



# Metodologia de lucru cu adolescenții la risc și consumatori de droguri

---

2016

# **Metodologia de lucru cu adolescenții la risc și consumatori de droguri**

---

**2016**

## LISTA ABREVIERILOR

AMC – Asistență medicală comunitară

ANA – Agenția Națională Antidrog

ANPDCA – Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție

CAIA – Centru de asistență integrată a adicțiilor

CPECA – Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog

CNAS – Casa Națională de Asigurări de Sănătate

CPC – Comisia pentru Protecția Copilului

CPRU – Centru de Primire în Regim de Urgență pentru Copii

CSM – Centru de sănătate mintală

DGASPC – Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

DSP – Direcția de Sănătate Publică

HBV – *Hepatitis B virus* (engl.), virusul hepatitei B

HCV – *Hepatitis C virus* (engl.), virusul hepatitei C

MENCS – Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice

MMFPSPV – Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice

MS – Ministerul Sănătății

PIA – plan individualizat de asistență (tratament) pentru consumatorul de droguri

PIT – program integrat de asistență

SA – Sistemul național de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri

SPAS – Serviciul public de asistență socială

UNICEF – Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

UNODC – Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate

UPU – Unitate de primire în regim de urgență

## CUPRINS

Introducere.....	5
1. Grup-țintă.....	5
2. Asistența pentru consumatorii de droguri.....	6
2.1. Sistemul național de asistență pentru consumatorii de droguri:.....	6
2.2. Furnizorii de servicii pentru adolescenții consumatori de droguri: .....	7
2.3. Serviciile pentru adolescenții consumatori de droguri:.....	9
2.3.1. Servicii medicale .....	9
2.3.2. Servicii psihologice .....	10
2.3.3. Servicii sociale.....	11
2.3.4. Serviciile educaționale.....	12
2.3.5. Serviciile pentru părinții/ reprezentantul legal și alte persoane importante pentru adolescent .....	13
2.4. Etapele furnizării serviciilor medicale, psihologice și sociale: pre-tratament și asistență .....	13
2.4.1. Etapa de pre-tratament.....	13
2.4.2. Etapa de asistență.....	17
2.4.2.1. Evaluarea .....	18
2.4.2.2. Planificarea asistenței .....	20
2.4.2.3. Furnizarea serviciilor prevăzute în PIA .....	21
2.4.2.4. Monitorizarea și evaluarea implementării PIA.....	22
2.4.2.5. (Re)integrarea socială.....	23
3. Roluri și responsabilități în identificarea, informarea, motivarea și asistența adolescentului consumator droguri.....	24
4. Colaborarea CPECA – DGASPC.....	25

Anexe.....	28
Anexa 1. Instrumente pentru determinarea riscului de consum de droguri.....	28
Anexa 2. Informații cu privire la droguri și riscuri pentru sănătate .....	34
Anexa 3. Informații cu privire la cadrul legal de furnizare a serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri.....	37
Anexa 4. Fișa de înregistrare la servicii a adolescentului care consumă droguri (se completează pentru adolescenții care se autoreferă la servicii).....	37
Anexa 5. Fișa de evaluare inițială.....	39
Anexa 6. Plan individualizat de asistență (tratament) pentru adolescentul care consumă droguri.....	45
Anexa 7. Evaluare de proces .....	47
Anexa 8. Glosar de termeni utilizați în abordarea minorului consumator de droguri .....	49
Anexa 9. Referințe legislative .....	55
Repere bibliografice.....	57

### INTRODUCERE

Cadrul legal românesc care reglementează asistența și furnizarea de servicii pentru consumatorii de droguri cuprinde, în principal:

- Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea de Guvern nr. 860/2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului Sănătății, al ministrului Muncii, Familiei și Egalității de șanse și ministrului Internelor și Reformei administrative nr. 1.389/513/282/2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri;
- Decizia președintelui Agenției Naționale Antidrog nr. 16/2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri;
- Decizia președintelui Agenției Naționale Antidrog nr. 17/2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

Prezenta metodologie cuprinde aspectele specifice de asistență și furnizare a serviciilor pentru adolescenții consumatori de droguri, prin adaptarea și completarea cadrului legislativ amintit anterior. Spre deosebire de adulții consumatori de droguri, un accent deosebit se pune pe etapa de identificare activă a adolescenților consumatori de droguri, informarea obligatorie a acestora și obținerea cooperării părinților/ reprezentantului legal, astfel încât copiii lor să primească în timp util tratamentul necesar și toate celelalte servicii de care au nevoie.

### 1. Grup-țintă

Grupul-țintă al metodologiei prezente este reprezentat de adolescenții consumatori de droguri.

Prin „adolescent” se înțelege persoana cu vârsta cuprinsă între 10 și 18 ani. „Consumatorul [de droguri]” este definit de art. 1 lit. h) din Legea nr. 143/2000 republicată, cu modificările și completările ulterioare, iar „consumatorul dependent” este definit de art. 1 lit. i) din aceeași lege.

Pentru situațiile rare de consum de droguri la copii cu vârsta sub 10 ani, se aplică aceleași proceduri, cu anumite excepții precizate în text, la fel și pentru tinerii cu măsură de protecție specială.

În aplicarea procedurilor din metodologia prezentă, profesioniștii vor avea în vedere patru criterii prin care se caracterizează situația unui adolescent consumator de droguri:

- Grupul A: adolescenții au reprezentant legal – definit de art. 4 lit. g) din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare –, iar reprezentantul legal cooperează cu profesioniștii implicați în asistența și furnizarea de servicii. În acest grup intră adolescenții din familie, din structuri de protecție specială (servicii rezidențiale, plasament la asistent maternal, familii de plasament sau rude) sau din sistemul penitenciar (centre educative, centre de detenție și penitenciare pentru minori);
- Grupul B: adolescenții provin din familie, care are o situație socio-economică și educațională corepunzătoare, dar care nu recunoaște problema de consum și, drept urmare, nu accesează serviciile de asistență pentru consumul de droguri și nu cooperează cu profesioniștii implicați în asistența și furnizarea de servicii;
- Grupul C: adolescenții provin din familie, care are probleme grave, de natură să pună în pericol dezvoltarea și sănătatea acestuia și pe care profesioniștii trebuie să le aibă în vedere înainte de problema consumului de droguri;
- Grupul D: adolescenții din stradă, care pot fi fără familie, care se întorc seara în familie sau care sunt cu familia în stradă.

## 2. Asistența pentru consumatorii de droguri

### 2.1. Sistemul național de asistență pentru consumatorii de droguri

Sistemul național de asistență pentru consumatorii de droguri este structurat ca un sistem de servicii medicale, psihologice și sociale, integrate prin metoda managementului de caz.

Agencia Națională Antidrog (ANA) asigură coordonarea activității desfășurate de instituțiile, organizațiile guvernamentale implicate în realizarea obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog.

Structura teritorială a ANA cuprinde 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (CPECA), fără personalitate juridică: 41 CPECA județene și 6 CPECA în municipiul București, câte unul pentru fiecare sector. În cadrul CPECA sunt furnizate servicii medicale, psihologice și sociale pentru consumatorii de droguri. HG nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare prevede cel puțin un CPECA și alte centre de acordare a serviciilor pentru consumatorii de droguri la nivelul unei structuri teritoriale (art. 6).

În consecință, CPECA are un statut aparte, fiind în același timp:

- structură teritorială a ANA, conform prevederilor art. 6 din HG nr. 461/2011;
- furnizor de servicii, conform prevederilor art. 27 alin. (3) lit. a) din HG nr. 860/2005;
- un centru autorizat de ANA să acorde servicii medicale, psihologice și sociale specializate pentru consumatorii de droguri, implicit pentru adolescenții consumatori de droguri, conform prevederilor art. 29 lit. a) din HG nr. 860/2006;
- un serviciu social specializat pentru consumatorii de droguri, implicit pentru adolescenții consumatori de droguri, conform prevederilor anexei din HG nr. 967/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale.

## 2.2. Furnizorii de servicii pentru adolescenții consumatori de droguri

În funcție de tipul de servicii, furnizorii se clasifică astfel:

- a) Furnizori de servicii medicale;
- b) Furnizori de servicii psihologice;
- c) Furnizori de servicii sociale;
- d) Furnizori de servicii educaționale.

a) Furnizorii de servicii medicale publici și privați sunt persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sănătății (MS) conform prevederilor art. 64 lit. a), 221 alin. (1) lit. b) și art. 903 lit. g) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății republicată, cu modificările și completările ulterioare. Exemple de persoane fizice autorizate să furnizeze servicii medicale sunt medicii și personalul sanitar care asigură îngrijirile de sănătate la domiciliu și asistentele medicale comunitare.

b) Furnizorii de servicii psihologice sunt psihologii cu drept de liberă practică, în sectorul public – angajați ca psihologi sau având un alt statut, ori în sectorul privat – angajați ca psihologi sau într-o



formă independentă, respectiv cabinete individuale, cabinete asociate sau societăți civile. Atestatul de liberă practică este eliberat de Colegiul Psihologilor.

c) Furnizorii de servicii sociale publici și privați sunt acreditați de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), conform prevederilor Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare. Principalii furnizori publici de servicii sociale sunt Serviciul Public de Asistență Socială (SPAS) de la nivelul comunităților – comune, orașe și municipii – și Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) de la nivelul județelor și sectoarelor municipiului București.

În toate cele trei situații expuse mai sus, organizațiile neguvernamentale sunt eligibile pentru a fi furnizori privați, iar CPECA este furnizor public.

Asistența propriu-zisă pentru consumatorii de droguri este furnizată la solicitarea părintelui/reprezentantului legal și cu consimțământul (participarea) adolescentului care consumă droguri. Astfel, dacă solicitarea se adresează unui alt furnizor de servicii de asistență decât CPECA, furnizorul în cauză evaluează situația adolescentului și, în funcție de nevoile identificate, procedează după cum urmează:

i) dacă are toate resursele necesare, realizează procesul de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, conform planului individualizat de asistență, cu notificarea și consultarea CPECA;

ii) dacă nu are toate resursele necesare pentru realizarea planului individualizat de asistență, referă cazul la CPECA, pentru asigurarea managementului de caz și completarea planului cu serviciile necesare.

În situația prezentată la punctul i), furnizorul de servicii are obligația de a transmite la CPECA următoarele documente: raportul de evaluare, acordul de asistență medicală, psihologică și socială, planul individualizat de asistență, raportul de evaluare a evoluției și recomandările făcute, la finalizarea serviciilor furnizate, pentru continuarea programului, dacă este cazul. Raportul de evaluare, acordul și proiectul planului se trimit odată cu notificarea. Planul e definitivat după consultarea CPECA. Raportul de evaluare a evoluției și recomandările se transmit după încheierea planului, iar CPECA decide dacă e cazul ca programul să continue sau nu.

d) Furnizorii de servicii educaționale. Spre deosebire de adulții consumatori de droguri, asistența adolescenților consumatori de droguri e de dorit să includă servicii educaționale, în funcție de nevoile acestora. Se urmărește cu precădere finalizarea studiilor obligatorii și pregătirea profesională, dar și activități de educație non-formală, care să contribuie la reabilitarea adolescentului. Astfel, furnizorii de servicii educaționale sunt: unitățile de învățământ preuniversitar publice și private, palatele și cluburile copiilor (și alte unități publice și private acreditate pentru activități extrașcolare), organizațiile neguvernamentale ș.a.

### 2.3. Serviciile pentru adolescenții consumatori de droguri

Adolescenții consumatori de droguri au acces la servicii medicale, psihologice și sociale, în condițiile valabile pentru orice alt copil. Totodată, au acces la servicii medicale, psihologice și sociale specializate, acordate în centre autorizate de ANA, conform prevederilor art. 29 din HG nr. 860/2005. Autorizarea centrelor este prevăzută de Ordinul ministrului Sănătății, al ministrului Muncii, Familiei și Egalității de șanse și ministrului Internelor și Reformei administrative nr. 1.389/513/282/2008.

Centrele autorizate pentru adolescenții consumatori de droguri sunt: CPECA, centrul de zi, centrul de tip comunitate terapeutică, centrul de asistență integrată a adicțiilor, centrul de dezintoxicare și centrul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

#### 2.3.1. Servicii medicale

Serviciile medicale pentru adolescenții consumatori de droguri se acordă gratuit în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în centrele de sănătate mintală, precum și prin programele naționale de sănătate, la fel ca pentru toți copiii. Serviciile medicale se acordă contra plată în sistemul privat de sănătate, dacă furnizorii nu au prevăzute contracte cu CNAS.

