

Dimensiunile consumului ilicit de droguri în România comparativ cu statele Uniunii Europene

Lector univ.dr. Nelu NIȚĂ

Universitatea George Bacovia, Bacău, România

nita_nelu@yahoo.com

Abstract: Consumul de droguri reprezintă una dintre marile provocări ale umanității, în cadrul procesului amplu al globalizării, în condițiile în care efectele sale directe și indirecte îl relevă ca pe un fenomen extrem de îngrijorător. Este cunoscut că în prezent, în lume, peste 220 milioane de persoane sunt dependente de droguri, că o persoană dependentă afectează alte cinci persoane, astfel încât se apreciază că unul din șase locuitori ai planetei este afectat de flagelul drogurilor. După anul 1990 România a început să reprezinte în principal o zonă de tranzit, condiții în care doar o parte din cantitatea de droguri tranzitată rămânea în România pentru consum. În același timp, România a devenit și teritoriu de depozitare, în care drogurile, introduse în special prin frontiera de sud, erau stocate pe diferite perioade de timp, iar în final erau direcționate spre țările cu consum ridicat din vestul Europei. Ca urmare a tranzitului și depozitării temporare a drogurilor, ritmul accelerat de creștere a criminalității din România, în legătură cu fenomenul drogurilor a început să fie evident după anii '90 și din ce în ce mai îngrijorător după anul 2001.

Cuvinte cheie: droguri; substanțe noi cu proprietăți psihoactive; trafic de droguri; consum ilicit de droguri; prevenire; strategie națională antidrog.

Introducere

Drogurile, sub feluritele lor înfățișări, au constituit încă din cele mai vechi timpuri un însoțitor permanent al spiritualității umane. Astfel, ele au constituit un fenomen transcendențial a cărui origine se pierde în negura timpului, apariția lor fiind învăluită, chiar și până în zilele noastre, într-un adevărat nimb de legende și superstiții. În acest sens, Jean-Marie Pelt, un reputat botanist și ecologist francez, aprecia că „în afara comunității de viață și de limbă, popoarele se exprimă prin tradiții, ritualuri și credințe proprii, astfel încât și utilizarea drogului constituie un element esențial al culturilor ancestrale, la fel ca și versul ori formula magică ce conferă sens misterios și sacru diferitelor culturi” [1]. Deși sunt puține informații referitoare la primele contacte istorice dintre om și drog, totuși se apreciază că acestea ar fi avut loc în jurul anului 7000 î.e.n., încă din paleolitic [2]. La nivel european însă, primele dovezi certe privind utilizarea opiului “*urcă cu adevărat până în neolitic, fiind găsite dovezi grăitoare în acest sens, în locuințele lacustre de la Neuchâtel, din Elveția*”, situație care este acceptată ca fiind valabilă și pentru spațiul străvechi carpato-danubiano-pontic, leagănul istoric al civilizației României de astăzi [3]. În cadrul întâlnirii omului cu drogul, universul dendofloric al hrănit, a fascinat și a trezit interesul aparte al omului ca urmare a însușirilor acestuia, în același timp alintătoare și malefice, seducătoare și înspăimântătoare, dar și perturbatoare a psihicului uman.

Expansiunea lumii romanice, cu legile ei precise și drumurile comerciale apărate și sigure, a legat politic, economic și cultural entități statale cu grade diferite de dezvoltare, asigurându-le în același timp și accesul la medicina populară tradițională a imperiului, ceea ce a inclus și o cunoaștere mai profundă a drogurilor specifice medicinei practicate.

Concluziile referitoare la consumul de droguri în perioada Evului Mediu, pe teritoriile locuite de români, pun în evidență că în acea perioadă de maximă influență orientală, “*consumul de droguri era limitat la cerințele terapeutice, abuzurile erau rare, iar toxicomania nu avea caracter de fenomen*”, ceea ce spune multe despre sănătatea poporului român de la acea vreme [3].

În secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, pentru a ține sub control fenomenul drogurilor în teritoriile românești de atunci, Transilvania, Moldova și Muntenia, domnitorii acestora au reglementat în mod expres

regulile de preparare și eliberare a drogurilor și substanțelor toxice din “spițerii”, sancționând sever nerespectarea lor. Cu toate acestea, dimensiunile activității de trafic și consum ilicit de droguri din această perioadă, nu sunt cunoscute în toată complexitatea lor.

În secolul XX, în perioada dominației comuniste până în anul 1989, informațiile existente sunt de natură a confirma ținerea sub control strict a traficului și consumului ilicit de droguri din România, de către autoritățile statale.

După anii '90, ca urmare a libertății și democrației greșit înțelese în România, precum și a erodării autorității instituțiilor statului român, domeniul precum: politica acordării vizelor, controlul frontierelor, politica în domeniul migrației, problemele legate de azil, protecția datelor cu caracter personal, cooperarea polițienească și lupta împotriva crimei organizate, lupta împotriva fraudei și corupției, combaterea drogurilor, lupta împotriva spălării banilor, cooperarea vamală, cooperarea juridică, etc., s-au constituit în puncte de reper pentru ceea ce ulterior avea să devină noua ordine juridică națională, raportată la ordinea juridică europeană [4]. De altfel, așa cum arată și Delia Magherescu, alături de lupta împotriva traficului și consumului ilicit de droguri, toate aceste domenii au avut un rol semnificativ în procesul de aderare a României la Uniunea Europeană [4].

1. Conceptul de drog și consecințele consumului ilicit al acestuia

Din punct de vedere etimologic, denumirea de drog este de origine olandeză „droog” [3], drogul reprezentând „*acea substanță de origine vegetală, animală sau minerală, care se întrebuințează la prepararea unor medicamente sau ca stupefiant*” [5]. În sens farmacologic, drogul este *acea substanță utilizată în medicină și a cărei administrare sau consum realizate în mod abuziv, poate crea dependență fizică și/sau psihică, ori tulburări grave ale activității mentale, cunoștinței, percepției și comportamentului uman.*

Conform definiției date de Organizația Mondială a Sănătății, „*drogul este acea substanță care, odată absorbită de un organism viu, poate modifica una sau mai multe funcții ale acestuia*”, iar potrivit unor documente internaționale drogurile sunt „*stupefiante supuse controlului internațional prin Convenția Unică privind Stupefiantele, din 1961 (tablourile I și II)*” precum și „*substanțe psihotrope al căror control internațional este prevăzut de Convenția privind Substanțele Psihotrope, încheiată în anul 1971 (tablourile I, II, III și IV)*” [6].

