

Cercetare calitativă privind accesul adolescenților consumatori de droguri la servicii de asistență medicală, psihologică, socială

Raport de cercetare

2015

Cercetare calitativă privind accesul adolescenților consumatori de droguri la servicii de asistență medicală, psihologică, socială

Raport de cercetare

2015

Autori:

Psiholog Monica Dan

Dr. Gabriel Cicu

Dr. Florentina Furtunescu

Dr. Mihai Corciova

Asistent social Daniela Maria Corlan

Coordonator de proiect:

Mihai Lixandru

Specialist UNICEF pentru problemele adolescenților și tinerilor:

Eugenia Apolzan

Mulțumiri colaboratorilor:

- membrii grupului de lucru inter-instituțional (Anexa 1)
- Mona Necula (Agenția Națională Antidrog)
- Dr. Izabella Popa (Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție)
- Dr. Luminița Mihai (CSM „Prof. Dr. C. Gorgos”)

- Eugenia Apolzan, specialist UNICEF, a contribuit substanțial la realizarea cercetării, de la etapa de elaborare a metodologiei de lucru, a fundamentării analizei de context și până la redactarea raportului de cercetare.

LISTA ABREVIERILOR

ALIAT – Alianța de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

ANA – Agenția Națională Antidrog

ANPDCA – Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție

ARAS – Asociația Română Anti-SIDA

CJAP – Centrul județean de Asistență Psihopedagogică

CJRAE – Centrul județean de Resurse și Asistență Educațională

CMBAP – Centrul de Asistență Psihopedagogică al Municipiului București

CMBRAE – Centrul de Resurse și Asistență Educațională al Municipiului București

CPECA – Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog

CRPECA – Centrul Regional de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog

DAS – Direcția de Asistență Socială

DGASPC – Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

DIICOT – Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată

DSP – Direcția de Sănătate Publică

GPS – *General Survey Population* (engl.), studiu în populația generală

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

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

ICD – *International Classification of Diseases* (engl.), clasificarea internațională a bolilor, conform Organizației Mondiale a Sănătății

IEC – Informare, educare, comunicare

ITS – Infecții cu transmitere sexuală

MAI – Ministerul Afacerilor Interne

MENCS – Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice

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

MS – Ministerul Sănătății

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PIA – Plan individualizat de asistență¹ (pentru consum de droguri)

PIP – Plan de intervenție personalizat

PIS – Plan de intervenție socială

PIT² – Program integrat de asistență pentru consumatorii de droguri

RHRN – Romanian Harm Reduction Network

ROFUIP – Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar

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

SNPP – Substanțe noi cu proprietăți psihoactive

SPAS – Serviciul Public de Asistență Socială

SSA – Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri

UNICEF – Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

UNODC – Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate

¹ HG nr. 860/2005, art. 13; Decizie MAI/ ANA nr. 17/2006.

² HG nr. 860/2005, anexa 6.

CUPRINS

1. Rezumat.....	7
2. Contextul și justificarea necesității cercetării.....	13
2.1. Delimitarea grupului-țintă.....	13
2.2. Cercetări anterioare.....	13
2.3. Context legal.....	16
3. Metodologia cercetării.....	20
3.1. Scopul și obiectivele cercetării.....	19
3.2. Componentele cercetării.....	20
3.3. Considerații etice.....	22
3.4. Colectarea datelor.....	22
3.5. Limite ale cercetării.....	23
4. Rezultate.....	23
4.1. Analiza legală.....	24
4.1.1. Analiza cadrului legal care descrie sistemul național de furnizare a serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri.....	24
4.1.2. Analiză descriptivă a reglementărilor din domeniul sănătății	33
4.1.3. Analiza cadrului legislativ de desfășurare a activităților de prevenire a consumului de droguri și de asistență psihologică vizând adolescenții care consumă droguri.....	41
4.1.4. Analiza reglementărilor legale din domeniul serviciilor sociale și de protecție a drepturilor copilului	47
4.2. Problematika adolescenților care consumă droguri.....	54
4.3. Analiza furnizării serviciilor	66
4.3.1. Analiza descriptivă a furnizării serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, managementul de caz (CPECA, furnizori de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri)	66
4.3.2. Analiza furnizării serviciilor din domeniul sănătății	80
4.3.3. Analiza furnizării de servicii de prevenire a consumului de droguri și de servicii psihologice pentru adolescentul consumator de droguri	85