În sistemul de sănătate din România, de tip asigurări sociale de sănătate, copiii (până la împlinirea vârstei de 18 ani) sunt asigurați fără plata contribuției. Acest statut durează până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, precum și dacă se află în sistemul de protecție a copilului.

În consecință, adolescenții consumatori de droguri au dreptul la următoarele categorii de servicii medicale:

- a) Servicii de asistență medicală primară – pentru a beneficia de aceste servicii, copiii trebuie să fie înscriși pe lista unui medic de familie. În această calitate, au dreptul la un examen anual de bilanț al stării de sănătate, vizând stadiul de creștere și dezvoltare, starea de nutriție și practicile nutriționale și depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/ sex. Examenul de bilanț pentru adolescenți include identificarea riscului de consum de droguri („Ai fumat, ai băut alcool, ai consumat vreodată droguri sau steroizi? Dar în ultimele 12 luni?”).
- b) Servicii de asistență ambulatorie de specialitate – consultații în servicii de psihiatrie pediatrică și servicii conexe (de exemplu, servicii psihologice) furnizate în ambulatorii de specialitate și în centrele de sănătate mintală.

c) Servicii spitalicești – internare pentru condiții/ afecțiuni cauzate de consumul de droguri, în secții și compartimente de psihiatrie pediatrică, toxicologie și dezintoxicare de tip spitalicesc.

d) Servicii de asistență medicală de urgență – prespitalicească (ambulanță sau în cabinetele medicilor de familie, în limita competenței) și spitalicească (prezentarea în unitatea/ compartimentul de primiri urgențe – UPU).

Biletul de trimitere eliberat de medicul de familie este necesar numai în cazul serviciilor medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Furnizorii de servicii sociale rezidențiale pentru copii, în care se pot regăsi cu mare probabilitate adolescenți consumatori de droguri, precum Adăpostul și Centrul de primire în regim de urgență (CPRU) pentru copiii străzii, asigură accesul acestor copii la medici cu specialitatea de psihiatrie pediatrică pentru tratarea și monitorizarea sevrajului. Acest lucru se poate realiza prin:

- CPECA, care asigură accesul la medici și servicii medicale cu care acesta colaborează;
- încheierea de contracte cu medicii de specialitate de psihiatrie pediatrică;
- încheierea de protocoale cu furnizorii care acordă acest tip de servicii;
- încheierea unui protocol între DGASPC și DSP, prin care să se asigure accesul la servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Adolescenții consumatori de droguri aflați în arest, în centrele educative, centrele de detenție și penitenciarele pentru tineri beneficiază de serviciile menționate anterior pentru tratarea și monitorizarea sevrajului prin intermediul CPECA.

### 2.3.2. Servicii psihologice

Serviciile psihologice pentru adolescenții consumatori de droguri sunt furnizate în cadrul ambulatoriilor de specialitate, spitalelor și serviciilor de sănătate mintală, în cadrul serviciilor sociale specializate și în formele independente de practică a psihologilor. Sunt furnizate ca servicii conexe serviciilor medicale, în cadrul unităților sanitare sau în contract cu medicii de specialitate, ori de sine stătător, ca parte a planului de asistență.

Furnizarea serviciilor psihologice se face în funcție de atestatul eliberat specialistului, respectiv pentru psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihopedagogie specială, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională.

Evaluarea psihologică a adolescenților consumatori de droguri se face numai de către psihologii atestați în psihologie clinică.

Serviciile psihologice se acordă în funcție de nevoi, putând consta în: grup de sprijin, consiliere psihologică, psihoterapii diverse, terapie ocupațională ș.a.

### **2.3.3. Servicii sociale**

Adolescenții consumatori de droguri reprezintă un „grup vulnerabil”, așa cum este el definit de art. 6, lit. p) din Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale și, în consecință, beneficiază de servicii sociale. Acestea pot fi servicii sociale adresate familiei/ comunității, precum cantina socială, ambulanța socială etc., și servicii sociale pentru copii.

Serviciile sociale pentru copii, inclusiv cele specializate pentru adolescenții consumatori de droguri, se licențiază de către Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA), pe baza standardelor corespunzătoare, aprobate de către aceasta.

#### **a) Serviciile sociale pentru copii**

Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare prevede următoarele tipuri de servicii (art. 119): de zi, de tip familial și de tip rezidențial.

Serviciile de zi sunt furnizate de SPAS, cu anumite excepții, în care sunt furnizate de DGASPC, și anume: serviciile specializate pentru copiii victime ale violenței, serviciile specializate pentru copiii cu dizabilități și serviciile parte a unui complex de servicii care include servicii de tip rezidențial.

Serviciile de tip familial și cele de tip rezidențial sunt furnizate de DGASPC.

Organismele private acreditate pot furniza oricare dintre tipurile de servicii de mai sus.

#### **b) Serviciile sociale specializate pentru adolescenții consumatori de droguri**

Prin coroborarea prevederilor art. 29 din HG nr. 860/2005 și Nomenclatorul serviciilor sociale din HG nr. 867/2015, serviciile sociale specializate pentru adolescenții consumatori de droguri sunt următoarele:

i) fără cazare: centre de zi pentru prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centre de zi pentru asistență integrată a adicțiilor și centre de zi pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri;

ii) cu cazare: centre rezidențiale de tip comunitate terapeutică.

Orice alt serviciu social pentru copii – de zi, familial sau rezidențial –, dacă este organizat având drept grup-țintă adolescenții consumatori de droguri, este considerat, de asemenea, un serviciu social specializat.

Acordarea serviciilor sociale – comunitare, pentru copii, specializate pentru adolescenții consumatori de droguri – se recomandă astfel:

- servicii sociale comunitare – pentru adolescenții cu risc de consum de droguri și pentru adolescenții consumatori de droguri;
- servicii sociale pentru copii – pentru adolescenții cu risc de consum de droguri;
- servicii sociale (de zi, familiale și rezidențiale) specializate – pentru adolescenții consumatori de droguri, aflați sub tratament ambulatoriu pentru consum sau pentru sevraj;
- servicii sociale specializate pentru adolescenții consumatori de droguri – pentru adolescenții consumatori dependenți de droguri, aflați sub tratament ambulatoriu.

### 2.3.4. Serviciile educaționale

În funcție de nevoile lor, adolescenții consumatori de droguri pot beneficia de următoarele tipuri de servicii educaționale:

- a) Educație în contexte formale (învățământul preuniversitar) – primul lucru de care trebuie să se asigure profesionistul care întocmește planul de asistență în plan educațional este continuarea studiilor, cu accent pe învățământul obligatoriu;
- b) Activități educative și extrașcolare;
- c) Sprijin specializat în învățare (efectuarea temelor, activități de sprijin în învățare/ dificultăți/ oscilații de învățare ș.a.);
- d) Măsuri de reintegrare și continuare a traseului educațional (programul „A doua șansă” ș.a.);
- e) Orientare școlară și profesională;
- f) Consiliere educațională: școlară, psihopedagogică, vocațională, profesională și de carieră;
- g) Alte servicii de asistență psihopedagogică;
- h) Educație non-formală (educație pentru sănătate, dezvoltarea deprinderilor de viață independentă ș.a.).

### 2.3.5. Serviciile pentru părinții/ reprezentantul legal și alte persoane importante pentru adolescent

Spre deosebire de adulții consumatori de droguri, asistența pentru adolescenții consumatori de droguri e de dorit să includă servicii pentru părinții/ reprezentantul legal și eventual alte persoane importante pentru copil – de exemplu, persoane de atașament –, astfel încât programul care i se adresează direct să aibă eficiență cât mai mare.

Serviciile pentru părinți/ reprezentant legal se acordă în funcție de nevoile acestora, ele putând fi:

- a) medicale/ de sănătate;
- b) psihologice; de exemplu, grupuri de suport, consiliere psihologică;
- c) sociale; de exemplu, consiliere socială;
- d) educaționale; de exemplu, educație pentru sănătate, educație parentală, cursuri de calificare;
- e) de ocupare; de exemplu, găsirea unui loc de muncă, mediere pe piața muncii.

## 2.4. Etapele furnizării serviciilor medicale, psihologice și sociale: pre-tratament și asistență

### 2.4.1. Etapa de pre-tratament

Nivel 1	<b>Acțiuni</b> Identificare Informare, motivare și sprijin pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal Referire	<b>Solicitant</b> Părinte/ reprezentant legal și Adolescent consumator de droguri	<b>Instituții/ organizații</b> Unități de învățământ preuniversitar Medic de familie Furnizori de servicii medicale Furnizori de servicii psihologice Furnizori de servicii sociale
---------	---	--	--

### 2.4.1.1. Identificarea adolescenților consumatori de droguri

Spre deosebire de adulții care consumă droguri și care se pot adresa în mod autonom serviciilor specializate, adolescenții aflați în aceeași situație pot accesa aceste servicii numai cu consimțământul și implicarea directă a părinților/ reprezentantului legal. Din acest motiv, este importantă identificarea lor activă și cât mai timpurie, înainte ca ei să devină dependenți și să sufere din cauza consecințelor consumului de droguri.

#### a) Identificarea activă

Prin identificarea activă, se stabilește riscul de consum de droguri. Confirmarea comportamentului de consum se realizează ulterior în cadrul serviciilor sociale specializate pentru adolescenții consumatori de droguri.

Identificarea activă a adolescenților consumatori de droguri presupune observarea comportamentului adolescenților și/ sau aplicarea unui set de întrebări pentru evaluarea riscului de consum de substanțe psihoactive. Aceasta se poate realiza neselectiv sau selectiv.

Identificarea activă neselectivă se realizează astfel:

- i) în cadrul unităților de învățământ preuniversitar, prin monitorizarea și observarea comportamentului elevilor de către profesorii diriginți și consilierii școlari;
- ii) de către medicul de familie, pentru copiii care nu frecventează școala, în cadrul examenului anual de bilanț al sănătății.

i) Identificarea activă neselectivă din cadrul unităților de învățământ se realizează de către profesorii diriginți. Aceștia completează fișa psihopedagogică a fiecărui elev și informează părinții tutori sau susținători legali despre situația școlară, despre comportamentul elevilor. Informarea se realizează în cadrul întâlnirilor cu părinții, precum și în scris, ori de câte ori este nevoie. Fișa psihopedagogică include un număr de itemi care înregistrează factori de risc și de protecție la care este expus elevul (Anexa 1) și care sunt corelați cu diverse comportamente cu risc, între care și consumul de droguri. În situația în care profesorul diriginte consideră că elevul se află la risc sau are un comportament riscant, poate solicita intervenția profesorului consilier școlar pentru o intervenție de informare și consiliere despre un stil de viață sănătos. De asemenea, anunță părinții cu privire la posibilitatea existenței unui risc pentru sănătatea elevului, pentru a se decide cu privire la referirea către un specialist sau pentru solicitarea unei intervenții de informare și educație la nivelul clasei (prevenire selectivă și indicată). Completarea fișei psihopedagogice se bazează pe observarea, monitorizarea comportamentului fiecărui elev, pe discuția directă cu acesta, precum și pe înregistrarea *feed-back*-urilor colegilor de clasă și ale cadrelor didactice de către profesorul diriginte.

ii) Identificarea activă neselectivă de către medicul de familie se realizează pentru adolescenții în vârstă de 14 ani și 16 ani care au abandonat școala. Odată cu prezentarea adolescentului la bilanțul

anual, însoțit de părinte/ reprezentant legal, medicul de familie îi aplică chestionarul („Ai fumat, ai băut alcool, ai consumat vreodată droguri sau steroizi? Dar în ultimele 12 luni?”) și, dacă adolescentul este identificat cu risc de consum, medicul e obligat să informeze adolescentul și părintele/ reprezentantul legal despre riscurile consumului de droguri, modalitățile de reducere a riscurilor și serviciile pentru adolescenții consumatori de droguri (vezi, mai jos, conținutul informării). Începând cu adolescența, medicul de familie poate realiza interviul clinic cu părinții, după care poate continua examinarea și interviul numai cu adolescentul, pentru a facilita o relație de încredere și împărtășirea informațiilor cu privire la probleme de sănătate pe care adolescentul le ascunde față de părinți. Medicul de familie va încuraja și sprijini comunicarea adolescentului cu părinții/ reprezentantul legal.