În literatura de specialitate și în practica instituțiilor antidrog, există numeroase clasificări ale drogurilor, care au la bază diferite criterii, cele mai cunoscute fiind:

a. după efectul asupra sistemului nervos central (SNC), drogurile se clasifică în: *substanțe stimulente, substanțe depressoare și substanțe perturbatoare (halucinogene)*;

b. după originea lor, drogurile sunt: *naturale, de semisinteză și de sinteză (sintetice)*;

c. după gradul de dependență generată, drogurile sunt: *droguri care creează dependență fizică, droguri care creează dependență psihică și droguri care creează dependență mixtă*, în acest ultim caz încadrându-se cele mai multe stupefiante;

d. după regimul juridic al substanțelor din conținutul drogurilor, sunt: *substanțe a căror fabricare și administrare este supusă controlului*, acestea fiind morfina și barbituricele, care sunt folosite în tratamentele medicale și *substanțe total interzise*, acestea fiind Lyserg-Saure Diethylamid (LSD), heroina, ecstasy, cocaina, etc.;

e. după plasarea în tablourile Convenției unice privind stupefiantele din 1961, drogurile sunt: *substanțe stupefiante și substanțe psihotrope*;

f. după modul de administrare și consum, drogurile sunt clasificate în: *injectabile, ingerabile, de prizare, de masticare, de fumare și de inhalare*;

g. după puterea drogurilor, acestea sunt clasificate în: *droguri ușoare*: hașiș, halucinogene, etc., și *droguri tari*: cocaina și heroina, etc. Această distincție făcută între droguri, considerăm că este eronată și arbitrară, fiind făcută doar pentru a se motiva subiectiv începerea consumului de droguri, deoarece drogurile

ușoare reprezintă întotdeauna cu certitudine „poarta de intrare” a drogurilor tari, iar efectele consumului îndelungat și a supradozei de droguri ușoare sunt și ele devastatoare asupra sănătății umane;

Drogurile care creează dependență fizică și psihică sunt considerate *droguri de risc și de mare risc*, în conformitate cu prevederile Legii nr. 143/2000 privind traficul și consumul ilicit de droguri acestea fiind:

a. **drogurile de risc**: cannabis, rezina de cannabis, ulei de cannabis, diazepam, meprobamate, etc.;

b. **drogurile de mare risc**: heroina, mescalina, morfina, amfetamina, cocaina, codeina, opium, phencyclidina, etc.;

Efectele la nivel individual ale consumului de droguri, sunt legate de dependența fizică și psihică, precum și de supradoza în consum. **Dependența fizică** este dată de reacția organismului uman la consumul de droguri. Astfel, substanțele chimice din drog se integrează în organism, chiar dacă ele sunt toxice, iar atunci când corpul uman simte nevoia de aceste substanțe și nu le primește la timp, corpul intră în alertă violentă, exprimată prin stare generală alterată, grețuri, vomă, diaree, transpirație, tahicardie, dureri, spasme, tremurături, etc. **Dependența psihică** se manifestă prin nevoia irezistibilă a persoanelor consumatoare de droguri, de a folosi drogul pentru a influența, a schimba sau a controla dispoziția sufletească, sentimentele sau chiar conștiința de sine. **Supradoza** reprezintă un consum în exces de droguri, care afectează în mod periculos starea de sănătate fizică și mentală, putând conduce la comă sau deces. În condițiile supradozei, drogurile acționează asupra creierului, controlând astfel celelalte părți ale corpului și funcțiile lor.

Principalele consecințe ale dependenței fizice și psihice, precum și ale supradozei de droguri, sunt de ordin *medical, psihologic și social* [7], astfel:

a. *consecințele de ordin medical ale consumului de droguri*, se referă la importante afecțiuni ale sănătății cum ar fi: hepatită, tuberculoză, sifilis, afecțiuni cardio-respiratorii, tulburări endocrine, insuficiență renală, infecții și afecțiuni ale pielii, SIDA, complicații psihiatrice constând în iluzii, halucinații terifiante, percepția alterată a timpului și a distanței, etc., precum și moartea în cazul consumului prelungit și al supradozei;

b. *consecințele de ordin psihologic ale consumului de droguri*, conduc la toxicomanie prin absorția necesară și regulată a drogurilor și constă în: panică, anxietate, depresie, suspiciune și tendințe paranoice, agresivitate, labilitate emoțională, tulburări de comportament, înstrăinare de propria persoană și afectarea imaginii de sine, modificări de personalitate care pot conduce la suicid sau omor, scăderea performanțelor intelectuale, etc. În acest sens, suntem de acord cu specialiștii care afirmă că „*toxicomaniile par să fie cancerul care suprimă nu numai organismul consumatorului de droguri, dar mai ales psihicul acestuia, prin dezorganizarea tragică a personalității umane*” [8]. Astfel, nimic nu poate fi mai convingător, mai relevant și mai îngrijorător, în același timp, decât cazul din 28 mai 2013 din județul Mehedinți, când la marginea localității Meriș, într-un loc mlăștinos și greu de pătruns, a fost găsit un autoturism incendiat, în care se aflau cadavrele carbonizate a două persoane, un bărbat de 28 de ani, traficant de substanțe etnobotanice, și o femeie de 25 de ani. Cercetările efectuate până în acest moment, au condus la identificarea și arestarea preventivă a patru suspecti, tineri cu vârste cuprinse între 17 și 22 de ani. În fapt, cauza acestei oribile crime o constituie traficul și consumul de droguri. Astfel, uciderea și incendierea victimelor găsite carbonizate în autoturism, s-a stabilit că a avut loc ca urmare a unui conflict spontan între una dintre victime, traficant de etnobotanice și cei patru tineri consumatori de astfel de substanțe, fiecare dintre părți nefiind mulțumite, după caz, de cantitatea și prețul tranzacției cu substanțe etnobotanice. Anchetatorii nu au exclus în acest caz, posibilitatea ca și victimele să se fi aflat sub influența drogurilor;

c. *consecințele de ordin social ale consumului de droguri*, sunt reprezentate de: deteriorarea progresivă a relațiilor sociale, creșterea riscului de excludere socială, diminuarea șanselor de reintegrare socială și profesională, suferința familiei și a adevăraților prieteni, dezinteres în relaționarea cu alte persoane, implicarea în activități infracționale atunci când se află sub influența drogului, inclusiv pentru a-și procura doza de stupefiante, etc. Mai mult de atât, în opinia noastră, este cert faptul că efectele traficului și consumului abuziv de droguri sunt cunoscute și resimțite de toată lumea, deoarece sume urișe de bani sunt „investite” în acestea, iar beneficiile sunt direcționate, de cele mai multe ori, spre săvârșirea de infracțiuni de crimă

organizată și acte teroriste. De asemenea, traficul și consumul de droguri generează și consolidează corupția, sărăcia, precum și probleme sociale dintre cele mai grave. În prezent specialiștii apreciază că, traficul și consumul ilicit de droguri au depășit orice limite imaginabile în urmă cu câțiva ani [9]. Fiind de acord cu această constatare, considerăm că în prezent, alături de corupție și crimă organizată, traficul și consumul de droguri reprezintă în același timp un adevărat inamic al democrației și al Statului de drept, deoarece persoanele care sunt implicate activ și trag foleose de pe urma acestui flagel, se intercalează în sferile înalte ale puterii politice și publice, pe care le influențează și le controlează într-o mare măsură, în raport cu interesele personale și de grup ale momentului.