4.3.4. Analiza furnizării de servicii de asistență socială și protecție pentru adolescenții care consumă droguri; managementul de caz și colaborarea instituțională	95
5. Concluzii	104
5.1. Bariere legale în accesarea serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri.....	104
5.2. Recomandări privitoare la modificările legislative	106
5.3. Bariere legate de condițiile furnizării serviciilor.....	107
5.4. Recomandări.....	109
6. Anexe	110
Anexa 1: Grupul de lucru inter-instituțional.....	110
Anexa 2: Lista instituțiilor incluse în eșantionul cercetării	111
Anexa 3: Lista autorităților naționale cu responsabilități în prevenirea consumului de droguri și asistența consumatorilor de droguri	111
7. Bibliografie.....	112

1. Rezumat

Cercetarea de față a fost realizată în cadrul proiectului *Metodologia de lucru cu adolescenții care consumă droguri – o urgență*, proiect care și-a propus să contribuie la creșterea accesului adolescenților consumatori de substanțe psihoactive la servicii de asistență specifică pentru problema consumului, prin elaborarea unei metodologii de lucru cu adolescenții care consumă droguri, instruirea specialiștilor care lucrează în serviciile de asistență pentru adolescenți, colaborare inter-instituțională în furnizarea serviciilor. Proiectul este implementat de către ARAS – Asociația Română Anti-SIDA, cu sprijinul tehnic și financiar al UNICEF.

Cercetarea a beneficiat de suportul grupului de lucru inter-instituțional din care fac parte ANPDCA (Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție), ANA (Agenția Națională Antidrog), Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice, reprezentanți ai unor furnizori de servicii de asistență medicală din București (CSM pentru minori „Prof. Dr. C. Gorgos”, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Al. Obregia”) și ai unor organizații neguvernamentale care furnizează servicii pentru adolescenții la risc (ALIAT, „Parada”) – Anexa 1.

De asemenea, în cadrul unui atelier național, organizat în cadrul proiectului (București, noiembrie 2015), reprezentanți ai instituțiilor și organizațiilor care furnizează servicii de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților, de asistență medicală, psihologică, socială și de protecție a copilului (Anexa 3) au contribuit la identificarea obstacolelor în furnizarea serviciilor de prevenire a consumului de droguri și a măsurilor recomandate pentru depășirea acestora.

Delimitarea adolescenței, din punct de vedere al vârstei, variază în diversele cadre de analiză și intervenție. Conform OMS, adolescența este definită ca perioada de dezvoltare cuprinsă între 10 și 19 ani. Cercetarea de față se referă la persoanele cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, dar în situațiile în care participanții la cercetare fac referire și la vârste mai mici de 14 ani, aceste date au fost înregistrate și incluse în raport. Conform legii, adolescenții sunt considerați copii, persoane care nu au împlinit vârsta de 18 ani și nu au dobândit capacitatea deplină de exercițiu³. Legislația privitoare la furnizarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri face referire la adolescenți utilizând termenul de *minori*.

³ Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 4.

Studiile naționale realizate de Agenția Națională Antidrog⁴ arată că populația de vârstă 15-24 de ani este cea mai „activă” în privința consumului de droguri. În rândul populației cu vârstă de 15-24 de ani se înregistrează cele mai mari prevalențe, atât în consumul recent (în ultima lună/ în ultimul an), precum și de-a lungul vieții⁵, iar majoritatea respondenților care au consumat vreodată droguri au declarat că au inițiat consumul de droguri în adolescență. În ceea ce privește consumul de droguri în rândul populației școlare în vârstă de 16 ani, *România se situează sub media europeană de 18%, numărându-se printre ultimele 10 state europene, cu cele mai scăzute prevalențe ale consumului de-a lungul vieții al oricărui tip de drog ilicit*⁶ (10%). *Cele mai experimentate droguri în rândul tinerilor de 16 ani din România sunt cannabisul și substanțele inhalante, cu o prevalență de 7,2%.*