Identificarea activă selectivă se realizează în situațiile în care sunt observate modificări comportamentale, respectiv semne evocatoare de consum de droguri, de către oricare dintre profesioniștii cu care adolescentul intră în contact în cadrul serviciilor, precum și în arest, centrele educative, centrele de detenție și penitenciarele pentru tineri. Imediat după identificare, se face informarea (vezi, mai jos, conținutul informării).

### b) Identificarea pasivă

Identificarea pasivă se realizează prin solicitarea directă de servicii fie de către adolescentul consumator de droguri – care se adresează singur serviciului sau însoțit de părinte/ reprezentant legal –, fie de către părinte/ reprezentant legal.

În cazul adolescentului care se adresează singur serviciului, se aplică următoarele proceduri, în ordine cronologică:

1) Înregistrarea se face pe baza codului numeric personal (CNP). Dacă adolescentul nu are actul de identitate la el sau dorește să rămână anonim la prima adresare, înregistrarea se face conform codificării prevăzute de art. 28 și art. 29 din Ordinul ministrului Sănătății publice și al ministrului Internelor și Reformei administrative nr. 770/2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, cazurile înregistrate de hepatită C (HCV) și hepatită B (HBV) în rândul consumatorilor de droguri injectabile și prevalența infecțiilor cu HIV, HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, respectiv: primele două litere ale numelui, primele trei litere ale primului prenume, sexul – M (masculin) sau F (feminin). După care, se înlocuiește cu înregistrarea pe baza CNP, când adolescentul se prezintă ulterior cu actul de identitate sau însoțit de părinți/ reprezentantul legal.

2) După înregistrare, are loc prima ședință de informare, motivare și sprijin pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal, stabilindu-se ca, la următoarea ședință, adolescentul să vină însoțit de părinți/ reprezentantul legal. La ședință participă doi profesioniști, dacă adolescentul are vârsta sub 16 ani.



3) Dacă adolescentul identificat pe bază de CNP nu revine la următoarea întâlnire, se anunță SPAS/ DGASPC de sector pentru efectuarea unei vizite de monitorizare privind respectarea drepturilor copilului la domiciliul acestuia.

4) Dacă adolescentul identificat pe bază de cod nu revine la următoarea întâlnire, se anunță codul la CPECA pentru verificarea ulterioară a adresabilității adolescentului în sistem.

### *2.4.1.2. Informarea, motivarea și sprijinul pentru implicarea părinților sau reprezentantului legal*

Adolescenții cu risc de consum sau consumatori de droguri primesc următoarele informații despre:

- riscurile consumului de droguri;
- modalități de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri;
- serviciile medicale, psihologice și sociale disponibile;
- condițiile în care pot primi servicii de asistență pentru consumul de droguri, respectiv prin implicarea părinților/ reprezentantului legal;
- cadrul legal al păstrării confidențialității cu privire la situația de consum;
- conținutul și beneficiile unui program de asistență a consumatorilor de droguri.

Informarea se face atât direct, cât și prin intermediul materialelor informative tipărite, video sau online.

În cursul întâlnirii/ ședinței de informare, pe baza discuției cu adolescentul cu risc de consum sau consumator de droguri, neînsoțit de părinte/ reprezentant legal, profesionistul poate decide că este necesară o întâlnire suplimentară pentru continuarea informării și/ sau motivarea adolescentului pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal în vederea continuării demersurilor de asistență.

Motivarea adolescentului constă în a-l face să înțeleagă beneficiile asistenței și necesitatea consimțământului și implicării părinților/ reprezentantului legal. Cu acest scop, profesionistul poate oferi sprijin prin diverse acțiuni, stabilite de comun acord cu adolescentul, precum: discuție directă cu părinții la domiciliul acestora, discuție telefonică, invitație prin adresă oficială ș.a.

Schimbul de seringi sau oferirea acestora nu face parte din modalitățile de motivare și sprijin, ci reprezintă un serviciu profilactic de sănătate și se realizează conform normelor din domeniul sănătății. Ca excepție, în etapa de pre-tratament, schimbul de seringi se permite numai pentru cazuri bine documentate de consum de droguri la copiii străzii.

Maximul de ședințe de informare, motivare și sprijin este de trei, după care, în cazul în care, în urma contactării părinților/ reprezentantului legal, aceștia refuză implicarea, profesioniștii notifică SPAS/ DGASPC de sector pentru efectuarea unei vizite de monitorizare privind respectarea drepturilor copilului la domiciliul acestuia. Notificarea este valabilă și în cazul în care părinții/ reprezentantul legal participă la întâlnirea/ întâlnirile de informare și nu sunt de acord cu continuarea demersurilor de asistență.

Dacă nici în urma vizitei de monitorizare din partea SPAS/ DGASPC de sector, părinții/ reprezentantul legal nu doresc să se implice, se semnalează caz de neglijare la DGASPC, pentru a fi evaluat de către compartimentul specializat.

În cazurile în care părinții/ reprezentantul legal participă la întâlnirea/ întâlnirile de informare și sunt de acord cu continuarea demersurilor de asistență, cazul se referă la CPECA.

### 2.4.1.3. Referirea la CPECA pentru management de caz

CPECA este instituția care, potrivit legislației, are atribuția de a asigura managementul de caz pentru persoana care consumă droguri, inclusiv pentru adolescentul care consumă droguri.

Profesioniștii care identifică adolescenți cu risc de consum sau consumatori de droguri sunt obligați să refere cazul la CPECA imediat după identificarea adolescentului, indiferent de implicarea sau nu a părinților/ reprezentantului legal. În cazul UPU, referirea se face după încheierea tratamentului de urgență.

Referirea include informații despre:

- date de identificare a adolescentului;
- date de identificare a părinților/ reprezentantului legal sau menționarea lipsei de implicare a acestora și a notificării SPAS;
- riscul de consum sau consumul declarat/ documentat.

În situația descrisă la lit. b), CPECA ține legătura cu SPAS/ DGASPC, pentru referirea ulterioară a cazului la CPECA, sau cu DGASPC, pentru a urmări evoluția rezolvării cazului de neglijare.

### 2.4.2. Etapa de asistență

Accesul unui adolescent care consumă droguri în sistemul de asistență se realizează:

- la solicitarea directă a părintelui sau reprezentantului legal;
- prin dispoziția procurorului sau a altui organ judiciar;
- în cazuri de urgență.

<b>Nivel 2</b>	<b>Acțiuni</b>	<b>Solicitant</b>	<b>Instituții/ organizații</b>
	Evaluare Planificarea asistenței (PIA) Acord de asistență Furnizarea serviciilor Evaluarea implementării PIA (Re)integrarea socială	Părinte / reprezentant legal  Organ judiciar	CPECA Alte centre autorizate CSM Asistență medicală de specialitate în ambulatoriu (psihiatrie pediatrică) Arest/ Centre educative/ Centre de detenție/ Penitenciare pentru tineri

**Nivel 3**

**Instituții/ organizații**

Asistență medicală spitalicească (secții de dezintoxicare, secții de psihiatrie pediatrică)

Comunități terapeutice

Procesul de furnizare a serviciilor de asistență pentru consumatorul de droguri, implicit pentru adolescentul consumator de droguri, este implementat prin intermediul metodei managementului de caz, care include următoarele etape specifice:

- 1) Realizarea evaluării;
- 2) Planificarea asistenței prin:
  - i) utilizarea criteriilor de orientare, pentru identificarea programului integrat de asistență (PIT) celui mai adecvat nevoilor depistate în urma evaluării;
  - ii) includerea într-un PIT și stabilirea unui plan individualizat de asistență (PIA);
  - iii) obținerea acordului de asistență;
- 3) Furnizarea serviciilor prevăzute în PIA;
- 4) Monitorizarea și evaluarea implementării PIA;
- 5) (Re)integrarea socială.

Managementul de caz pentru adolescenții care consumă droguri și care nu sunt spitalizați prezintă particularități pentru anumite situații în care se află adolescentul și care fac obiectul intervenției DGASPC:

- a) necesită/ are măsură de protecție specială;
- b) este victimă a violenței;
- c) este copil cu dizabilități;
- d) este copil al străzii.

În toate situațiile de mai sus, CPECA colaborează cu DGASPC pentru corelarea PIA cu celelalte măsuri de protecție și planuri specifice fiecărei situații în parte, respectiv: plan individualizat de protecție pentru copiii din sistemul de protecție specială, plan de reabilitare și/ sau reintegrare socială pentru copiii victime ale violenței și plan de abilitare-reabilitare pentru copiii cu dizabilități.

### 2.4.2.1. Evaluarea

Evaluarea este realizată de CPECA și centrele autorizate de ANA pe cinci arii:

- istoricul personal și de consum de droguri și semnele specifice ale intoxicației și/sau sindromului de abinență; condiții biomedicale și complicații curente;
- condiții biomedicale și complicații curente care, deși nu au legătură cu sindromul de abinență sau cu intoxicarea, necesită tratament deoarece pot genera riscuri ori pot complica procesul de asistență și reabilitare;
- condiții psihologice și/sau psihiatrice, motivație, risc de recădere;
- condiții sociale și familiale;
- situația juridică.

Obiectivul evaluării este identificarea caracteristicilor individuale ale adolescentului consumator de droguri, în vederea selectării PIT și individualizării serviciilor medicale, psihologice, sociale și educaționale în cadrul acestuia. În cadrul evaluării, se verifică dacă într-adevăr adolescentul consumă droguri, ce, cum și cât consumă; uneori, adolescentul este referit spre evaluare numai cu suspiciunea de consum; rolul evaluării este în primul rând să obțină confirmarea adolescentului cu privire la consum.

Interviurile se vor realiza mai întâi cu părinții sau reprezentantul legal (un reprezentant al acestuia care este un adult relevant pentru adolescent; de exemplu, un educator din instituția în care este îngrijit adolescentul, cu care acesta are o relație bună, de încredere). Interviul adolescentului se realizează separat. Limitele confidențialității interviului se stabilesc împreună cu acesta. Profesionistul va asigura adolescentul că va păstra confidențialitatea informațiilor pe care acesta dorește să nu le încredințeze părinților sau reprezentantului legal, dar va explica de la început faptul că, progresiv, informațiile relevante pentru siguranța adolescentului trebuie să fie împărtășite cu aceștia și că profesionistul îi va acorda sprijinul pentru a comunica deschis cu părinții sau reprezentantul legal.

Prin aplicarea metodei managementului de caz, evaluarea este realizată de către managerul de caz din cadrul CPECA, în colaborare cu membrii echipei multidisciplinare (medic, psiholog, asistent social). După caz, pentru evaluarea psihiatrică, CPECA va colabora cu medicul specialist în psihiatrie pediatrică, iar pentru realizarea evaluării complete, se va adresa și coordona cu alte servicii medicale, psihologice și sociale existente în comunitate, în cazul în care nu există, la momentul evaluării, echipa completă prevăzută de Ordinul nr. 1.389/2008. Managerul de caz identifică, de asemenea, cadrul didactic care îi poate oferi o evaluare educațională a adolescentului, iar în situația în care adolescentul nu frecventează școala, se ia legătura cu inspectoratul școlar, pentru identificarea unor soluții de reintegrare școlară/ profesională.

În situația în care procurorul a dispus evaluarea în vederea includerii într-un program de asistență pentru un copil care nu a împlinit vârsta de 16 ani, managerul de caz solicită participarea delegatului autorității tutelare la ședința/ ședințele de evaluare, precum și a părinților/ reprezentantului legal și colaborează cu structura (SPAS/ DGASPC) care efectuează ancheta socială dispusă de organul de urmărire penală.

### 2.4.2.2. Planificarea asistenței

În cadrul centrelor autorizate pentru asistența adolescenților consumatori de droguri, planificarea asistenței este realizată prin agreearea unui PIA, cu consultarea adolescentului și a părinților/ reprezentantului său legal. Planul individualizat de asistență cuprinde obiectivele procesului de asistență și totalitatea serviciilor destinate asistenței adolescentului care consumă droguri, în concordanță cu nevoile identificate, care cuprind în general două tipuri de intervenții: farmacologice și psihosociale. Alături de acestea, se au în vedere de la început serviciile educaționale necesare și reintegrarea socială a copilului.