Toxicomania este definită de către Comisia de Experți a Organizației Mondiale a Sănătății, ca „*o stare psihică și uneori fizică, care rezultă dintr-o interacțiune între un organism viu și un produs psihoactiv, caracterizată prin modificările comportamentului, prin alte reacții care conțin întotdeauna o dorință invincibilă de a utiliza drogul în mod permanent sau periodic, cu scopul de a simți efectele psihice și de a scăpa de izolare*”.

Toxicomanul, persoana dependentă de consumul de droguri, este în mod cert o victimă a societății, care are probleme serioase în relația sa cu familia, cu societatea și chiar cu propria sa viață, astfel încât socializarea, integrarea în societate și în muncă a acesteia este extrem de dificilă, dacă nu devine în timp imposibil de realizat, chiar cu prețul unor costuri imense. În condițiile în care o asemenea persoană ajunge să comită infracțiuni, în funcție de pericolul social al acestora, societatea o tratează, cum este și normal, ca pe un infractor care trebuie să răspundă conform legii pentru faptele comise, riscând excluderea socială și izolarea sa definitivă.

Conduita toxicomană, pentru căutarea plăcerii și evitarea suferinței, prin absorția regulată și imperioasă a drogurilor, implică o schemă în evoluția consumului de droguri, care cuprinde mai multe faze, faze care considerăm că trebuie să fie cunoscute și evitate de către orice persoană, având în vedere efectele și consecințele nefaste ale drogurilor. De asemenea, considerăm că este util ca aceste faze să fie cunoscute și luate în considerare de către autoritățile și persoanele care trebuie să țină sub control pe potențialii consumatori de droguri, în funcție de riscurile asociate diferitelor grupe de vârstă, pentru a împiedica defintiv debutul în consumul de droguri. Cele mai importante faze în evoluția consumului de droguri, la care fac referire frecvent specialiștii în materie, sunt următoarele:

a. *faza de căutare a „bunei dispoziții”*, denumită euforie, prin care se caută senzații noi, imitând persoanele care asigură că „merită să încerci”;

b. *faza „uzului recreațional”*, constând în consumarea drogurilor pentru obținerea trăirilor așteptate, așa cum au fost descrise de persoanele care au îndemnat să încerci debutul în consumul diverselor tipuri de substanțe stupefiante;

c. *faza antrenării diferitelor riscuri*, personale și sociale, ca urmare a administrării constante a drogurilor, de la cele considerate ușoare până la cele tari, sau în supradoze cantitative;

d. *faza adaptării organismului la droguri*, datorită cantităților de substanțe toxice consumate sau administrate, ceea ce face necesară consumarea unor cantități și mai mari de drog, pentru a obține efectele similare așteptate;

e. *faza dependenței de droguri*, constând în incapacitatea persoanei consumatoare de a mai întrerupe consumul de droguri, voința proprie fiind anihilată de necesitatea imperativă a organismului de a primi la timp cantitatea de droguri de care are nevoie;

f. *faza de „sevrăj”*, însoțită de mari suferințe fizice și psihice, în cazul în care administrarea de droguri este întreruptă brusc;

Cauzele consumului de droguri sunt extrem de numeroase și țin de o multitudine de factori, dintre care în opinia specialiștilor [10], cu care suntem de acord, cei mai importanți factori se referă la **factorii socio-culturali**, respectiv: căutarea unei plăceri insolite prin transgresarea interdicției și gustului riscului, apartenența la un grup favorabil utilizării drogului, căutarea unei spiritualități în izolarea de lume, căutarea unui mod de a protesta, precaritatea, izolarea socială, neintegrarea, trăirea exclusiv în prezent, etc., și **factorii**

individuali, respectiv: intoleranța la frustrare, nevoia imperioasă de satisfacție, agresivitatea patologică, inadaptarea ce poate merge până la cele mai deviate comportamente, relații părinte-copil perturbate extrem de precoce, tulburări psihopatologice de gravitate variabilă care țin de crize ale adolescenței, de psihopatie și de schizofrenie, etc.

De asemenea, considerăm că este extrem de important de luat în considerare și faptul că, presiunea grupului social din care face parte o persoană, precum și disponibilitatea și ușurința de procurare a drogurilor, constituie factori determinanți în inițierea și menținerea consumului de droguri.

Printre numeroasele victime ale consumului de droguri, adolescenții din grupa de vârstă 10-20 de ani, care este vârsta de risc maxim, formează un grup aparte datorită vulnerabilităților pe care le manifestă în fața drogurilor. Problematika extrem de importantă a consumului drogurilor, precum și perspectivele grave menționate mai sus, implică necesitatea abordării complexe a activităților de prevenire și de ținere sub control a acestui fenomen, precum și preocupări constante ale autorităților pentru a monitoriza traficul și consumul de droguri. Este necesar să fie identificate cele mai eficace și eficiente soluții preventive, din mai multe perspective, respectiv: juridică, economică, socială, educațională, etc.

Prevenirea consumului de droguri trebuie să fie parte integrantă a politicilor promovate, pentru combaterea concomitentă a traficului și consumului de droguri. Astfel, procesul de prevenire desfășurat de către autoritățile statului în cooperare cu diferiți parteneri sociali, trebuie să includă în primul rând, orice activitate care vizează modificarea, reducerea sau întârzierea inițierii consumului de droguri, într-o anumită perioadă de timp.

În România, specialiștii în prevenire operează și în ceea ce privește traficul și consumul de droguri, din punct de vedere teoretic și practic, cu cele trei niveluri ale prevenției, respectiv: *prevenția primară*, *prevenția secundară* și *prevenția terțiară* [11]. **Prevenția primară**, are ca obiective principale: diminuarea accesibilității la droguri, diminuarea motivației inițierii consumului la adolescenți și tineri, diseminarea spre opinia publică a celor mai relevante informații privind consecințele devastatoare ale consumului de droguri, promovarea alternativelor sănătoase non-drog, etc. **Prevenția secundară**, are ca scop reducerea utilizării nocive de droguri și integrarea socială a consumatorilor de droguri. **Prevenția terțiară**, este strâns legată de intervențiile terapeutice și implică prevenirea reluării consumului de droguri de către persoanele tratate în acest sens, precum și limitarea efectelor nocive ale consumului de droguri într-o fază precoce a acestuia, când persoana poate renunța mai ușor la consumul de droguri, înainte de a produce consecințe grave.