Cercetările care descriu problemele adolescenților⁷ din perspectiva consumului de droguri și a consecințelor acestuia, realizate la inițiativa și cu sprijinul tehnic și financiar al UNICEF (2010, 2011), au evidențiat impactul devastator al noilor substanțe cu proprietăți psihoactive asupra tinerilor consumatori, riscurile asociate consumului și accesarea redusă a serviciilor de asistență de către adolescenți și au recomandat *eliminarea barierelor legislative care împiedică furnizarea de servicii adaptate (schimb de seringi, tratament substitutiv, sănătatea reproducerii, accesul la servicii medicale) către copiii și tinerii care se află în situații de risc medical și social.*

Datele de monitorizare a furnizării de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri cuprinse în *Rapoartele naționale*⁸ privind situația consumului de droguri nu includ indicatori numerici sau de acoperire cu privire la copiii care consumă droguri (există referiri la vârsta de debut și de admitere în asistență, vârsta minimă, medie, cel mai frecvent mod).

În contextul unei epidemii HIV și având o prevalență ridicată a hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri din România, este indispensabil să se cunoască situația curentă a consumului de droguri în rândul adolescenților și, mai ales, factorii care condiționează accesul acestora la servicii, pentru creșterea accesului la servicii de asistență specifică problematicii consumului.

Scopul cercetării. Cercetarea de față și-a propus evidențierea și descrierea problemelor adolescenților care consumă droguri și ale familiilor acestora, precum și ale factorilor care condiționează accesul adolescenților ce consumă droguri la servicii de asistență specifică pentru problema consumului.

⁴ Studiile naționale în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri – GPS (2004, 2007, 2010, 2013); Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri (Agenția Națională Antidrog, ESPAD, 2011).

⁵ Studii naționale în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri – GPS 2013, <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>

⁶ Cannabis, ecstasy, cocaină, crack, amfetamine, LSD sau alte halucinogene, heroină, GHB, cf. Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool, droguri, p.11, http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD_2013.pdf.

⁷ Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul copiilor și tinerilor din România⁷ (Agenția Națională Antidrog, în colaborare cu RHRN, 2011), Studiul privind adolescenții cu risc crescut HIV/SIDA (Facultatea de Sociologie și Asistență Socială), implementate cu sprijin tehnic și financiar UNICEF.

⁸ Raport național privind situația drogurilor, 2014.

Concluziile și recomandările cercetării constituie baza elaborării metodologiei de lucru cu adolescenții care consumă droguri, metodologie care este dezvoltată în cadrul proiectului, cu scopul creșterii accesului adolescenților la servicii de asistență medicală, psihologică și socială.

Metodologia cercetării. Metodologia cercetării a cuprins trei componente calitative: analiza cadrului legal de furnizare a serviciilor, descrierea practicilor de furnizare a serviciilor de prevenire a consumului de droguri și de asistență pentru adolescenții care consumă droguri și descrierea problematicii adolescenților care consumă droguri în raport cu modalitatea de accesare a serviciilor de asistență pentru consumul de droguri. Studiul cadrului legal s-a realizat prin analiza de tip *desktop review*, iar componentele descriptive ale cercetării au fost realizate în baza unor ghiduri de interviu semistructurate, în patru județe-țintă pentru proiectele UNICEF (Bacău, Cluj, Constanța, Iași) și în Municipiul București.

Au fost realizate 27 de interviuri individuale și 9 interviuri de grup cu medici, psihologi, asistenți sociali și consilieri școlari din instituții care furnizează servicii de asistență medicală, psihologică, socială și de protecție a copilului, precum și din unități de învățământ (Anexa 2). De asemenea, au fost înregistrate 10 interviuri cu tineri (cu vârsta de peste 18 ani) care au consumat droguri începând din adolescență și un interviu cu un părinte al cărui fiu a consumat droguri de la o vârstă mai mică de 18 ani. Recrutarea specialiștilor s-a realizat prin expedierea unor invitații către instituții, iar beneficiarii au fost abordați prin intermediul furnizorilor de servicii. Participarea tinerilor a fost anonimă. Participarea tuturor respondenților a fost voluntară și consimțită printr-un acord scris, care a garantat anonimitatea citărilor în raportul de cercetare, pentru profesioniștii care au participat la aceasta.