Prin evaluarea pe cinci arii și aplicarea criteriilor orientative, se selectează unul dintre cele patru PIT, care personalizează serviciile terapeutice, psihologice și sociale, ținând cont de nevoile specifice ale adolescentului și familiei, precum și de serviciile disponibile în comunitate. Planificarea asistenței pentru consumatorii de droguri în baza PIT asigură o abordare unitară și o standardizare a asistenței, dar utilizarea acestora trebuie să fie flexibilă și să țină cont de particularitățile fiecărui caz în parte. PIT implică un sistem cuprinzător de programe complementare, simultane sau secvențiale, care structurează modalitatea de acordare a serviciilor într-o manieră integrată și continuă:

PIT 1 – Program drog 0 de intensitate mică

Risc minim în toate ariile.

PIT 2 – Drog 0

- Risc de intoxicație/ sevraj de intensitate mică și risc minim în aria biomedicală, dar cu risc moderat în orice altă arie.

PIT 3 – program drog 0 cu stabilizare

- Risc de intoxicație/ sevraj de severitate moderată sau risc moderat în aria biomedicală sau psiho-emoțională, plus risc crescut în orice altă arie.

PIT 4 – program de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

- Risc sever datorat intoxicației/ sevrajului sau semnelor/ simptomelor medicale sau emoționale/ comportamentale.

Serviciile de reducere a riscurilor vor fi luate în considerare pentru situațiile în care beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare sau atunci când se previne infectarea cu HIV, HBV sau HCV a adolescentului care consumă droguri și care se află în situații de recădere (consum injectabil), în timp ce este implicat programul terapeutic care vizează întreruperea consumului sau până când adolescentul care consumă droguri își implică familia ori reprezentantul legal și se adresează serviciilor de asistență care pot oferi servicii drog 0.

Acordul de asistență este prevăzut de anexa 4 din HG nr. 860/2005 și este obligatoriu. Obiectivele și serviciile planificate pentru asistență sunt concret incluse în acordul de asistență medicală, psihologică și socială. Acordul de asistență este semnat de părinte/ reprezentant legal, precum și de adolescent.

### *2.4.2.3. Furnizarea serviciilor prevăzute în PIA*

Furnizarea serviciilor prevăzute în PIA presupune participarea atât a adolescentului, cât și a părinților/ reprezentantului legal. Deși obligativitatea tratamentului poate fi impusă în unele situații, în cele mai multe aceasta nu se poate realiza și este important ca părinții/ reprezentantul legal să beneficieze de servicii de consiliere și/sau instruire în scopul dobândirii unor abilități de motivare și încurajare, în procesul de recuperare, a adolescentului care consumă droguri.

Condițiile furnizării serviciilor de asistență pentru adolescenții consumatori de droguri sunt următoarele:

- a) solicitarea și consimțământul din partea părinților/ reprezentantului legal pentru accesarea serviciilor de asistență pentru consumul de droguri;
- b) implicarea părinților/ reprezentantului legal în identificarea și accesarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri;
- c) asigurarea confidențialității privind consumul de droguri;
- d) asigurarea accesului și a gratuității serviciilor de asistență pentru consumul de droguri;
- e) asigurarea unei intervenții individualizate, flexibile și integrate.

a) Solicitarea și consimțământul din partea părinților/ reprezentantului legal pentru accesarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri

Adolescenții consumatori de droguri pot beneficia de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri numai la solicitarea și cu consimțământul părinților/ reprezentantului legal.

De asemenea, în toate etapele asistenței acordate unui adolescent consumator de droguri, acesta trebuie să fie implicat, să se caute cooperarea și consimțământul acestuia.

Fișa de consimțământ pentru accesarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri este semnată de către părinți; se solicită și semnătura adolescentului pe fișa de consimțământ, pentru evaluare și furnizarea serviciilor.

b) Implicarea părinților/ reprezentantului legal în identificarea și accesarea serviciilor specializate de asistență pentru consumul de droguri

Părinții reprezintă o resursă importantă pentru adolescent în ceea ce privește aderarea acestuia la tratament și frecventarea serviciilor din PIA. Implicarea lor privește atât acompanierea adolescentului, atunci când este cazul, și sprijinul emoțional și motivațional pe care îl acordă adolescentului, cât și participarea la activitățile care le sunt adresate direct în PIA.

Un alt aspect care e de dorit să se aibă în vedere este implicarea celorlalți membri ai familiei și/sau a altor persoane de atașament/ importante pentru adolescent.

c) Asigurarea confidențialității privind consumul de droguri

Confidențialitatea privind comportamentul de consum de droguri se asigură în toate etapele de asistență: pe parcursul identificării, al asistenței propriu-zise, în cadrul managementului de caz, în etapa de reintegrare școlară. Păstrarea confidențialității constituie condiția principală a integrării școlare și sociale a adolescentului consumator de droguri. Totodată, confidențialitatea vizează protejerea imaginii și a vieții private a adolescentului, inclusiv în relație cu presa.

d) Asigurarea accesului și a gratuității serviciilor de asistență pentru consumul de droguri

Autoritățile naționale și locale trebuie să aibă în vedere înființarea serviciilor necesare asistenței pentru adolescenții consumatori de droguri, cu precădere a centrelor autorizate. Necesitatea înființării acestor centre revine ANA, prin CPECA și SPAS, prin intermediul diagnozei sociale.

e) Asigurarea unei intervenții individualizate, flexibile și integrate

Asistența adolescentului consumator de droguri trebuie să aibă la bază particularitățile individuale ale acestuia, din perspectivă medicală, psihologică, socială și educațională și să fie ajustată la aceste particularități pe tot parcursul procesului de asistență, în urma monitorizării și evaluării periodice.

### 2.4.2.4. Monitorizarea și evaluarea implementării PIA

Monitorizarea și evaluarea implementării PIA se realizează de către managerul de caz sau, în cazul în care PIA este elaborat și realizat integral de un centru autorizat, de către persoana responsabilă din centru, cu consultarea managerului de caz. Monitorizarea și evaluarea PIA presupun menținerea legăturii dintre managerul de caz și profesioniștii care furnizează serviciile, prin mijloace de comunicare și activități agreeate de aceștia. La intervale periodice, profesioniștii transmit rapoarte de monitorizare managerului de caz.

În situațiile în care se constată faptul că unele măsuri nu au putut fi implementate sau nu au avut rezultatele scontate, PIA se poate modifica, de comun acord cu părintele/ reprezentantul legal al adolescentului, precum și cu acesta.

Încheierea intervențiilor este condiționată de realizarea obiectivelor propuse în PIA.

### 2.4.2.5. (Re)integrarea socială

(Re)integrarea socială a adolescentului consumator de droguri reprezintă finalitatea oricărui PIA. Dacă obiectivul general al PIA este reprezentat de reabilitarea adolescentului, cu precădere din punct de vedere medical și psihologic, atunci scopul său final este reprezentat de bunăstarea adolescentului în cadrul familiei și al comunității, inclusiv în ceea ce privește continuarea studiilor. În consecință, serviciile psihologice, sociale și educaționale din PIA contribuie în mod semnificativ la reintegrarea socială a adolescentului, însă acestea nu sunt suficiente, fiind necesare și intervenții la nivelul comunității.

Ca specific al oricărui proces de reintegrare socială a adolescentului consumator de droguri, serviciile psihologice, sociale și educaționale trebuie să aibă în vedere dezvoltarea deprinderilor de viață independentă, inclusiv a abilităților sociale, a motivației și capacității de a învăța și de a-și asuma responsabilitățile corespunzătoare vârstei și situației în care se află.

În ceea ce privește reintegrarea școlară, se are în vedere asigurarea unui circuit cât mai limitat al informației cu privire la comportamentul de consum, pentru a evita expunerea adolescentului la forme de violență. Cât timp se află sub tratament în regim ambulatoriu, adolescentul consumator de droguri va fi integrat în cursuri de zi sau cu frecvență redusă.

La nivelul comunității, în unitățile de învățământ și în celelalte servicii care acordă asistență adolescenților consumatori de droguri, se asigură activități de informare, sensibilizare cu privire la situația acestor copii și la obligația de a se asigura integrarea nediscriminatorie a acestora, precum și confidențialitatea cu privire la comportamentul de consum de droguri.



### 3. Roluri și responsabilități în identificarea, informarea, motivarea și asistența adolescentului consumator droguri

Tabel cu rolurile serviciilor de asistență pentru adolescenții consumatori de droguri

Roluri/ Servicii		Asistență medicală primară		Medicină școlară	Psihiatrie pediatrică	Toxicologie/Dezintoxicare	UPU	Servicii psihologice conexe	CSM	Servicii sociale	Comunități terapeutice	Centru de zi specializat	Servicii de reducere a riscurilor	Servicii educaționale	CPECA
		Medic de familie	AMC												
Identificare	Activă	X	X	X						X				X	
	Pasivă				X	X	X	X	X	X			X		X
Informare		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Motivare și sprijin				X						X			X	X	X
Referire		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluare					X			X	X	X	X	X	X		X
Planificarea asistenței (PIA)					X			X	X	X	X	X	X		X
Acord					X			X	X	X	X	X	X		X
Furnizarea serviciilor					X			X	X	X	X	X	X		X
Monitorizarea și evaluarea implementării PIA					X			X	X	X	X	X	X		X
Reintegrare socială					X			X	X	X	X	X	X		X

### 4. Colaborarea CPECA – DGASPC

CPECA și DGASPC încheie un protocol de colaborare în care sunt prevăzute modalitățile de colaborare și procedurile interinstituționale care se aplică pentru prevenirea consumului de droguri și asistența adolescenților consumatori de droguri care fac obiectul intervenției DGASPC (vezi 2.4.2.). Protocolul include cel puțin următoarele:

- a) modalitățile de prevenire;
- b) identificarea adolescenților cu risc de consum și consumatori de droguri;
- c) referirea cazului la CPECA;
- d) colaborare pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal în asistența pentru consumul de droguri;
- e) gestionarea cazurilor de urgență medicală;
- f) evaluarea adolescenților consumatori de droguri;
- g) corelarea PIA cu celelalte planuri;
- h) schimbul de informații, colectarea de date și realizarea de statistici.

#### a) Modalitățile de prevenire

Copiii din sistemul de protecție specială primesc informații despre riscurile și consecințele consumului de droguri, precum și despre asistența în caz de consum (vezi 2.4.1.2) în cadrul activităților de educație non-formală cuprinse în planul individualizat de asistență. Acestea se pot realiza prin intermediul educatorilor specializați din serviciile rezidențiale, precum și cu sprijinul CPECA și al organizațiilor neguvernamentale de profil.

Una dintre cele mai eficiente metode de prevenire este formarea personalului. Astfel, personalul din serviciile rezidențiale, asistenții maternali și managerii de caz este necesar a fi formați în identificarea semnelor de consum și managementul de caz pentru adolescenții consumatori de droguri, cu sprijinul CPECA, al organizațiilor neguvernamentale de profil și al furnizorilor autorizați de formare profesională.

#### b) Identificarea adolescenților cu risc de consum și consumatori de droguri

Personalul din sistemul de protecție a copilului poate identifica activ neselectiv adolescenții cu risc de consum și pasiv adolescenții consumatori de droguri (vezi 2.4.1.1). O atenție specială se acordă copiilor străzii, unde identificarea se realizează de către serviciile sociale stradale ale DGASPC sau ale organismelor private acreditate, inclusiv serviciile sociale stradale care aparțin de anumite

servicii sociale specializate pentru adolescenții consumatori de droguri – de exemplu, serviciul de reducere a riscurilor (care este și centru autorizat de ANA).

### c) Referirea cazului la CPECA

Managerul de caz din cadrul DGASPC contactează CPECA în vederea desemnării unui manager de caz responsabil de componenta asistenței pentru consumatorii de droguri și care urmează să stabilească și să monitorizeze implementarea PIA și PIT. În această situație, se aplică standardele atât pentru managementul de caz în domeniul protecției copilului, cât și cele din domeniul asistenței consumatorului de droguri.

În vederea referirii, adolescentul este pregătit de către psiholog și asistentul social, pentru a fi motivat să acceseze serviciile de asistență. Planificarea unei întâlniri cu specialiștii CPECA ține cont de opțiunea adolescentului, în funcție de vârsta, capacitatea de discernământ și, după caz, tipul dizabilității, și se va face cu acordul părinților/ reprezentantului legal.

În cazul adolescenților care aparțin grupului vulnerabil de copii ai străzii, referirea se face de către serviciul social stradal.

### d) Colaborare pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal în asistența pentru consumul de droguri

Responsabil pentru implicarea părinților/ reprezentantului legal în ceea ce privește solicitarea de asistență și consimțământul pentru accesarea serviciilor de asistență este managerul de caz din DGASPC:

- În situația adolescenților din sistemul de protecție specială, părinții sunt contactați prin intermediul SPAS. Dacă nu este posibilă deplasarea lor la CPECA, pentru semnarea acordului de asistență, acesta poate fi transmis la SPAS și semnat în prezența personalului SPAS/ primăriei, fiind transmis înapoi managerului de caz.