Având în vedere gravitatea extremă a consecințelor consumului de droguri, conform Rapoartelor Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) [12], pentru prevenirea acestuia, la nivel european se operează cu alte niveluri de prevenție, acestea fiind: *prevenirea universală*, *prevenirea selectivă* și *prevenirea indicată*. **Prevenirea universală**, se adresează tuturor persoanelor din diferite medii sociale și în special celor cu risc ridicat de a consuma droguri, persoanelor vulnerabile și cu dificultăți materiale și financiare deosebite, în special la nivelul școlilor și al comunităților. Scopul acestui tip de prevenire, este de a reduce comportamentele riscante asociate consumului de substanțe, oferind tinerilor competențele necesare pentru a evita sau întârzia să înceapă să consume diferite substanțe nocive. **Prevenirea selectivă**, este orientată de indicatori sociali și demografici referitori la rata șomajului, delincvență, absentism, etc., și constă în intervenția timpurie împotriva consumului de droguri fiind centrată pe anumite grupuri vulnerabile, cu risc ridicat de consum. Acest tip de prevenire intervine asupra unor grupuri, familii sau comunități specifice care, ca urmare a legăturilor sociale și a resurselor reduse, pot fi mai expuse riscului consumului de droguri sau al instaurării dependenței. **Prevenirea indicată**, vizează intervenția specială asupra persoanelor identificate cu diferite probleme comportamentale sau psihologice, cum ar fi cele referitoare la abandonul școlar, la tulburările psihice, la diferite comportamente antisociale, la semnele timpurii ale consumului de droguri, etc., probleme care pot avea și un rol predictiv privind apariția consumului problematic de droguri.

2. Evoluția consumului ilicit de droguri din România

2.1. Evoluția consumului de droguri în perioada 1990-2004. Conform Strategiei naționale antidrog pentru perioada 2005-2012 [13], începând cu anul 1990, factori precum poziția geografică, deschiderea frontierei de stat și, nu în ultimul rând, conflictele militare din Irak, Afganistan și fosta Iugoslavie, au făcut ca România să devină un segment activ al „Rutei Balcanice” de traficare a stupefiantelor și precursorilor, iar în ultimii ani și o piață de desfacere a drogurilor. România reprezenta și principalul tronson al celei de-a doua „Rute Balcanice” de transport al drogurilor către Europa Occidentală, care pornește din Turcia, traversează Bulgaria, România, Ungaria, Slovacia și Cehia, până în Germania și Olanda [19].

Din evaluările efectuate până la sfârșitul anului 2004, rezulta că România reprezenta în principal o zonă de tranzit, condiții în care doar o parte din cantitatea de droguri tranzitată rămânea în România pentru consum. În același timp, România devenise până la acea dată și teritoriu de depozitare, în care drogurile, introduse în special prin frontiera de sud, erau stocate pe diferite perioade de timp, iar în final erau direcționate spre țările cu consum ridicat din vestul Europei. Ca urmare a tranzitului și depozitării temporare a drogurilor, ritmul accelerat de creștere a criminalității din România, în legătură cu fenomenul drogurilor a început să fie evident după anii '90 și din ce în ce mai îngrijorător după anul 2001. Anul 2003 se caracteriza deja printr-o creștere cu 13,2% a infracțiunilor constatate în domeniul drogurilor, față de anul 2002, și o creștere de 118% față de anul 2001.

Principalele tendințe privind evoluția fenomenului criminalității în domeniul drogurilor din România, în perioada 1990-2004, au fost cele referitoare: la amplificarea și diversificarea fenomenului infracțional transfrontalier, la modificarea continuă a rutelor utilizate și a tipurilor de droguri traficate, în funcție de cerințele pieței ilicite, la extinderea fenomenului infracțional din acest domeniu pe întregul teritoriu al României, la amplificarea și diversificarea criminalității asociate consumului de droguri, la diversificarea modalităților de spălare a banilor rezultați din operațiunile ilicite cu droguri [19], prin racolarea unor specialiști din domeniul financiar-bancar și coruperea unor funcționari publici, precum și la creșterea numărului de consumatori de droguri și, în special, al celor care preferau amfetaminele și canabisul.

Conform studiului efectuat în anul 2004 în România [14], prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții, în funcție de tipul de drog, era de 1,7% pentru cannabis, de 0,4% pentru cocaină, de 0,3% pentru ecstasy și de 0,2% pentru heroină. În funcție de regiunile țării, consumul diferitelor droguri înregistra următoarele procente: *cannabisul* se consuma în toate regiunile țării, cele mai ridicate procente înregistrându-se în București (3,8%), Transilvania (2,8%) și Oltenia (2,1%). Consumul de *ecstasy* era prezent în București (1,3%), Oltenia (0,6%), Transilvania (0,2%). *Amfetaminele* erau consumate doar de locuitorii din Transilvania (0,9%) și București (0,3%). Prevalența consumului de *cocaină*, în funcție de regiune, înregistra valori de 1,9% în București, 0,7% în Muntenia, 0,3% în Oltenia și 0,2% în Transilvania. Populația din București prezenta o prevalență a consumului de *heroină* de-a lungul vieții de 1%, urmat de Moldova cu 0,3% și Muntenia cu 0,1%. Singura regiune în care se consuma *LSD* era Transilvania (0,8%).

În funcție de grupa de vârstă, conform aceluiași studiu, drogurile ilegale erau consumate predominant de populația tânără. Astfel, în condițiile în care populația în vârstă de peste 55 de ani nu a raportat experimentarea vreunui dintre drogurile ilegale, prevalența consumului diferitelor droguri de-a lungul vieții înregistra cele mai ridicate procente în rândul populației cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani, iar în rândul populației de 15-24 de ani preleva consumul de cannabis și ecstasy.

Debutul în consumul de droguri până la vârsta de 16 ani, în România, la nivelul anului 2004, înregistra cea mai ridicată prevalență pentru alcool împreună cu medicamente (1,3%), urmată de tranchilizante sau sedative (1,1%) și substanțe inhalante (0,5%). Drogurile ilegale înregistrau procente de 0,2% pentru heroină, cocaină, ecstasy, marihuana/hașiș, și de 0,1% pentru amfetamine sau LSD. În anul 2004, comparativ cu anul 1999, s-a pus în evidență o descreștere în prevalența debutului precoce de cocaină, heroină, amfetamine, marijuana și hașiș, în timp ce la ecstasy, substanțe inhalante, steroizi anabolizanți sau alcool au fost înregistrate sporuri de creștere ale prevalenței debutului precoce până la vârsta de 16 ani.

2.2. Liniile de acțiune pentru prevenirea consumului ilicit de droguri în perioada 2005-2012

În contextul general al concentrării comunității internaționale asupra criminalității organizate în legătură cu drogurile, Guvernul României și-a asumat lupta împotriva traficului și consumului ilicit de droguri ca o prioritate, adoptând o abordare coordonată și multisectorială a acesteia, concretizată în Strategia națională antidrog în perioada 2005-2012 [13]. Această strategie a fost elaborată în concordanță cu prevederile strategiei europene în domeniu și a stabilit obiectivele generale și specifice pentru reducerea cererii și ofertei de droguri, pentru întărirea cooperării internaționale și dezvoltarea unui sistem global integrat de informare, evaluare și coordonare privind fenomenul drogurilor.