Concluzii. Analiza cadrului legal, realizată în cadrul cercetării, a relevat faptul că legislația românească permite accesul adolescenților consumatori de droguri la toate serviciile de asistență medicală, psihologică și socială prevăzute de legislație pentru consumatorii de droguri adulți, cu consimțământul părinților sau al reprezentantului legal⁹. Pentru accesarea serviciilor de asistență, familiile sau reprezentanții legali se pot adresa CPECA sau unui alt furnizor de servicii¹⁰. Serviciile de asistență pentru consumul de droguri sunt integrate, în cadrul metodei managementului de caz, de către specialiștii CPECA¹¹; în cazul în care consumatorul de droguri este minor (termen utilizat în actul normativ), atunci CPECA *va colabora* cu DGASPC pentru management de caz. Furnizorii de servicii prevăzuți de lege sunt: CPECA (serviciul public de asistență psihosocială, prevenire, evaluare și consiliere antidrog), serviciul public de asistență medicală (de urgență, primară, ambulatorie și de specialitate etc.), serviciul public de asistență socială, alte servicii publice, furnizorii privați de servicii (asociații și fundații și orice alte forme organizate ale societății civile, persoane fizice și juridice, organisme internaționale cu activități în domeniu. Legislația prevede, pe

⁹ HG nr. 860/2005, art. 13, par. 2.

¹⁰ *Ibidem*, art. 26.

¹¹ *Ibidem*, art. 12, 19, 26; Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006 – Management de caz.

de altă parte, libertatea copilului de a căuta, de a primi [...] informații de orice natură, care vizează promovarea bunăstării sale sociale, spirituale și morale, sănătatea sa fizică și mentală, sub orice formă și prin orice mijloace, la alegerea sa¹², și califică drept neglijare *omisiunea [...] de a lua orice măsură pe care o presupune îndeplinirea acestei responsabilități, care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului*¹³. Prin urmare, legislația creează premisele obligației și urgenței facilitării accesului adolescentului care consumă droguri la servicii care să asigure întreruperea asistată a consumului de droguri, menținerea abinenței sau reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, în cadrul unui continuum de servicii adaptate nevoilor fiecărui adolescent. Nu există prevederi legale cu privire la asistența nou-născuților cu mame dependente de opiacee.

Profilul adolescentului cu risc de consum de droguri sau care consumă droguri evidențiază o deplasare a inițierii către vârste mai mici, un mediu familial adesea disfuncțional și trăsături de personalitate, caracteristici de relaționare, probleme de integrare și performanță școlară care permit identificarea precoce a vulnerabilității față de consum.

Bariere legale în accesul și furnizarea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri; recomandări

Legislația care descrie furnizarea serviciilor de asistență pentru persoana care consumă droguri nu are prevederi specifice cu privire la identificarea, informarea și motivarea adolescenților care consumă droguri pentru implicarea familiei/ reprezentantului legal și accesarea de servicii de asistență. Este recomandat, prin urmare, ca metodologia de lucru pentru adolescentul care consumă droguri să conțină prevederi clare, care să asigure ghidarea specialiștilor de la nivelul unităților de învățământ, unităților de asistență medicală de urgență și primară, serviciilor de asistență socială și protecție a copilului în legătură cu modalitățile de identificare, informare și motivare a adolescenților consumatori de droguri, în scopul implicării familiei și accesării serviciilor de asistență. Legislația¹⁴ privitoare la asigurarea managementului de caz conține prevederi de natură să creeze obstacole în colaborarea inter-instituțională (furnizarea de documente cu privire la întreg procesul terapeutic¹⁵).