- În situația adolescenților din sistemul de protecție specială cu reprezentant legal, numit în baza Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare, managerul de caz obține acordul de asistență semnat de către aceștia și îl transmite managerului de caz din CPECA.

- În situația adolescenților victime ale violenței, precum și a copiilor cu dizabilități din familie, consumul de droguri poate fi suspiciat din etapa de evaluare a situației de violență/ în vederea încadrării în grad de handicap sau în etapa de furnizare a serviciilor cuprinse în planul de reabilitare și/sau reintegrare socială, respectiv planul de abilitare-reabilitare. Indiferent de momentul identificării riscului de consum sau al consumului, managerul de caz este responsabil cu informarea părinților/ reprezentantului legal și cu obținerea acordului de asistență, în funcție de locul în care se află aceștia: la DGASPC (în timpul evaluării) sau la domiciliu (în timpul furnizării de servicii).

Pentru cei aflați la DGASPC, acordul se semnează la DGASPC sau la CPECA. Pentru cei aflați la domiciliu, fie se deplasează la CPECA, fie se transmite prin SPAS (vezi mai sus).

- În situația adolescenților de pe stradă, implicarea părinților se face în funcție de tipologia de care aparține adolescentul (copiii străzii care se întorc seara în familie, copiii străzii care locuiesc pe stradă sau familii cu copii în stradă) și de numirea managerului de caz (numai copiilor pentru care urmează să se decidă o măsură de protecție le este numit un manager de caz). Pentru cei care se întorc seara în familie, contactarea și implicarea părinților revine serviciului social stradal și SPAS, fiind cazuri de prevenire. Pentru cei care trăiesc pe stradă și pentru care se pot identifica părinți, contactarea și implicarea părinților revine SPAS de la domiciliul părinților, la solicitarea serviciului social stradal. Iar pentru cei care trăiesc cu familia pe stradă, implicarea părinților revine serviciului social stradal. În ultimele două situații, SPAS și serviciul social stradal colaborează cu managerul de caz, atunci când este numit. Adolescentul consumator de droguri aflat în stradă, precum și părinții acestuia care refuză măsura de protecție sunt informați cu privire la existența serviciilor destinate persoanelor cu adicții și a modalităților de accesare a acestora.

Responsabil pentru implicarea părinților în asistența pentru consumatorii de droguri, inclusiv pentru serviciile care li se adresează, este managerul de caz de la CPECA.

### e) Gestionarea cazurilor de urgență medicală

Toate cazurile de urgență medicală se trimit la UPU, indiferent de prezența sau nu a părinților/ reprezentantului legal, aceștia fiind anunțați ulterior de UPU.

În situația în care adolescentul consumator de droguri ajunge la UPU, este înștiințat părintele, iar în absența unui părinte/ reprezentant legal, este sesizată Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului.

### f) Evaluarea adolescenților consumatori de droguri

Atunci când, din diverse motive, adolescenții nu pot fi aduși la CPECA pentru evaluare, specialiștii CPECA se deplasează la centrul de plasament în care locuiește adolescentul sau referă această sarcină altui centru autorizat.

## Anexe

### Anexa 1. Instrumente pentru determinarea riscului de consum de droguri

#### A. Grila de înregistrare a factorilor de risc și de protecție – instrument-anexă la fișa psihopedagogică a elevului

1. *Cu privire la anul școlar anterior, randamentul academic al elevului:*

- a. S-a îmbunătățit
- b. Este la fel
- c. A scăzut puțin
- d. A scăzut considerabil

2. *Rezultatele sale academice:*

- a. Sunt mai bune la materiile.....
- b. Sunt mai slabe la materiile.....
- c. La fel la aproape toate materiile

3. *Elevul pare să aibă tehnici adecvate de studiu:*

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| a. Își planifică munca:                 | Da ___ | Nu ___ |
| b. Este frecvent distras când studiază: | Da ___ | Nu ___ |
| c. Are o metodă de studiu adecvată:     | Da ___ | Nu ___ |
| d. Are un loc adecvat în care studiază: | Da ___ | Nu ___ |
| e. Știe să își ia notițe:               | Da ___ | Nu ___ |

4. *Elevul:*

- a. Asistă în mod regulat la ore
- b. Nu asistă în mod regulat la ore

5. *Atitudinea lui în clasă este de obicei:*

\_ Atent      \_ Se implică în muncă      \_ Își face temele      \_ Deranjează      \_ Participă  
\_ Nu este atent      \_ Nu se implică în muncă      \_ Nu își face temele      \_ Nu deranjează      \_ Nu participă

6. *Se poate spune că este un elev:*

- a. Integrat cu colegii săi
- b. Integrat în activitățile școlii

- c. Nu este integrat cu colegii săi
  - d. Nu este integrat în activitățile școlii
7. *Cu privire la regulamentele școlii:*
- a. Îndeplinește majoritatea regulilor/ normelor
  - b. Are multe absențe
  - c. A avut vreun conflict anul acesta
  - d. Nu ține cont de majoritatea regulilor/ normelor
  - e. Nu are multe absențe
  - f. Nu a avut niciun conflict anul acesta
8. *Elevul:*
- a. Are clară/ asumată decizia de a continua studiile
  - b. Nu are această decizie atât de clară
  - c. Dorește să abandoneze studiile
9. *În ultima vreme, elevul arată:*
- a. Comportamente agresive
  - b. Comportamente provocatoare
  - c. Ostilitate
  - d. Impulsivitate în rezolvarea problemelor sau în luarea deciziilor
  - e. Schimbări bruște ale stării de spirit (nervi, apatie...)
  - f. Schimbări ale felului în care arată (scăderi în greutate în timp scurt, lipsa igienei corespunzătoare....)
10. *În general, elevul:*
- a. Știe să relaționeze cu colegii săi
  - b. Știe să relaționeze cu profesorii și personalul școlii
  - c. Nu știe să relaționeze cu colegii săi
  - d. Nu știe să relaționeze cu profesorii și personalul școlii
11. *Colegii săi:*
- a. De obicei se plâng de comportamentul său
  - b. Nu se plâng de obicei de comportamentul său
12. *În ultima vreme, elevul a fost implicat în acte de vandalism sau furt: \_\_ Da \_\_ Nu*
13. *Elevul își ocupă cea mai mare parte din timpul liber cu:*
- a. Sport

- b. Ieșiri în baruri și discoteci
- c. În casa vreunui prieten
- d. Acasă
- e. Pe stradă
- f. Altele: \_\_\_\_\_

14. *Pasiunile (hobby-urile) cunoscute ale elevului sunt:* \_\_\_\_\_

15. *Elevului îi place să iasă cu:*

- a. Colegii de școală
- b. Prieteni din cartier
- c. Familia
- d. Singur
- e. Altele: \_\_\_\_\_

16. *Elevul iese de obicei cu persoane:*

- a. Consumatoare de droguri legale
- b. Consumatoare de droguri ilegale
- c. Cu comportamente antisociale
- d. Care nu consumă droguri legale
- e. Care nu consumă droguri ilegale
- f. Fără comportamente antisociale

17. *Orele de ajuns acasă ale elevului sunt:*

- a. În timpul săptămânii, la orele: \_\_\_\_\_
- b. La sfârșit de săptămână, la orele: \_\_\_\_\_
- c. Nu are oră de ajuns acasă la sfârșit de săptămână
- d. Nu are oră de ajuns acasă în nicio zi a săptămânii

18. *Elevul beneficiază de vreo formă de plată (bursă, indemnizație, bani de la părinți/ familie):*

\_\_\_ Da \_\_\_ Nu;

\_\_\_\_\_ lei pe săptămână

19. *În comparație cu ceilalți colegi, de obicei elevul dispune de:*

- a. Mai mulți bani
- b. Cam aceeași cantitate de bani
- c. Mai puțini bani

20. *Elevul este consumator de:*

- a. Tutun: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- b. Alcool: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- c. Canabis: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- d. Pastile: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- e. Cocaină: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- f. Etnobotanice: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- g. Heroină: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_\_\_\_
- h. Alte droguri ilegale: \_\_ zilnic; \_\_ la sfârșit de săptămână; \_\_ sporadic; Cantitatea: \_\_

21. *Structura familială a elevului este:*

Tată \_\_

Mamă \_\_

Număr de frați: \_\_\_\_; poziția pe care o ocupă elevul: \_\_\_\_\_

22. *Elevul locuiește cu:* \_\_\_\_\_

23. *Stilul educativ al familiei tinde a fi:*

- a. Permisiv
- b. Autoritar
- c. Democratic

24. *Familia elevului are norme și reguli de funcționare clare și care sunt urmate cu consecvență:* \_\_ Da; \_\_ Nu

25. *Relația elevului cu familia sa este, în general:*

- a. Adecvată
- b. Inadecvată

26. *În familia elevului există probleme importante cu privire la:*

- a. Tratamente abuzive
- b. Șomaj
- c. Consum de substanțe
- d. Activități ilicite/ delincvente

27. *Părinții se implică în activitățile școlii:*

- a. La ședințe vin întotdeauna sau aproape întotdeauna împreună
- b. La ședințe vine un singur părinte întotdeauna sau aproape întotdeauna
- c. De obicei nu vine niciunul dintre părinți la ședințe



- d. De obicei participă amândoi la activitățile organizate de școală
- e. De obicei participă unul din ei la activitățile organizate de școală
- f. De obicei nu participă niciunul la activitățile organizate de școală

28. Mama sau tatăl elevului îl controlează de obicei la teme: \_\_ Da; \_\_ Nu

29. Cartierul în care locuiește elevul:

- a. Dispune de puține resurse pentru tineri (săli/ terenuri de sport accesibile; cluburi/ asociații educative, civice, de tineri...)
- b. Dispune de resurse suficiente pentru tineri
- c. Este un cartier conflictual (droguri, delincvență etc.)
- d. Nu este un cartier conflictual, în mod special

30. Elevul cunoaște resursele pe care le are în cartierul său: \_\_ Da; \_\_ Nu.

### B. Factorii de risc și de protecție<sup>1</sup>

- Factori de risc ai comunității:
  - *Deprivare economică și socială.* Copiii care trăiesc în medii sociale disfuncționale și în grupuri care au legătură cu criminalitatea au puține șanse de evoluție socială și este mult mai probabil să deprindă comportamente antisociale și să aibă probleme legate de consumul de droguri.
  - *Lipsa atașamentului în copilărie și dezorganizarea comunitară.* Multe dintre problemele legate de droguri apar în comunități sau cartiere în care oamenii au un atașament scăzut față de comunitate, unde indicatorii de vandalism și crimă sunt mari și acolo unde există o vigilență scăzută privind activitatea în locurile publice.
  - *Tranziții și mobilități.* În etapele de tranziție de la școala primară spre cea secundară sau de la aceasta spre liceu, se poate produce o creștere semnificativă a consumului de droguri și a altor comportamente-problemă. De asemenea, comunitățile ce se caracterizează prin indici mari de mobilitate par a fi într-o mai mare măsură relaționate cu un risc crescut atât al comportamentelor criminale, cât și al problemelor legate de droguri în familie.
  - *Disponibilitatea drogurilor.* Cu cât drogurile și alcoolul sunt mai disponibile în comunitate, cu atât este mai mare riscul ca tinerii să consume abuziv droguri în acea

---

<sup>1</sup> După Patterson WM și colaboratorii.

comunitate. Disponibilitatea percepută a drogurilor și alcoolului este, de asemenea, asociată cu o creștere a riscului.

- Factori de risc familiali:

- *Istorie familială de alcoolism.* În cazul în care copilul s-a născut sau a fost crescut într-o familie cu o istorie de alcoolism, riscul de a avea probleme legate de alcool sau droguri crește.
- *Probleme de control ale familiei.* Strategiile inadecvate de gestionare familială, incluzând lipsa clară a expectativelor comportamentale, eșecul părinților în a-și controla copiii și pedepsirea excesiv de severă sau inconsistentă crește riscul de abuz de droguri.
- *Părinți care consumă alcool sau droguri și cu atitudini pozitive față de consum.* În familiile în care părinții consumă în mod abuziv alcool sau droguri ilegale sau în familiile în care părinții prezintă atitudini permissive în cazul în care copiii consumă substanțe, există o probabilitate mai mare ca acești copii să consume abuziv alcool și droguri în adolescență.