Viziunea Strategiei naționale antidrog consta în aceea că, la sfârșitul perioadei 2005-2012, în România să funcționeze un sistem integrat de instituții și servicii publice, care să asigure reducerea incidenței și prevalenței consumului de droguri în rândul populației generale, asistența medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri și eficientizarea activităților de prevenire și combatere a producției și traficului ilicit de droguri și precursori. Scopul acestei strategii l-a constituit, menținerea la un nivel scăzut a consumului de droguri în rândul populației din România, reducerea cazurilor de noi consumatori, precum și reducerea criminalității organizate în legătură cu drogurile.

Principalele linii de acțiune în prevenirea consumului ilicit de droguri, menționate în Strategia națională antidrog sunt: *reducerea cererii, reducerea ofertei și reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.*

a. **Reducerea cererii de droguri.** Obiectivul general al Strategiei în materia reducerii cererii de droguri, îl reprezintă menținerea la un nivel scăzut, comparativ cu cel de la data adoptării strategiei, al prevalenței consumului ilicit de droguri și reducerea, într-un mod corelat, al prevalenței consumului de alcool și tutun în rândul populației generale, prin consolidarea măsurilor de prevenire și prin dezvoltarea sistemului public și privat de asistență medicală, psihologică și socială. Dintre măsurile stabilite pentru reducerea cererii de droguri, fac parte: derularea unor proiecte de interes local în parteneriat public-privat pentru protecția antidrog a comunităților, elaborarea și derularea unor programe finanțate de la buget diferențiate în funcție de parametrii locali, stimularea participării mass-media la susținerea proiectelor antidrog, derularea unor programe prin care să se dezvolte la populație o atitudine de responsabilitate în prevenirea consumului de droguri și de evitare a stigmatizării consumatorilor, dezvoltarea în rândul tineretului a unei atitudini favorabile față de stilul de viață sănătos, fără alcool, tutun și droguri, sensibilizarea și educarea populației școlare pentru a evita consumul experimental de droguri, dezvoltarea unor programe de formare a părinților pentru sensibilizarea, motivarea și implicarea acestora în activitățile de prevenție.

b. **Reducerea ofertei de droguri.** Dintre măsurile stabilite pentru reducerea ofertei de droguri, fac parte: documentarea activității infracționale a grupurilor de traficanti, a legăturilor și rudelor utilizate de aceștia în comiterea faptelor infracționale, precum și a metodelor și mijloacelor folosite în acest scop, colectarea datelor în sistem informatic, dezvoltarea formelor de analiză operativă a acestora, fluidizarea schimbului de informații on-line pe plan intern și internațional, asigurarea frontierei la standarde europene, inclusiv pe linia antidrog, îmbunătățirea calității controlului vamal, folosirea pe scară largă a mijloacelor moderne de investigare, identificarea și anihilarea rețelelor internaționale de trafic ce activează în România, prin acțiuni operative de cooperare internațională și prin includerea experților români în echipele internaționale care acționează pentru anihilarea unor rețele de traficanti.

c. **Reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri.** Pentru reducerea consecințelor consumului de droguri a fost instituit un „Program de substituție în ambulatoriu”. Potrivit acestui program, substituția în ambulatoriu reprezintă înlocuirea drogului consumat de toxicomani cu metadona sau cu alte substanțe specifice adecvate, de la caz la caz, pe o perioadă îndelungată, în vederea reducerii consecințelor asociate consumului de droguri.

Una dintre cele mai importante măsuri ale acestei perioade, a constituit-o adoptarea Hotărârii de Guvern nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog (A.N.A.), instituție cu personalitate juridică, mandatată să asigure coordonarea, la nivel național, a elaborării și implementării politicilor de răspuns la fenomenul drogurilor. Odată cu re poziționarea Agenției Naționale Antidrog în cadrul Ministerului Afacerilor Interne, s-a elaborat și un nou concept de monitorizare a problemicii drogurilor, printr-un sistem instituțional eficient, atât structural, cât și legislativ, printr-o abordare modernă a amenințărilor actuale în domeniu, prin deschidere către societatea civilă și prin continuarea programelor de prevenire, asistență și combatere, toate subsumate prevederilor Strategiei naționale antidrog.

2.3. Evoluția consumului de droguri în perioada 2005-2012 din România. Conform Raportului național privind situația drogurilor 2012 [15], ultimul studiu privind evaluarea cunoștințelor, atitudinilor, practicilor de consum de droguri în populația generală, s-a derulat pe baza metodologiei ESPAD în anul 2010, rezultatele fiind publicate în Raportul Național din 2011 privind situația drogurilor în România.

Rapoartele naționale anuale privind situația drogurilor, pun în evidență că în perioada 2009-2011, **principalele tendințe manifestate au fost de creștere a interesului populației față de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), așa-numitele „etnobotanice”.**

Din studiul efectuat în anul 2010 [16], rezultă că prevalența consumului de droguri în rândul populației de 15-64 ani de-a lungul vieții a fost de 4,3%, pentru toate tipurile de droguri ilegale, dar și pentru substanțele psihoactive comercializate sub numele de „droguri legale sau plante etnobotanice”, în creștere față de anul 2007 când prevalența consumului de-a lungul vieții în rândul populației de 15-64 de ani era de 1,7%. Dacă se iau în considerare și medicamentele (tranchilizante, sedative, antidepresive) administrate fără indicația medicului acest procent ajunge la 8,3%, față de 8,6% în anul 2007. Dintre drogurile ilegale, cel mai consumat a fost cannabisul, într-un procent de 1,6%, urmat de ecstasy – 0,7%, heroina – 0,3%, și cocaina – 0,3%.

În funcție de regiune, **substanțele psihoactive** comercializate sub numele de „droguri legale” sau „plante etnobotanice” s-au consumat în toate regiunile țării. Pe primul loc s-a situat regiunea București/Ilfov cu 6,0%, urmată de regiunea Sud cu 2,5%, Centru cu 1,6%, Vest cu 1,5%, Nord-Est cu 1,4%, Sud-Est cu 1,4%, Sud-Vest cu 0,9% și Nord-Vest cu 0,7%. **Canabisul** s-a consumat în toate regiunile țării, înregistrându-se următoarele procente: 6% în București/Ilfov, 2% în Centru, 1,5% în regiunea Vest, 1,4% în Sud-Est, 0,9% în Sud-Vest, 0,8% în Nord-Est, 0,6% în Sud și 0,4% în Nord-Vest. **Ecstasy** s-a consumat, de asemenea, în majoritatea regiunilor țării, cu excepția regiunilor Sud-Vest, Sud-Est și Nord-Vest. În București/Ilfov și în regiunea Vest se înregistra un consum de 2,6%, 0,4% în Centru și câte 0,3% în Nord-Est și în Sud. **Heroina** a fost consumată cel mai frecvent în București-Ilfov (1,7%), urmată de Vest (0,5%) și Centru (0,4%), iar **cocaina** a fost prezentă în mai multe regiuni ale țării: București/ Ilfov (0,9%); Vest (0,5%), Centru și respectiv Nord-Vest cu 0,4%, iar în Nord-Est cu 0,3%.