Metodologia de lucru trebuie să simplifice circulația documentelor între furnizori, în managementul de caz, și să prevadă colaborarea CPECA și DGASPC sau SPAS, în cazurile în care managerul de caz din CPECA o consideră necesară. Lipsa din nomenclatorul de servicii sociale a serviciilor pentru copilul (terminologia utilizată în legislație) care consumă droguri face imposibilă furnizarea

¹² Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 28.

¹³ Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 94.

¹⁴ HG nr. 860/2005, art. 12, Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006.

¹⁵ HG nr. 860, art. 26.

de servicii în cadrul unui centru autorizat conform legislației¹⁶. Acreditarea în vederea acordării de servicii pentru consumatorii de droguri presupune obținerea prealabilă de autorizații pentru furnizarea de servicii sociale, respectiv medicale, care sunt tot atâtea bariere în oferirea de servicii pentru consumatorii de droguri, adulți sau copii. Autorizarea pentru furnizarea de servicii adresate consumatorilor de droguri trebuie să fie simplificată. Nomenclatorul de servicii sociale trebuie să fie completat cu servicii sociale specifice pentru adolescentul care consumă droguri.

Bariere în furnizarea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri; recomandări

Cercetarea arată faptul că adolescenții care consumă droguri beneficiază de servicii de asistență medicală (în regim de urgență și de specialitate, psihiatrie pediatrică, în ambulatoriu sau în cadrul CSM pentru minori), unitățile din sistemul de asistență medicală preferând să se raporteze unele la celelalte pentru referirea adolescentului care consumă droguri.

Alte servicii sunt oferite adolescenților care consumă droguri și familiilor acestora de către CPECA, structură care colaborează cu organizații ale societății civile pentru furnizarea de servicii de prevenire a consumului de droguri și de asistență pentru consumatorii de droguri și, în mai rare cazuri, cu servicii de protecție a copilului din cadrul DGASPC sau chiar cu psihologi cu practică privată. Din lanțul terapeutic pentru adolescenții care consumă droguri lipsesc centrele de zi și comunitățile terapeutice.

Un alt tip de servicii care au fost menționate de către specialiștii intervievați ca fiind importante pentru adolescenții cu risc de consum sau care consumă droguri și care lipsesc sunt cele prin intermediul cărora adolescenții se pot implica în activități sportive, educaționale, de petrecere a timpului liber și socializare.

Serviciile de reducere a riscurilor sunt percepute de către unii specialiști din cadrul CPECA, servicii de protecție a copilului sau de asistență medicală ca fiind inadecvate pentru adolescenții care consumă droguri, astfel încât este posibil să existe reticență în referirea adolescenților la servicii de reducere a riscurilor, în cazurile în care alte măsuri de asistență eșuează (fugă din centrul de primire în regim de urgență, neaderență la servicii de consiliere psihologică sau alte programe terapeutice).

Specialiștii din cadrul serviciilor de reducere a riscurilor care sunt adresate persoanelor vulnerabile sunt reticenți în a apela la serviciile de protecție a copilului, din cauza percepției cu privire la capacitatea, limitată, a acestora de a furniza servicii adaptate nevoilor adolescenților care consumă droguri, de a-i reține în servicii pentru a nu ajunge din nou în stradă.

Colaborarea inter-instituțională este redusă, din cauza cunoașterii limitate a cadrului legal care prevede asistența integrată a adolescentului ce consumă droguri. Alte bariere în furnizarea de servicii pentru adolescenții consumatori de droguri sunt legate de resursele umane și logistica

¹⁶ HG nr. 860/2005, Ordinul nr. 1.389/2008.

insuficiente (în cazul serviciilor publice de asistență socială și protecție a copilului sau CPECA), de nevoia de instruire în domeniul consumului de droguri (în cazul specialiștilor din serviciile de protecție a copilului, din educație și asistență medicală primară) și în domeniul asistenței pentru adolescenți și familie (în cazul specialiștilor din CPECA și din serviciile de reducere a riscurilor).