- Factori de risc școlari:

- *Comportament timpuriu antisocial.* Copiii care sunt agresivi în jocurile din copilărie sau la școala primară au un risc mai mare de abuz de substanțe. Când un comportament agresiv timpuriu este coroborat cu izolarea sau abandonul, hiperactivitatea crește riscul de probleme în adolescență.
- *Eșecul școlar.* Dacă acesta începe în ultimii ani ai școlii primare, experiența de eșec școlar crește riscul atât al abuzului de droguri, cât și al comportamentelor delincvente.

- Factori de risc individuali:

- *Alienare/ răzvrătire.* Copilul care simte că nu este parte a societății sau care nu acceptă regulile acesteia, care nu crede în încercările de obținere a reușitei sau necesitatea de a fi responsabil, care adoptă o atitudine de răzvrătire față de societate este supus unui risc mai mare de a consuma droguri.
- *Comportamente antisociale în adolescența timpurie.* Acest factor de risc include comportamente deviante în școală, abandonul școlar, implicarea în conflicte fizice cu alți copii și dezvoltarea unor comportamente delincvente.
- *Prieteni care consumă droguri.* În cazul copiilor care se asociază cu egali care consumă droguri există o probabilitate mai mare ca aceștia să devină consumatori.
- *Atitudini favorabile față de consumul de droguri.* Acestea apar în condițiile deja enunțate, de risc ale tranziției către învățământul liceal, în care se asociază situații în care tinerii asistă la încercările cunoscuților de a consuma droguri.

## Anexa 2. Informații cu privire la droguri și riscuri pentru sănătate

### Substanțele psihoactive și efectele lor

Substanța	Efecte pe termen scurt	Efecte pe termen lung
a) Alcool	Efectele pe termen scurt includ desfășurarea unor activități pe care, altfel, individul și le-ar reprima, posibila pierdere a coordonării fizice, vedere neclară, vorbire neclară și tulburări ale memoriei. Utilizarea în exces, într-un interval scurt de timp, poate determina cefalee, greață, vărsături, comă și deces.	Utilizarea în mod regulat a unor cantități mari de alcool poate determina pierderea apetitului, deficiențe vitaminice, afecțiuni tegumentare, pierderea apetitului sexual și a memoriei și afecțiuni ale ficatului și ale sistemului nervos central.  Utilizarea alcoolului în timpul sarcinii poate determina sindromul alcoolic fetal. Se pot dezvolta toleranța și dependența.
b) Nicotină	Efectele pe termen scurt sunt: senzația de creștere a vigilenței imediat după utilizare și de relaxare ulterioară; creșterea frecvenței cardiace și o creștere temporară a tensiunii arteriale. Pot apărea, de asemenea, senzație de amețeală, greață și reducerea apetitului.	Utilizarea pe termen lung a nicotinei poate determina afecțiuni pulmonare și cardiace, obstrucții vasculare (afecțiuni vasculare periferice), hipertensiune, bronșită, cancer pulmonar sau al cavității bucale (la fumătorii de pipă și cei care mestecă tutun).
c) Cannabis	Canabisul poate determina individul să se simtă euforic într-o primă fază, iar ulterior să devină relaxat și calm. Senzația de stare de bine și relaxare, scăderea inhibițiilor, a coordonării musculare și a concentrării pot fi, de asemenea, prezente. Se poate produce o creștere a frecvenței cardiace,	Utilizarea regulată pentru o perioadă îndelungată crește șansele de apariție a dependenței, determină o diminuare a funcțiilor cognitive și poate agrava problemele mintale deja existente.

	hiperemie conjunctivală și creșterea apetitului. Cantitățile mari pot determina panică, halucinații, neliniște și stare confuzională.	
d) Stimulenți	Efectele pe termen scurt includ creșterea sau întărirea activității sistemului nervos central; experimentarea unor senzații intense de intoxicație și exagerarea sentimentului de încredere în sine. Curând după aceasta se produce schimbarea dispoziției prin diminuarea senzațiilor, ceea ce poate determina indivizii să repete doza. Supradoza este mai comună la <i>crack</i> decât la alte forme de cocaină.	Efectele pe termen lung includ iritabilitate, probleme de sănătate mintală, creșterea gradului de suspiciune și interferarea în viața cotidiană a celor din jur (paranoia).
e) Opioide	Acestea produc detașare și senzația de visare, somnolență și contractarea pupilelor, greață, vărsături și constipație. Supradoza determină pierderea cunoștinței, stop respirator și deces.	Toleranța și dependența fizică și psihică se pot dezvolta rapid. Întreruperea utilizării poate determina sindromul de sevraj.
f) Depresante	Efectele sunt similare cu cele ale alcoolului. Acestea încetinesc gândirea și scad capacitatea de concentrare. Aceste substanțe pot determina vorbire neclară, somnolență, probleme de coordonare; pot cauza mahmureală. Dozele mici pot reduce senzația de anxietate, în timp ce dozele mari determină somnolență. Consumul de alcool (în același timp) mărește efectul acestora, iar dozele repetate pot fi toxice, deoarece substanța nu se metabolizează rapid. Accidentele și	Substanțele din această categorie pot determina dependența, incapacitatea de a învăța și probleme de coordonare. Convulsiile pot apărea la întreruperea utilizării substanței.

	sinuciderile sunt comune.	
g) Halucinogene	Halucinogenele pot altera dispoziția emoțională a individului, modul în care o persoană percepe mediul înconjurător, precum și modul în care o persoană își percepe propriul corp. Văzul, mirosul, auzul, gustul pot fi alterate; unii indivizi pot vedea, mirosi, gusta, simți lucruri care nu există; sau poate fi alterată conștiința lucrurilor care se întâmplă în interiorul sau exteriorul propriului corp. Alte efecte pe termen scurt sunt panica, frica sau anxietatea. „ <i>Bad trip</i> ” se referă, de obicei, la un statut emoțional/ mental perturbat, cauzat de halucinogene. Accidentele și sinuciderile sunt comune.	Se poate dezvolta toleranță. Mulți indivizi care utilizează halucinogene raportează efectul senzațiilor produse de substanță zile sau chiar luni după ce au utilizat ultima dată substanța. Aceste reluări ale efectelor din trecut sunt denumite adesea „ <i>flash-back</i> ”. Utilizarea regulată a halucinogenelor poate scădea capacitatea de memorare și concentrarea. <i>Flash-back</i> -urile pot determina dezorientare, anxietate și tulburare.
h) Inhalanți volatili	Individul se simte inițial dezinhibat și ulterior somnolent. În cazul inhalării continue pot apărea halucinații. Alte senzații includ senzația de fericire, relaxare, somnolență, vorbire neclară, iritabilitate și anxietate. Pericolul imediat este ca individul să moară prin asfixiere spontană.	În ciuda faptului că substanțele volatile sunt puțin cunoscute, utilizarea regulată pe termen lung poate determina sângerări nazale, pierderea apetitului, lipsa motivației. Unii dintre solvenți sunt toxici pentru rinichi, ficat, inimă, iar unii pot determina afectarea creierului. Sunt puține date legate de utilizarea regulată pe termen lung.

### Anexa 3. Informații cu privire la cadrul legal de furnizare a serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri

1. Accesul unui adolescent care consumă droguri în sistemul de asistență se realizează: a) la solicitarea directă a părintelui sau reprezentantului legal; b) prin dispoziția procurorului sau a altui organ judiciar; c) în cazuri de urgență; d) la finalizarea serviciilor oferite de un furnizor, cu consimțământul părintelui sau reprezentantului legal; e) la solicitarea conducerii locului de detenție. În situația în care solicitarea asistenței este formulată de procuror sau de către conducerea locului de detenție, în toate etapele evaluării va fi prezent un reprezentant al autorității tutelare sau al DGASPC.
2. Toți furnizorii de servicii din cadrul sistemului național de asistență pentru consumatorii de droguri păstrează confidențialitatea cu privire la datele personale.<sup>2</sup>
3. Managementul de caz în asistența specializată pentru consumatorii de droguri este asigurat de către CPECA sau de către DGASPC. Cele două instituții vor colabora pentru asigurarea serviciilor necesare pentru asistența adolescentului care consumă droguri.

### Anexa 4. Fișa de înregistrare la servicii a adolescentului care consumă droguri (se completează pentru adolescenții care se autoreferă la servicii)

#### Fișa de înregistrare a prezentării la servicii – adolescent care consumă droguri

Data: \_\_\_\_\_ Numele persoanei care a completat fișa: \_\_\_\_\_

<b>NUMELE ȘI PRENUMELE</b>	
COD [primele două litere ale numelui de familie, primele trei litere ale prenumelui, luna nașterii (două cifre), anul nașterii (ultimele două cifre)]	
Data nașterii	
Document de identitate	

<sup>2</sup> Cf. Legea 143/2000, actualizată în 2014, art. 24.

Adresă	
Număr de telefon	
Persoana de contact/ relația cu persoana de contact/ număr de telefon	
Părinte/ reprezentant legal/ număr de telefon	
Școala/ clasa	
Medic de familie (date de contact)	
Prezentare (autoreferire sau însoțit, de cine)	
Problema pentru care s-a adresat centrului	<input type="checkbox"/> solicitare informații <input type="checkbox"/> solicitare materiale de igienă <input type="checkbox"/> solicitare servicii de tratament <input type="checkbox"/> solicitare referire <input type="checkbox"/> alt tip de solicitare/ problemă
Servicii oferite	<input type="checkbox"/> informații despre: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ riscuri asociate consumului de droguri</li> <li>▪ modalități de reducere a riscurilor</li> <li>▪ servicii de tratament pentru consumatorii de droguri [CPECA, alte servicii (care): _____ ]</li> <li>▪ modalitatea de accesare a serviciilor de asistență</li> <li>▪ serviciile de protecție a drepturilor copilului și rolul acestora în cadrul asistenței pentru consumatorii de droguri;</li> </ul> <input type="checkbox"/> sprijin pentru informarea părinților/ reprezentantului legal <input type="checkbox"/> motivare pentru solicitarea serviciilor de asistență (CPECA) Alte servicii: _____
Observații	
Personal centru/ unitate mobilă	

## Anexa 5. Fișa de evaluare inițială

Se completează de către CPECA și furnizori autorizați de servicii specializate pentru consumatorii de droguri.

Pentru completare, se realizează interviu inițial cu părinții/ reprezentantul legal, apoi cu adolescentul care consumă droguri.

Data: \_\_\_\_\_

<b>NUMELE ȘI PRENUMELE</b>	
Data nașterii	
Adresă	
Număr de telefon	
Persoană de contact/ relația cu persoana de contact/ număr de telefon	
Părinte/ reprezentant legal/ număr de telefon	
Școala/ clasa	
Prezentare (autoreferire sau însoțit, de cine)	
Problema expusă	
Motivația pentru intrarea în tratament	
Observații	



<b>ARIA 1.</b>						
<b>ISTORIC PERSONAL ȘI DE CONSUM, SEMNE DE INTOXICAȚIE SAU SINDROM DE ABSTINENȚĂ</b>						
				Consum recent: ultima săptămână/ ultimele 6 luni		
	Vârsta la debut	Modalitate de utilizare la debut	Vârsta la debutul consumului prin injecție (dacă este cazul)	Cantitate	Frecvență	Modalitate de consum
Tutun						
Alcool						
Heroină						
Alte opiacee/ analgezice						
Metadonă						
Substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) (care?)						
Benzodiazepine/ Barbiturice/ Sedative						
Cocaină						
Amfetamine						
Canabis/ canabinoizi						
Halucinogene						
Inhalante						
Altele (care?)						
Policonsum						

Detalii/ observații consum Experiență de supradoză	
Riscuri asociate consumului de droguri (injectare, utilizare în comun a seringilor)	

**Tratament anterior pentru consum în serviciu/ clinică specializată**

Tip de tratament	Clinică	Perioada	Obiectiv/ Rezultat

**Încercări anterioare de întrerupere a consumului (cu sau fără tratament specializat în serviciu/ clinică specializată)/ rezultate:**