Cea mai mică vârstă declarată de un respondent pentru debutul în consumul de cannabis a fost de 14 ani, media vârstei de debut fiind 22 de ani. În cazul ecstasy, cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 16 ani, iar media vârstei de debut este de 23 de ani.

În anul 2011, a fost implementată pentru a patra oară în România componenta națională a studiului european ESPAD, studiu derulat la nivel internațional din 4 în 4 ani, începând cu anul 1995 [14]. Conform acestui studiu, prevalența consumului oricărui tip de drog ilicit cel puțin o dată în viață în rândul adolescenților de 16 ani din România a fost de 15,6%. În funcție de sexul respondentului, se remarcă o prevalență a consumului experimental, pentru orice tip de drog ilegal, de 17,8% în cazul băieților și 13,8% în cazul fetelor. Mai mult de atât, incluzând în cadrul studiului și substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) consumate cel puțin o dată în viață, s-a obținut o prevalență a consumului experimental de droguri ilicite și SNPP de 19,2%, diferențiată în funcție de sexul respondentului, respectiv de 22,1% în rândul băieților

și 16,8% în rândul fetelor. Adăugându-se la aceste categorii de substanțe și tranchilizantele, sedativele, steroizii anabolizanți sau alte medicamente, inclusiv cele din categoria opioidelor, consumate fără prescripție medicală, s-a obținut o prevalență a consumului experimental de 21,7%, distribuit pe sexe, astfel: 24,6% pentru băieți și 19,4% pentru fete. Cele mai experimentate droguri în rândul tinerilor de 16 ani din România sunt canabisul și substanțele inhalante cu o prevalență de 7,2%. În ceea ce privește consumul de-a lungul vieții, în cadrul preferințelor tinerilor urmează SNPP cu 5,3%, tranchilizantele și sedativele administrate fără prescripție medicală cu 3,1%, LSD și alte halucinogene cu 2,1%, ecstasy cu 2,0%, cocaina cu 2,0%, amfetaminele cu 1,7%, heroina cu 1,1%, etc.

Cel mai mare procent de adolescenți care au debutat în consum la vârsta de 13 ani sau mai devreme, s-a înregistrat în cazul consumului de inhalante, respectiv 1,8% din totalul respondenților. Pe locul al doilea s-a situat debutul în consumul de tranchilizante/sedative, iar pe locul al treilea s-a plasat debutul înainte de vârsta de 13 ani în consumul de canabis, respectiv în consumul de SNPP, 0,8%.

Dintre cei care au consumat droguri precum canabis/hașiș, amfetamine sau ecstasy, 69,1% au indicat ca principală motivație **curiozitatea**, 21,6% au menționat drept pretext al consumului **dorința de a-și schimba dispoziția/starea de spirit**, în timp ce 17,0% au declarat că „**doreau să uite de problemele lor**”. Același „clasament” se evidențiază și în cazul consumului de SNPP: curiozitatea (74,2%), urmată de intenția de a-și modifica dispoziția/starea (23,1%), respectiv de dorința de a uita de probleme (16,4%).

Locurile preferate pentru consumul drogurilor, sunt: *locurile de petrecere a timpului liber*, (64,1%), respectiv: petrecerile private, discotecile, barurile și concertele în aer liber, *domiciliul prietenilor sau cel propriu*, (17,6%) respectiv: acasă la prieteni, căminul studentesc, apartament închiriat, propria casă, de asemenea, *imobile părăsite și parcuri* (12,3%) și *casa dealerului* (5,1%).

Analiza comparativă a rezultatelor studiilor ESPAD efectuate în România în rândul elevilor de 16 ani, în anii 1999, 2003, 2007 și 2011, a permis identificarea următoarelor modele (pattern-uri): **Tendințe de scădere**: Comparativ cu rezultatele studiului realizat în anul 2007, se observă o scădere a prevalenței de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante sau sedative, administrate fără prescripție medicală, de la 4,1% în 2007, la 3,1% în 2011. De asemenea, scade consumul de alcool cu pastile, de la 4,4% în 2007, la 3,2% în 2011. **Tendințe de creștere**: Față de studiul anterior, se remarcă o creștere a prevalenței consumului de droguri ilicite, tranchilizante și sedative de-a lungul vieții, respectiv 15,6% în 2011, comparativ cu 14,5% în anul 2007.

Conform aceluiași studiu, prevalența consumului oricărui tip de drog de-a lungul vieții, în rândul studenților din România a fost de 23,2%, aici fiind incluse toate tipurile de droguri ilegale, dar și tranchilizante, administrate fără prescripție medicală, și substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) comercializate sub numele de „droguri legale sau plante etnobotanice”. Conform datelor prezentate, dintre drogurile ilegale cel mai consumat a fost canabisul (20,9%), urmat de ecstasy, ciuperci halucinogene, ketamină, cocaină, LSD și amfetamine. Heroina a înregistrat valori sub 1%. SNPP au avut o prevalență pentru consumul de-a lungul vieții de 9,5%, iar consumul de tranchilizante fără prescripție medicală a înregistrat valori de 3,6%.

Analizând admiterile la tratament pentru consumul de heroină pe cale injectabilă și de SNPP din România, în perioada 2009-2011, se constată că numărul admiterilor la tratament pentru consumul de heroină a scăzut la mai puțin de jumătate în acești ani, de la 1228 la 543. Cea mai mare scădere s-a înregistrat în cazul consumatorilor de sex masculin, de la 1040 la 432. De asemenea, s-a constatat că injectarea s-a menținut în toată această perioadă ca principală cale de administrare a heroinei, între 93% și 96% din cazuri. În același timp s-a pus în evidență faptul că, concomitent cu scăderea prezentată în cazul heroinei, crește numărul admiterilor la tratament pentru consum de SNPP în România, cea mai mare creștere s-a înregistrat în anul 2010, pentru ambele sexe, de la 6 la 375 cazuri de bărbați și de la 0 la 95 de cazuri de femei admise la tratament. În ceea ce privește calea de administrare, aproximativ jumătate dintre beneficiarii care au solicitat

asistență în perioada 2009-2011 au declarat un consum pe cale injectabilă, între 20% și 30% au fumat, iar aproximativ 14% au prizat SNPP.

