2012, în funcție de tipul soluției (%)
<b>Grafic nr. 2-3</b>	Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18 <sup>1</sup> , NUP sau SUP), 2012 (%)
<b>Grafic nr. 2-4</b>	Evoluția numărului de persoane cercetate de către parchete și a numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001 - 2012
<b>Grafic nr. 2-5</b>	Evoluția proporției persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001-2012(%)
<b>Grafic nr. 2-6</b>	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001 - 2012
<b>Grafic nr. 2-7</b>	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001 - 2012
<b>Grafic nr. 2-8</b>	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001 - 2012
<b>Grafic nr.2-9</b>	Evoluția comparativă a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendarea executării sub supraveghere, în perioada 2001 - 2012
<b>Grafic nr. 2-10</b>	Evoluția numărului conducătorilor auto depistați în trafic sub influența substanțelor stupefiante sau psihotrope, în perioada 2005 - 2012
<b>Grafic nr. 2-11</b>	Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2012 (kg)
<b>Grafic nr. 4-1</b>	Analiza comparativă a numărului de seringi distribuite, în funcție de tipul serviciului și tipul furnizorului

## 5.2. LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT

<b>ALIAT</b>	Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniei
<b>ANA</b>	Agenția Națională Antidrog
<b>ANIT</b>	Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii
<b>ANP</b>	Administrația Națională a Penitenciarelor
<b>ARAS</b>	Asociația Română Anti SIDA
<b>ATOP</b>	Autoritatea Teritorială de Ordine Publică
<b>BSB</b>	Bărbați sex cu bărbați
<b>BSS</b>	Behavioural Surveillance Survey
<b>CAIA</b>	Centrul de Asistență Integrată în Adicții
<b>CDI</b>	Consumatori de Droguri Injectabile
<b>CIADO</b>	Centrul Internațional Antidrog și pentru Drepturile Omului România
<b>CPECA</b>	Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog
<b>CS</b>	Copiii Străzii
<b>DIICOT</b>	Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism
<b>DRD</b>	Drug-related deaths
<b>DSP</b>	Direcția de Sănătate Publică
<b>GPS</b>	General Population Survey
<b>HG</b>	Hotărâre de Guvern
<b>HIV</b>	Virusul imunodeficienței dobândite
<b>HVB</b>	Hepatită Virală B
<b>HVC</b>	Hepatită Virală C
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IGPR</b>	Inspectoratul General al Poliției Române
<b>INML</b>	Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici” București
<b>INS</b>	Institutul Național de Statistică
<b>LSD</b>	Acidul lisergic dietilamid (din germană Lysergsäure-diethylamid)
<b>MAI</b>	Ministerul Afacerilor Interne
<b>MDMA</b>	Methylenedioxymethamphetamine
<b>MO</b>	Monitorul Oficial
<b>MSM</b>	Men who have sex with men
<b>NUP</b>	Neînceperea urmăririi penale
<b>OEDT/EMCDDA</b>	Observatorul European de Droguri și Toxicomanii/ Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
<b>ONG</b>	Organizație neguvernamentală
<b>OUG</b>	Ordonanță de Urgență a Guvernului
<b>PAFA</b>	Persoane fara adăpost
<b>PDU</b>	Consum Problematic de Droguri
<b>RAA</b>	Fundația Romanian Angel Appeal
<b>RHRN</b>	Romanian Harm Reduction Network
<b>ROMA</b>	Persoane de etnie romă
<b>SIDA</b>	Sindromul Imunodeficienței Dobândite
<b>SWs</b>	Persoane care practică sexul comercial
<b>SNA</b>	Strategia Națională Antidrog
<b>SNPP</b>	Substanțe noi cu proprietăți psihoactive, comercializate sub denumirea de „etnobotanice”
<b>SUP</b>	Suspendarea urmăririi penale
<b>TDI</b>	Treatment Demand Indicator
<b>THC</b>	Tetrahidrocanabinol
<b>UNICEF</b>	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

### 5.3. SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE

- ✓ <http://www.ana.gov.ro>
- ✓ <http://www.anit.ro/>
- ✓ <http://www.psihomedcom.ro/contact.html>
- ✓ <http://www.psymotion.ro>
- ✓ <http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/11399-de-romani-sunt-infectati-cu-hivsida/>

## COLECTIVUL DE REDACȚIE:

### Supervizare: Sorin OPREA

- *Drd. Ruxanda **ILIESCU**, bioinginer medical, șef ORDT*  
*E-mail: [ruxanda.iliescu@ana.gov.ro](mailto:ruxanda.iliescu@ana.gov.ro)*
- *Aurora **LEFTER**, doctor în sociologie*  
*E-mail: [aurora.lefter@ana.gov.ro](mailto:aurora.lefter@ana.gov.ro)*
- *Andrei **BOTESCU**, psiho-sociolog*  
*E-mail: [andrei.botescu@ana.gov.ro](mailto:andrei.botescu@ana.gov.ro)*
- *Drd. Milica **GEORGESCU**, sociolog*  
*E-mail: [milica.georgescu@ana.gov.ro](mailto:milica.georgescu@ana.gov.ro)*
- *Bogdan **IAȘNIC**, specialist în științe juridice*  
*E-mail: [bogdan.iasnic@ana.gov.ro](mailto:bogdan.iasnic@ana.gov.ro)*
- *Drd. Lavinus **SAVA**, psiho-sociolog*  
*E-mail: [lavinus.sava@ana.gov.ro](mailto:lavinus.sava@ana.gov.ro)*
- *Carmelia **MATACHE**, psiholog*  
*E-mail: [carmelia.matache@ana.gov.ro](mailto:carmelia.matache@ana.gov.ro)*
- *Cornelia **ROTARU**, psihosociolog*  
*E-mail: [cornelia.rotaru@ana.gov.ro](mailto:cornelia.rotaru@ana.gov.ro)*
- *Bogdan **GHEORGHE**, medic*  
*E-mail: [bogdan.gheorghe@ana.gov.ro](mailto:bogdan.gheorghe@ana.gov.ro)*
- *Drd. Diana **ȘERBAN**, psiholog*  
*E-mail: [diana.serban@ana.gov.ro](mailto:diana.serban@ana.gov.ro)*
- *Ana Maria **BOȘIOGIOIU**, specialist în științe juridice*  
*E-mail: [ana.bosiogioiu@ana.gov.ro](mailto:ana.bosiogioiu@ana.gov.ro)*
- *Andreea **CHELARU**, psihosociolog*  
*E-mail: [andreea.chelaru@ana.gov.ro](mailto:andreea.chelaru@ana.gov.ro)*
- *Dr. Gabriel **GORUN**, medic legist, doctor în științe medicale (INML București)*  
*E-mail: [gabriel.gorun@legmed.ro](mailto:gabriel.gorun@legmed.ro)*