Promovarea insuficientă a serviciilor existente, negarea manifestată de către părinți, stigmatizarea adolescenților care consumă droguri și a familiilor acestora, în special la nivelul unităților de învățământ, sunt alte bariere în accesarea serviciilor de asistență.

Majoritatea serviciilor existente nu sunt specializate pentru tineri (excepție fac serviciile de asistență medicală de specialitate – psihiatrie pediatrică). Într-o mare măsură, identificarea adolescenților care consumă droguri este un demers pasiv. Nu se colectează și nu se publică date cu privire la adolescenții consumatori de droguri care beneficiază de asistență (în afara celor care beneficiază de tratament – fișa de admitere la tratament). Nu există în toate ariile geografice cuprinse în cercetare o coordonare sistematică a instituțiilor și organizațiilor în furnizarea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri, fapt care face ca specialiștii din diferitele instituții și organizații să aibă perspective foarte diferite cu privire la nevoile adolescenților care consumă droguri în ceea ce privește serviciile de asistență medicală, psihologică și socială.

Neaprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri 2013-2016 a blocat operaționalizarea unui centru de zi pentru adolescenții care consumă droguri¹⁷. Lipsa resurselor financiare pentru serviciile destinate adolescenților care consumă droguri sau lipsa, din strategiile locale, a prevederilor legate de crearea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri au determinat absența, din lanțul terapeutic, a unor centre de servicii cum sunt centrele de zi sau comunitățile terapeutice.

Îmbunătățirea accesului adolescenților la servicii de asistență medicală, psihologică și socială presupune: crearea de servicii specializate de asistență pentru adolescenții care consumă droguri; asigurarea integrării serviciilor (în special pentru adolescenții consumatori care ajung din stradă în centre ale SPAS/ DGASPC); asigurarea resurselor umane și logistice necesare instituțiilor de asistență pentru consum de droguri/ instituțiilor de protecție a copilului; accesul sistematic al specialiștilor care lucrează în domeniu la instruire în domeniul drogurilor și al lucrului cu adolescenții și familia; colectarea de date cu privire la numărul, situația și accesul adolescenților care consumă droguri la servicii de asistență medicală, psihologică și socială.

Cercetarea a scos în evidență un exemplu de bună practică în furnizarea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri și familiile acestora, management de caz și colaborare inter-instituțională la nivel local și național.

¹⁷ Raport național privind situația consumului de droguri.

2. Contextul și justificarea necesității cercetării

2.1. Delimitarea grupului-țintă

Delimitarea adolescenței, din punct de vedere al vârstei, variază în diversele cadre de analiză și intervenție. Conform OMS, adolescența este definită ca perioada de dezvoltare cuprinsă între 10 și 19 ani. Cercetarea de față se referă la persoanele cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, dar în situațiile în care participanții la studiu fac referire și la vârste mai mici de 14 ani, aceste date au fost înregistrate și incluse în raport. Conform legii, adolescenții sunt considerați copii, persoane care nu au împlinit vârsta de 18 ani și nu au dobândit capacitatea deplină de exercițiu¹⁸. Legislația referitoare la furnizarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri face referire la adolescenți utilizând termenul de *minori*.

Din punctul de vedere al raporturilor existente în mod real între adolescent și familie/ reprezentant legal, se disting două situații. Prima este cea în care adolescentul se află într-o relație în cadrul căreia sunt îndeplinite responsabilitățile de îngrijire, supraveghere, orientare, fie de către familie, fie în cadrul unei măsuri de protecție specială, situație în care furnizorii de servicii se pot raporta la familie sau reprezentant legal. În cea de-a doua, adolescentul se află într-o situație de neglijare, eventual pe stradă, situație în care furnizorii de servicii trebuie să întreprindă demersuri de contactare a familiei sau de referire a cazului la SPAS/ DGASPC.