3. Considerații privind realizările și nerealizările Strategiei Naționale Antidrog

Strategia națională antidrog 2005-2012, a constituit principalul instrument de coordonare a activităților de prevenire a traficului și consumului de droguri în România, măsurile necesare îndeplinirii obiectivelor prevăzute a fi realizate, fiind cuprinse în Planul de acțiune pe perioada 2005-2008.

În concordanță cu documentele similare ale statelor membre, activitățile din domeniul prevenirii consumului de droguri, subsumate Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012 și Planului de Acțiune pentru implementarea acesteia, au avut ca scop consolidarea influenței factorilor de protecție și reducerea influenței factorilor de risc, prin implementarea unor intervenții și măsuri specifice de conștientizare a populației generale, în special a copiilor și tinerilor, și de implicare a acestora în programe universale, selective și indicate de prevenire a consumului de droguri, programe derulate conform standardelor europene și naționale în domeniu.

Majoritatea programelor de prevenire universală, au avut ca obiectiv informarea, educarea și conștientizarea populației privind consumul de alcool, tutun, droguri și al noilor substanțe cu proprietăți 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. De asemenea, se remarcă dezvoltarea 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). Programele tip informare au continuat să joace un rol central în prevenirea consumului de droguri.

Pe de altă parte, cea mai recentă tendință, în concordanță cu cea din statele membre ale spațiului comunitar, dovedită ca având o eficiență superioară programelor tip informare, a fost centrată pe reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri, bazat 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. Prevenirea selectivă s-a limitat însă la furnizarea de informații personalizate, consiliere individuală și la oferirea de alternative bazate pe creativitate sau pe sport.

Activitățile și proiectele derulate în baza Strategiei Naționale Antidrog, în domeniul prevenirii consumului de droguri, au fost influențate negativ în perioada 2005-2012 de proliferarea, la nivel național, a fenomenului noilor substanțe cu proprietăți psihoactive (SNPP). Acest fenomen a condus la întâzieri în adaptarea intervențiilor preventive, realizate în cadrul programelor și proiectelor, în orientarea eforturilor și demersurilor specifice către implementarea proiectelor de prevenire selectivă, ce au urmărit atât componenta de informare, cât și dezvoltarea de abilități în vederea reducerii influenței factorilor de risc și a creșterii factorilor de protecție.

4. Dimensiunile consumului de droguri în România comparativ cu statele Uniunii Europene

Raportul anual 2012, privind situația drogurilor în Europa [17], prezintă estimările referitoare la populația adultă din Europa, cu vârsta cuprinsă între 15-64 de ani, bazându-se pe anchetele realizate între anii 2004-2011. Din acest raport rezultă că prevalența pe parcursul vieții privind *consumul de cannabis* este de 80,5 milioane persoane, respectiv 23,7% dintre adulții din Europa. Media europeană a consumului de cannabis este de 23,7%, România făcând parte din rândul țărilor cu prevalența cea mai mică, respectiv de 1,6%. Cea mai mare prevalență la consumul de cannabis este între 30,7% și 32,5% în Danemarca, Spania, Franța, Italia și Regatul Unit. Prevalența pe parcursul vieții privind *consumul de cocaină* în Europa este de 15,5 milioane persoane, respectiv 4,6% din adulții Europei. Media europeană a consumului de cocaină este de 4,6%,

România făcând parte din rândul țărilor cu prevalența cea mai mică, respectiv de 0,3%. Cea mai mare prevalență la consumul de cocaină este între 6,8 și 10,2% în Spania, Regatul Unit, Italia și Irlanda. Prevalența europeană pe parcursul vieții privind *consumul de ecstasy* este de 11,5 milioane persoane, respectiv 3,4%, iar la *consumul de amfetamine* este de 13 milioane persoane, respectiv 3,8%. Media europeană a consumului de ecstasy este de 3,4%, în România fiind prevalența cea mai mică, respectiv de 0,4%. Cea mai mare prevalență la consumul de amfetamine este între 4,9 și 8,3% în Regatul Unit, Irlanda, Țările de jos și Spania. Media europeană a consumului de amfetamine este de 3,8%, în România fiind prevalența cea mai mică, respectiv de 0,1%. Cea mai mare prevalență la consumul de amfetamine este între 4,5 și 11,6% în Regatul Unit, Danemarca, Suedia și Irlanda. Decesele induse de droguri reprezintă aproximativ 4% din totalul deceselor în rândul europenilor cu vârste cuprinse între 15 și 39 de ani, fiind constatată prezența opiaceelor în aproximativ trei sferturi dintre cazuri.

Conform studiului ESPAD 2011 [18], proporția medie a elevilor care au încercat droguri ilegale în țările din Europa, a crescut de la 11% în 1995, la 17% în 1999, la 20% în 2003 și a cunoscut o ușoară scădere la 18% în 2007 și 2011, când a rămas la același nivel. Niveluri ridicate în prevalența consumului de droguri în rândul elevilor și studenților, s-au raportat în Republica Cehă, Franța, Monaco, Republica Slovacă, Belgia, Bulgaria, Slovenia, Estonia, Italia, Germania, etc. În România nu s-au raportat niveluri semnificative de prevalență în consumul de droguri. Dimpotrivă, România este situată sub media prevalenței de consum a diferitelor categorii de droguri, comparativ cu media pentru toate țările. Impresia generală este aceea că România este o țară “lowprevalence” în ceea ce privește consumul de droguri și substanțe stupefiante.

Rezultatele studiului național din cadrul ESPAD 2011, plasează România între ultimele 10 state europene, ca nivel al prevalenței consumului oricărui tip de drog ilicit cel puțin o dată în viață în rândul elevilor de 16 ani, țara noastră situându-se cu 8 procente sub media europeană înregistrată. Cele mai mari creșteri au fost înregistrate în cazul prevalenței consumului de canabis/hașiș, de substanțe inhalante și amfetamine. Prevalențele consumului de SNPP cel puțin o dată în viață, în ultimul an și în ultima lună plasează aceste substanțe printre cele mai consumate droguri în rândul elevilor de 16 ani din România, alături de canabis/hașiș și substanțe inhalante. Pentru prima dată în cadrul studiilor ESPAD, se înregistrează debut precoce al consumului de canabis/hașiș în rândul elevilor de 16 ani din România. Din punct de vedere al distribuției pe sexe, România se află printre puținele state cuprinse în studiu care nu mai înregistrează diferențe între fete și băieți în ceea ce privește prevalența consumului de canabis/hașiș, atât de-a lungul vieții cât și în ultima lună, alături de Franța și Bulgaria.

Concluzii

Din analiza studiilor efectuate, rezultă că sistemele informaționale naționale diferă în Europa, în special în ceea ce privește practicile de înregistrare și raportare [17]. Din acest motiv este dificil să se realizeze comparații valabile între țări, cea mai bună metodă constând practic în compararea gravității diferitelor situații infracționale și a tendințelor, fără a cuprinde și cifre absolute.