--

**ARIA 2.**

**CONDIȚII BIOMEDICALE ȘI COMPLICAȚII**

Medic de familie	
Istoric de boală; starea de sănătate curentă	
Accidente	
Intervenții medicale și tratament	
Dizabilități	
Încadrare în grad de	

handicap	
Nutriție	
Tratament psihiatric curent	
Observații	

<b>ARIA 3.</b>	
<b>CONDIȚII PSIHOLOGICE SAU PSIHIATRICE ȘI COMPLICAȚII</b>	
Depresie	
Anxietate/ panică	
Dispoziție fluctuantă	
Furie intensă (agresivitate)	
Halucinații	
Confuzie	
Ideație/ planificare/ încercare de suicid	
Aspect fizic (prezentare)	
Experiența sexuală (debut, riscuri, boli cu transmitere sexuală, sarcină – la persoane de sex feminin)	
Observații; impactul consumului de droguri	

<b>ARIA 4.</b>	
<b>CONDIȚII SOCIALE ȘI FAMILIALE</b>	
Istoric familial, relații în familie/ mediul de îngrijire Atmosfera în familie/ mediul de îngrijire Configurația actuală a familiei/ sistemului de îngrijire	
Locuire	
Veniturile familiei	
Mamă	
Tată	
Frați	
Alte persoane semnificative	
De cine a fost crescut?	
Istoric de instituționalizare	
Evenimente semnificative în copilărie (experiențe traumatiche, altele)	
Istoric de consum de alcool sau droguri în familie sau în mediul de îngrijire	
Sprijinul acordat beneficiarului de către familie/ persoane relevante pentru tratament/ asistență	Participare la servicii: _____ Asistență financiară: _____
Prieteni/ anturaj	
Nivelul maxim de educație atins	Competențe de bază: <input type="checkbox"/> scris <input type="checkbox"/> citit <input type="checkbox"/> calcul aritmetic
Alte cursuri de formare	

Activități recreative, sport	
Obiective legate de activitatea profesională	
Observații; impactul consumului de droguri	

<b>ARIA 5.</b>	
<b>SITUAȚIA JURIDICĂ</b>	
Implicare în fapte antisociale	
Istoric de urmărire penală	
Istoric de detenție	
Probațiune	
Observații	

**Rezultatul evaluării pe arii (riscuri, elemente protective, pronostic)**

Aria 1: Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/ sau sindrom de abținere	
Aria 2: Condiții biomedicale și complicații	
Aria 3: Condiții psihologice sau psihiatrice și complicații	
Aria 4: Condiții sociale și familiale	
Aria 5: Situația juridică	

### Recomandări pe arii/ furnizori de servicii

	Furnizori de servicii/ Responsabil	Planificare
Aria 1: Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/sau sindrom de abinență		
Aria 2: Condiții biomedicale și complicații		
Aria 3: Condiții psihologice sau psihiatrice și complicații		
Aria 4: Condiții sociale și familiale		
Aria 5: Situația juridică		

Manager de caz/ Coordonator centru:

Data:

### Anexa 6. Plan individualizat de asistență (tratament) pentru adolescentul care consumă droguri

<b>NUMELE ȘI PRENUMELE</b>	
Data nașterii	
Adresă	
Număr de telefon	
Persoană de contact/ relația cu persoana de contact/ număr de telefon	
Părinte/ reprezentant legal/ număr de telefon	
Observații	

**Rezultatul evaluării pe arii (riscuri, elemente protective, pronostic)**

	Sumar	Obiective	Data estimată pentru atingerea obiectivelor
Aria 1: Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/ sau sindrom de abstenență			
Aria 2: Condiții biomedicale și complicații			
Aria 3: Condiții psihologice sau psihiatrice și complicații			
Aria 4: Condiții sociale și familiale			
Aria 5: Situația juridică			
Scop			
PIT			

**Planificarea serviciilor**

Tip serviciu	Furnizor/ specialist	Durata totală	Frecvența	Data începerii

Manager de caz/ Coordonator centru:

Beneficiar (minor):

Reprezentant legal:

Data:

## Anexa 7. Evaluare de proces

### Evaluare la finalizarea programului de asistență pentru consumatorii de droguri

<b>NUMELE ȘI PRENUMELE</b>	
Data nașterii	
Adresă	
Număr de telefon	
Persoană de contact/ relația cu persoana de contact/ număr de telefon	
Părinte/ reprezentant legal/ număr de telefon	
Observații	

### Rezultatul evaluării pe arii (riscuri, elemente protective, pronostic)

	Sumar	Obiective – revizuire	Data estimată pentru atingerea obiectivelor – revizuire
Aria 1: Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/ sau sindrom de abțință			
Aria 2: Condiții biomedicale și complicații			
Aria 3: Condiții psihologice sau			



psihiatrice și complicații			
Aria 4: Condiții sociale și familiale			
Aria 5: Situația juridică			
PIT			
Scop			

### Servicii furnizate

Tip serviciu	Furnizor/ specialist	Data începerii	Număr total de activități prevăzute în plan	Număr de absențe	Participare	Sarcini

Recăderi	
Incidente	

Evaluări precedente/ data	Participarea la programul de asistență	Gradul de atingere a obiectivelor	Observații


Manager de caz/ Coordonator centru:

Beneficiar (minor):

Reprezentant legal:

Data:

### **Anexa 8. Glosar de termeni<sup>3</sup> utilizați în abordarea minorului consumator de droguri**

*Abuz de substanțe* – utilizarea în exces a unui drog care a determinat afectarea stării fizice și/ sau psihice și/ sau consecințe sociale dăunătoare, în absența dependenței, constatate conform criteriilor medicale.

*Afecțiuni asociate consumului* – afecțiuni medicale cauzate de și/ sau coexistente consumului de droguri.

*Agonist* – substanță care, prin acțiunea sa la nivelul receptorilor neuronali, produce efecte similare celor ale drogurilor.

*Autoreferire* – situația în care beneficiarul minor se adresează direct serviciului de specialitate pentru a fi evaluat.

*Autosesizare* – situația în care o instituție sau un ONG deschide un caz, ca urmare a propriei sale decizii, fără ca acesta să fie referit de o persoană sau instituție.

*Caz* – persoană care se adresează pentru acordarea de servicii unui furnizor din circuitul integrat, în cursul unui an calendaristic.

*Caz social* – situația identificată și înregistrată de un profesionist, care necesită intervenția specializată a unui serviciu de protecție și asistență socială.

---

<sup>3</sup> Cf. Inspectoratul General al Poliției Române, ANA, Forumul Român pentru Securitate Urbană – *Metodologie privind asistența integrată a minorilor consumatori de droguri*, material realizat în cadrul proiectului „Democrație, Orașe și Droguri II”, finanțat de Agenția Executivă pentru Sănătate Publică, Consultant: Alianța pentru Copil și Familie, 2011.

*Circuit integrat de asistență a consumatorilor și a consumatorilor dependenți de droguri* – totalitatea programelor integrate de asistență asigurate consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri în vederea ameliorării stării de sănătate în sensul bunăstării fizice, psihice și sociale a individului.

*Circuit terapeutic* – ansamblu de programe terapeutice aplicate consumatorului de droguri în mod complex, multidisciplinar, multisectorial și continuu, având ca scop ameliorarea stării de sănătate.

*Consimțământ* – se înțelege acordul persoanei cu privire la procedurile de internare, diagnostic și tratament, [acord] care trebuie să fie liber de orice constrângere și precedat de o informare completă, într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor respective. Consimțământul trebuie să fie reconfirmat, în continuare, ori de câte ori este nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză.

*Consumator de droguri* – persoană care își administrează sau permite să i se administreze droguri, în mod ilicit, prin înghițire, fumat, injectare, prizare, inhalare sau alte căi prin care drogul poate ajunge în organism.

*Consumator dependent* – consumatorul care, ca urmare a administrării drogului în mod repetat, prezintă consecințe fizice și psihice conform criteriilor medicale și sociale.

*Contractul cu beneficiarul* – un instrument utilizat de managerul de caz (sau asistentul social), fără efecte juridice, cu scopul de a reglementa responsabilitățile și drepturile în cadrul relației de asistare; urmărește implicarea activă a beneficiarului în relația de asistare, în vederea responsabilizării sale.

*Delincvență* – reprezintă săvârșirea de acte antisociale care sunt reglementate juridic de legislația statului în care acestea se manifestă. O formă particulară a delincvenței este „delincvența juvenilă”, care, în cele mai multe țări, uzează de legislații specifice, cu scopul de reintegrare și reinserție socială și protejare a minorilor delincvenți.

*Dependență de droguri* – nevoia imperioasă sau persistentă de a continua consumul de droguri, în scopul obținerii unei stări de bine sau pentru a evita starea de rău generată de întreruperea acestuia.

*Dependență fizică* – se manifestă la reducerea marcată a dozelor, la întreruperea completă a administrării sau la amânarea acesteia peste limitele suportabile ale subiectului, situație ce va genera o serie de tulburări fizice care, în ansamblul lor, îmbracă aspectul sindromului specific consumatorilor de droguri.

*Dependență psihică* – stare psihică manifestată prin dorința imperioasă și irezistibilă a subiectului de a continua utilizarea drogului și de a înlătura disconfortul psihic provocat de absența acestuia.

*Dezintoxicare* – procesul de autoreglare sau „întoarcere la normalitate” a organismului, după eliminarea unei substanțe toxice. Din punct de vedere terapeutic, dezintoxicarea este un procedeu prin care se urmărește eliminarea unui toxic sau se face inofensivă acțiunea acestuia.

*Drog* – substanță psihic activă care modifică starea de conștiință, cu potențial de a da dependență. Poate fi de origine naturală sau de sinteză.

*Evaluare caz* – etapă în instrumentarea cazului din momentul deschiderii cazului și până în momentul stabilirii planului de intervenție. Presupune strângerea și analiza informațiilor cu privire la situația medico-psihosocială a minorului.

*Familie defavorizată* – familie care, din cauza unei anumite situații sociale (lipsa locuinței, a unui loc de muncă etc.) cu care se confruntă pe o perioadă de timp, nu-și poate asigura cu resursele proprii un trai minim (din punct de vedere social, economic), fiind necesară intervenția serviciilor specializate.

*Familie în dificultate* – familia al cărei echilibru este afectat din cauza apariției unei situații (dificile) pe care nu o poate rezolva cu resurse proprii (exemplu: decesul tatălui, care este singura persoană ce asigură veniturile familiei).

*Familie vulnerabilă* – familia care prezintă anumite caracteristici (exemplu: un membru al familiei este infectat cu HIV; un părinte este recidivist; tratamente rele aplicate minorilor de către părinți) ce predispun la dezechilibre în dinamica acesteia și/ sau situații de criză.

*Grup de suport* – reprezintă o formă de suport psihosocial adresată unui grup de persoane care au aceeași problemă și care consimt să participe necondiționat la ședințe de terapie în care se folosesc metode și tehnici specifice de intervenție psihosocială.

*Instituționalizare* – o formă de protecție socială care presupune oferirea de servicii de îngrijire în baza instituirii unei măsuri de protecție specială într-un centru de tip rezidențial ori într-un serviciu de tip familial public sau privat (guvernamental sau neguvernamental), ce implică respectarea regulilor și normelor specifice.

*Intervenție* – etapă în instrumentarea unui caz social, care se finalizează în momentul atingerii obiectivelor specifice din planul de intervenție/ permanență. Intervenția se realizează cu scopul de a sprijini familia/ persoana să depășească situația de criză/ dificultate.

*Intervenție socială* – reprezintă un ansamblu de măsuri reglementate sau nu juridic, care au impact asupra unor grupuri umane largi, defavorizate din punct de vedere medico-socio-economic. Exemple: politica anti-sărăcie (Legea marginalizării sociale, Legea venitului minim garantat), politica antidrog, politica de incluziune socială a persoanelor cu nevoi sociale etc.

*Intoxicare* – stare fizică și/ sau psihică rezultată ca urmare a introducerii în organism a unor substanțe toxice sau a unor otrăvuri.

*Manager de caz* – profesionistul responsabil de asistența integrată a minorului consumator de droguri, de la deschiderea și până la închiderea cazului. Managerul de caz stabilește instrumentele și tehnicile de lucru, elaborează planul de asistență și coordonează intervenția altor specialiști (asistenți sociali, psihologi, medici, juriști, consilieri școlari, educatori etc.), în concordanță cu necesitățile individuale ale minorului consumator de droguri.

*Marginalizare* – procesul de situare pe o poziție socială periferică, prin izolare, a indivizilor sau grupurilor cu acces limitat la resursele economice, politice, educaționale și comunicaționale ale colectivității (vezi Legea 116/2002).