În ceea ce privește România, până în anul 1989 consumul de droguri era limitat la cerințele terapeutice, abuzurile erau rare, iar toxicomania nu avea caracter de fenomen, toate acestea fiind sub un control strict al instituțiilor autoritare ale statului român. După anul 1990, România a devenit un segment activ al Rutei Balcanice de traficare a stupefiantelor și precursorilor, iar în ultimii ani și o piață de desfacere a drogurilor. Din evaluările efectuate rezultă că România reprezintă, în principal, o zonă de tranzit pentru droguri, condiții în care doar o parte din cantitatea de droguri tranzitată rămâne în România pentru consum. În același timp, România a devenit teritoriu de depozitare, în care drogurile, introduse în special prin frontiera de sud, sunt stocate pe diferite perioade de timp, iar în final sunt direcționate spre țările cu consum ridicat din vestul Europei [19]. Ca urmare a tranzitului și depozitării temporare a drogurilor, ritmul accelerat de creștere a criminalității din România, în legătură cu fenomenul drogurilor, a început să fie evident după anii '90 și din ce în ce mai îngrijorător după anul 2001.

Deși se pune în evidență o creștere a consumului de droguri în perioada 2005-2012, față de perioada 1990-2004, ceea ce ar reprezenta o nerealizare a Strategiei Naționale Antidrog, totuși trebuie subliniat faptul, extrem de important că, pentru toate tipurile de droguri ilicite, România se situează sub valorile medii europene, din acest punct de vedere Strategia Națională Antidrog atingându-și scopul propus. Astfel, rezultatele studiului național din cadrul ESPAD 2011, plasează România între ultimele 10 state europene, ca nivel al prevalenței consumului oricărui tip de drog ilicit cel puțin o dată în viață în rândul elevilor de 16 ani, țara noastră situându-se cu 8 procente sub media europeană înregistrată (18%). Cele mai mari și evidente creșteri au fost înregistrate în cazul prevalenței consumului de cannabis/hașiș, de substanțe inhalante și amfetamine. Prevalențele consumului de SNPP cel puțin o dată în viață, în ultimul an și în ultima lună, plasează aceste substanțe printre cele mai consumate droguri în rândul elevilor de 16 ani din România, alături de cannabis/hașiș și substanțe inhalante. Se remarcă o diferență foarte mică între consumul de SNPP de-a lungul vieții, consumul actual și cel recent.

Cu toate că în România prevalența consumului de droguri și etnobotanice este printre cele mai mici din Europa, ca tendință, în opinia noastră, fapte infracționale de o gravitate deosebită, cum este și oribila crimă din județul Mehedinți, pot fi comise în continuare în România. Aceasta impune o înaltă responsabilitate și acțiuni consecvente, perseverente și de mai mare amploare, din partea instituțiilor abilitate ale statului, pe cele trei niveluri ale prevenției care sunt operaționale la nivel european: *prevenția universală, prevenția selectivă și prevenția indicată*.

În sensul celor menționate mai sus este important de reținut faptul că, studiile de impact privind consumul ilicit de droguri, din România și din alte țări ale spațiului comunitar european, indică nevoia intensificării intervențiilor selective în mediul școlar. Sunt avute în vedere, în special, intervenții în situații de criză psihologică și/sau familială, corelată cu identificarea elevilor ce prezintă importanți factori de risc pentru consumul de droguri, în scopul identificării și aplicării celor mai optime soluții comprehensive de prevenire a abandonului școlar, a absenteismului și abuzului, ceea ce și România și-a propus să facă în următorii ani. În aceste condiții, preluată ca prioritate în cadrul documentelor programatice de politici publice antidrog din România, prevenirea consumului de droguri trebuie să vizeze, ca și rezultat concret, conform prevederilor Strategiei Europene în domeniu, *„reducerea măsurabilă, în toate statele membre ale Uniunii Europene, a consumului de droguri, a dependenței și a riscurilor medicale și sociale, prin dezvoltarea și îmbunătățirea unui sistem de reducere a cererii de droguri, care să fie efectiv și integrat, bazat pe rezultate științifice, care să includă prevenirea, intervenția rapidă, tratamentul, prevenirea riscurilor și reintegrarea socială a celor afectați”*.

Este extrem de important, în același timp, ca măsurile de reducere a cererii de droguri și SNPP în România, să ia în considerare și toate problemele sociale și medicale produse de consumul și abuzul de droguri, însoțit de policonsumul unor substanțe psihoactive „legale”, cum sunt alcoolul și tutunul.

Referințe

- [1] Jean-Marie Pelt, 1971, *Drogues et plantes magiques*, Editeur Horizons de France;
- [2] Mircea Eliade, 1980, *De la Zalmoxis la Genghis Han*, Editura Științifică și Enciclopedică, București;
- [3] Jenică Drăgan, 1996, *Drogurile în viața românilor*, Editura Magicart Design, București, pag. 14-85;
- [4] Delia Magherescu, 2008, *Puncte de vedere referitoare la implementarea acquis-ului comunitar în domeniul justiției și afacerilor interne*, publicat în volumul “Probleme actuale ale legislației naționale în contextul procesului integraționist european”, Chișinău, pag. 322-326;
- [5] Ion Suceavă, coord., 1995, *Îndrumar privind controlul vamal antidrog*, Ministerul Finanțelor, Direcția Generală a Vămirilor, pag. 10;
- [6] Drăgan Jenică, 1994, *Aproape totul despre droguri*, Editura Militară, București, pag. 41;
- [7] <http://www.antidrog.weboas.ro/efecte.php>;
- [8] Banciu D., Radulescu S., Voicu M., 1985, *Introducere în sociologia devianței*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, pag. 58;

- [9] Ion Neagu și colab., 2008, Prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri de droguri în România, Editura Hamangiu, București;
- [10] Walter Reakless, citat de Gabriel Ștefan Gorun, 2003, Paradisuri artificiale - Toxicomaniile, Editura Viața Medicală Românească, București, pag. 30;
- [11] Pavel Abraham, 2004, Drogurile, Aspecte juridice și psihosociale, Editura Mirton, Timișoara;
- [12] <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373RO.html>;
- [13] Strategia națională antidrog în perioada 2005-2012, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 73 din 27 ianuarie 2005, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 112 din 3 februarie 2005;
- [14] Raport național privind situația drogurilor 2005 (pe baza datelor din 2004), elaborat de Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanie;
- [15] Raport național privind situația drogurilor 2012. România. Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european;
- [16] Raport național privind situația drogurilor 2011. România. Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european;
- [17] Raportul anual 2012, privind situația drogurilor în Europa, în cadrul Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie, disponibil pe: <http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20europene/raport%20european%202012.pdf>;
- [18] The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries, disponibil pe site-ul: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf;
- [19] Delia Magherescu, 2009, All about organized crime. Special focus on the phenomenon in Southeast Europe, WLP, Nijmegen - Holland, pp. 42-69;