*Măsură de protecție specială* – măsură instituită în cazul copilului separat temporar sau definitiv de părinții săi, fie prin decizia Comisiei pentru Protecția Copilului, fie prin decizia instanței de judecată. Măsurile de protecție specială a copilului se stabilesc și se aplică în baza planului individualizat de protecție (PIP) (art. 53 din Legea 272/2004). Măsurile de protecție specială a copilului sunt: a) plasamentul; b) plasamentul în regim de urgență; c) supravegherea specializată.

*Monitorizare* – procesul de urmărire a implementării activităților de asistență socială propuse spre realizare într-o perioadă determinată de timp (exemplu: numărul de cazuri instrumentate, serviciile existente la nivelul comunității etc.).

*Monitorizare caz* – etapă în instrumentarea cazului care începe după etapa de intervenție și se finalizează la închiderea acestuia; presupune urmărirea și evaluarea permanentă a situației beneficiarului, pentru a se asigura starea de echilibru urmărită în rezolvarea cazului. Asistentul social nu intervine decât dacă se modifică date ale situației beneficiarului sau intervin factori neprevăzuți, care pot afecta echilibrul realizat.

*Nevoie* – termenul desemnează necesitățile umane fundamentale, care, dacă nu sunt satisfăcute, produc neplăceri persoanei și împiedică participarea socială deplină a acesteia. Nevoile diferă de dorințe, deoarece dorințele sunt exclusiv individuale și subiective, în timp ce nevoile pot fi determinate în mod obiectiv. În acest ultim sens, ele pot fi clasificate în nevoi normative, comparative, exprimate și simțite.

*Persoană cu tulburări psihice* – se înțelege persoana bolnavă psihic, persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum și persoana care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare din practica medicală, ca fiind tulburări psihice.

*Politoxicomanie* – consumul concomitent al mai multor droguri.

*Prevenție* – concept utilizat în domeniul juridic care desemnează starea de arest preventiv. Termenul este utilizat în mod greșit cu sensul de *prevenire* (a lua măsuri de precauție pentru a înlătura ceva neplăcut), care reprezintă un concept utilizat în domeniul asistenței sociale, medicale etc.

*Program terapeutic* – totalitatea serviciilor și a măsurilor medicale și psihologice integrate, individualizate prin evaluare, planificare, monitorizare și adaptare continuă pentru fiecare consumator dependent, în vederea întreruperii consumului, a înlăturării dependenței psihice și/ sau fizice și/ sau a reducerii riscurilor asociate consumului.

*Protecție socială* – ansamblul de acțiuni, decizii și măsuri întreprinse în societate pentru prevenirea, diminuarea sau înlăturarea consecințelor unor evenimente care prezintă riscuri sociale asupra condițiilor de viață ale populației.

*Protecția specială a copilului* – reprezintă ansamblul măsurilor, prestațiilor și serviciilor destinate îngrijirii și dezvoltării copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinților săi sau a celui care, în vederea protejării intereselor sale, nu poate fi lăsat în grija acestora.

*Referire caz* – reprezintă o situație în care o altă persoană/ instituție solicită un serviciu de asistență socială pentru copil (exemplu: rudele, vecinii, spitalul se adresează Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului sau un ONG se adresează Primăriei).

*Reinserție socială* – un proces interactiv prin care se restabilește echilibrul între o persoană/ un grup care nu și-a exercitat anumite drepturi sociale (drepturi de apartenență la un grup, dreptul la locuință, dreptul la un loc de muncă etc.) și mediul social. Exemplu: reinserție profesională, educațională, culturală etc.

*Reintegrare familială* – procesul prin care copilul care a beneficiat de una dintre măsurile de protecție specială prevăzute în Legea 272/2004 revine în familia biologică, părinții fiind cei cărora le revine, în primul rând, răspunderea pentru creșterea și asigurarea dezvoltării copilului. Reintegrarea copilului în familia biologică se stabilește prin hotărârea Comisiei pentru Protecția Copilului.

*Reprezentant legal* – persoana desemnată conform legii pentru a reprezenta interesele copilului (părinte, tutore, președintele consiliului județean/ primarul sectorului municipiului București, reprezentant desemnat din cadrul DGASPC).

*Reprezentant personal* – persoana, alta decât reprezentantul legal, care acceptă să reprezinte interesele unei persoane cu tulburări psihice, desemnată de aceasta.

*Sectoare psihiatrice* – teritoriul țării se organizează din punct de vedere funcțional, în vederea asigurării asistenței psihiatrice comunitare, a creșterii accesibilității și calității serviciilor acordate.

*Servicii de asistență mobilă* – pentru pacienți dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice.

*Servicii de reabilitare* – în funcție de oportunitățile locale, fiecare centru de sănătate mintală oferă programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psiho-educație.

*Servicii psihiatrice de zi* – terapie ocupațională, psihoterapie individuală și de grup, precum și programe specializate de reabilitare. Aceste servicii acordate pacienților internați în staționarul de zi sunt limitate în timp la maximum două luni; după această perioadă, pacienții sunt trimiși către serviciile de reabilitare sau către asistență primară.

*Servicii sociale* – ansamblu complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență, pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale și în scopul creșterii calității vieții (conform OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale).

*Situație de criză* – starea care apare la un moment dat în viața unei persoane/ familii și care generează un dezechilibru, persoana/ familia neavând resursele necesare pentru depășirea acesteia.

*Sesizare* – reprezintă o situație în care o altă persoană/ instituție solicită un serviciu de asistență socială pentru minor, fără a fi obligatorie deschiderea cazului.

*Sevrăj* – ansamblu de reacții psihologice și fiziologice la întreruperea bruscă a unui drog care a produs dependență.

*Sindrom de abstinență* – reacția organismului la întreruperea bruscă a utilizării drogului, la administrarea de antagonist specific sau la scăderea cantității de drog față de care s-a instalat dependența.

*Situație de urgență* – stare excepțională, acută, apărută brusc/ spontan/ neanticipat, care necesită o intervenție imediată, pentru a nu periclita viața persoanei sau echilibrul dinamic al familiei.

*Supradoză* – consumul unei cantități de drog suficientă să determine efecte care pun viața în pericol.

*Supravegherea specializată* – măsură de protecție specială care se dispune față de copilul care a săvârșit o faptă penală și care nu răspunde penal. În cazul în care există acordul părinților sau al reprezentantului legal, măsura supravegherii specializate se dispune de către Comisia pentru Protecția Copilului (CPC), iar în lipsa acestui acord, de către instanța judecătorească.

*Toleranța* – apare ca urmare a administrării repetate a unei substanțe și constă în dispariția treptată a efectelor acestei substanțe asupra organismului, astfel încât, pentru a obține efectul inițial al substanței, se impune creșterea progresivă a dozei.

*Urgență* – condiție medicală a unui consumator de droguri, în legătură sau nu cu consumul, care pune viața în pericol.

*Violență domestică* – situația în care relațiile tensionate între soți, transferate în registrul raporturilor părinți-copii (în cadrul sistemului parental), se finalizează cu manifestări violente care conduc la dezechilibrul sistemului familial.

*Violență în familie* – reprezintă orice acțiune fizică sau verbală, săvârșită cu intenție de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă o suferință fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material.

### Anexa 9. Referințe legislative

Decizia MAI/ ANA nr. 16/2 octombrie 2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri, publicată în *Monitorul Oficial al României*, Partea I (*M. Of.* – I), nr. 899/6 noiembrie 2006

Decizia MAI/ ANA nr. 17/2 octombrie 2006 pentru aprobarea Metodologiei de evaluare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorilor de droguri, publicată în *M. Of.* – I, nr. 899/6 noiembrie 2006

Hotărârea Guvernului României nr. 1.439/02 septembrie 2004 privind Serviciile specializate destinate copilului care a săvârșit o faptă penală și nu răspunde penal, publicat în *M. Of.* – I, nr. 872/24 septembrie 2004

Hotărârea Guvernului României nr. 461/11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, publicat în *M. Of.* – I, nr. 331/12 mai 2011

Hotărârea Guvernului României nr. 860/28 iulie 2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, publicată în *M. Of.* – I, nr. 749/17 august 2005

Legea nr. 143/26 iulie 2000 (\*\*republicată\*\*)(\*actualizată\*) privind Prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în *M. Of.* – I, nr. 165/06 martie 2014



Legea nr. 197/1 noiembrie 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, publicată în *M. Of.* – I, nr. 754/9 noiembrie 2012

Legea nr. 272/21 iunie 2004 privind Protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014 în *M. Of.* – I, nr. 159/5 martie 2014

Legea nr. 292/20 decembrie 2011 a asistenței sociale, publicată în *M. Of.* – I, nr. 905/20 decembrie 2011, actualizată în 2015

Legea nr. 339/29 noiembrie 2005 privind Regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, publicată în *M. Of.* – I, nr. 1.095/5 decembrie 2005

Legea nr. 466/4 noiembrie 2004 privind Statutul asistentului social, publicată în *M. Of.* – I, nr. 1.088/23 noiembrie 2004

Legea nr. 487/11 iulie 2002 a Sănătății mintale și a Protecției persoanelor cu tulburări psihice, cu modificările și completările ulterioare, publicată în *M. Of.* – I, nr. 589/8 august 2002

Legea nr. 95/14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în *M. Of.* – I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, actualizată în 2014

Ordinul comun al MJ nr. 1.216C/18 mai 2006, MAI nr. 1.310/19 mai 2006 și MS nr. 543/18 mai 2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri, publicat în *M. Of.* – I, nr. 471/31 mai 2006

Ordinul comun al MS nr. 1.389/4 august 2008, al MMFES nr. 513/15 august 2008 și al MIRA nr. 282/24 august 2007 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri, publicat în *M. Of.* – I, nr. 830/10 decembrie 2008

Ordinul comun al MS nr. 770/4 mai 2007 și al MIRA nr. 192/17 aprilie 2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumatorii de droguri, în foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în fișa privind cazurile înregistrate de HCV și HBV în rândul consumatorilor de droguri injectabile și în fișa standard de prevalență a infecțiilor cu HIV, HCV și HBV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, publicat în *M. Of.* – I, nr. 344/21 mai 2007

Ordinul MECTS nr. 5.555/7 octombrie 2011 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea centrelor județene/al municipiului București de resurse și asistență educațională, publicat în *M. Of.* – I, nr. 759/27 octombrie 2011

Ordinul MEN nr. 5.115/15 decembrie 2014 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar, publicat în *M. Of.* – I, nr. 23/13 ianuarie 2015

Ordinul MMSSF/ANPDC nr. 219/15 iunie 2006 privind activitatea de identificare, intervenție și monitorizare a copiilor lipsiți de îngrijirea părinților pe perioada în care aceștia se află la muncă în străinătate, publicat în *M. Of.* – I, nr. 544/23 iunie 2006

Ordinul MMSSF/ANPDC nr. 286/6 iulie 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice privind întocmirea Planului de servicii și a Normelor metodologice privind întocmirea Planului individualizat de protecție, publicat în *M. Of.* – I, nr. 656/28 iulie 2006

Ordinul MMSSF/ANPDC nr. 288/6 iulie 2006 privind aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției copilului, publicat în *M. Of.* – I, nr. 637/24 iulie 2006

Ordinul MMSSF/ANPDCA nr. 132/07 aprilie 2005 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind serviciile destinate protecției copiilor străzii, publicat în *M. Of.* – I, nr. 743/16 august 2005

Ordinul MS nr. 372/10 aprilie 2006 privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare, publicat în *M. Of.* – I, nr. 373/2 mai 2006

Ordinul MS nr. 375/10 aprilie 2006 privind Înființarea, organizarea și funcționarea centrelor de sănătate mintală, publicat în *M. Of.* – I, nr. 373/2 mai 2006

Ordinul nr. 100/15 martie 2006 pentru aprobarea Planului-cadru de acțiune în vederea reintegrării sociale a copiilor străzii, publicat în *M. Of.* – I, nr. 297/03 aprilie 2006

## REPERE BIBLIOGRAFICE

American Academy of Pediatrics – *Substance Use Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment for Pediatricians. Policy statement*, disponibil pe internet la: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2011/10/26/peds.2011-1754.full.pdf>;

Joseph F. Hagan, Jr, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan – *Bright futures. Guidelines for Health Supervision Infants, Children, and Adolescents*, publicat de American Academy of Pediatrics, disponibil pe internet la: [https://brightfutures.aap.org/bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide\\_final.pdf](https://brightfutures.aap.org/bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide_final.pdf);

National Institute of Drug Abuse – *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*, disponibil la: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/introduction>.