Adolescența este etapa de dezvoltare a persoanei în care se conturează personalitatea, se dezvoltă semnificativ capacitatea de relaționare, de analiză, de decizie în legătură cu propria persoană, se conturează imaginea de sine, prin raportare la ceilalți și la sarcinile specifice vârstei (învățătură, relațiile cu egali, alegerea cursului formării profesionale, relațiile romantice). Este perioada în care persoana care consumă sau cu risc de consum de droguri, dacă este sprijinită corect, are cele mai mari șanse să poată face alegeri sănătoase și durabile pentru viitorul său, în cunoștință de cauză și din voință proprie. În plus, dezvoltarea conștiinței de sine este legată și de implicarea în activități mai complexe, noi, într-un context de exersare treptată a autonomiei de decizie și acțiune, care este negociată la nivel familial.

2.2. Cercetări anterioare

În prezent, în România există date limitate cu privire la consumul de droguri în rândul adolescenților și tinerilor sub 18 ani și cu privire la modalitatea în care aceștia au acces la servicii de asistență, date care sunt cuprinse exclusiv în două cercetări realizate cu sprijinul UNICEF în 2010,

¹⁸ Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 4.

respectiv 2011. Studiul *Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul copiilor și tinerilor din România*¹⁹ (Agenția Națională Antidrog, în colaborare cu RHRN, 2011) atrăgea atenția asupra impactului devastator al noilor substanțe cu proprietăți psihoactive asupra tinerilor consumatori: mai mult de jumătate dintre cei 120 de respondenți (tineri din 10 orașe mari) au declarat că au consumat mai multe tipuri de substanțe de tip SNPP în ultimele 30 de zile, iar unul din șase respondenți consumase droguri prin injectare. Peste 25% dintre persoanele intervievate au declarat că au accesat servicii de asistență pentru consumul de droguri (majoritatea, serviciile medicale de urgență). Nu există nici în cadrul acestui studiu date privind exclusiv segmentul 15-18 ani, dar vârsta medie a participanților este de 18,2 ani, iar vârsta cea mai frecventă este de 17 ani, în lotul de 120 de copii și tineri (cu vârste cuprinse între 10 și 24 de ani). Studiul recomandă *eliminarea barierelor legislative care împiedică furnizarea de servicii adaptate (schimb de seringi, tratament substitutiv, sănătatea reproducerii, accesul la servicii medicale) către copiii și tinerii care se află în situații de risc medical și social.*

Singurul studiu cantitativ care prezintă date privitoare la accesul adolescenților la servicii este cel realizat în 2010, de o echipă a Facultății de Sociologie și Asistență Socială, cu sprijinul UNICEF, studiu care arată că, în rândul celor 6% dintre cei 300 de tineri consumatori de droguri din București, Iași, Cluj și Timișoara (eșantionul cercetării) care aveau vârste sub 18 ani, procentul celor care utilizaseră echipamentul de injectare în comun cu o altă persoană, la cea mai recentă injectare, era mai mare decât cel înregistrat în rândul tinerilor cu vârste între 18 și 24 de ani, iar rata de accesare a serviciilor de reducere a riscurilor era mai mică²⁰.

Anchetele serologice și comportamentale realizate în 2008, 2009, 2010²¹ și 2012²² au avut în vedere date cantitative cu privire la rata de accesare a serviciilor de către consumatorii cu vârste de peste 18 ani, excluzând din eșantion minorii care consumă droguri, din cauza componentei de testare, care, conform legii, putea fi aplicată doar cu acordul părinților, ceea ce este de natură a crea dificultăți în colectarea datelor²³. Prevederile legislative cu privire la oferirea serviciilor de asistență (medicală, psihologică, specializată pentru consumul de droguri) în cazul copiilor constituie, de fapt, una dintre importantele bariere în cercetarea fenomenului și în crearea de servicii adecvate nevoilor adolescenților care consumă droguri.

Studiile naționale privind consumul de tutun, alcool și droguri în rândul populației generale – GPS (2004, 2007, 2010, 2013), realizate de Agenția Națională Antidrog, arată că populația cu vârsta de

¹⁹ *Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul copiilor și tinerilor din România*, rhn.ro/public/uploads/file/226/evaluarea-riscurilor-asociate-consumului-de-substante-noi-cu-proprietati-psihoactive-in-randul-copiilor-si-tinerilor-din-romania-raport-de-cercetare-2011.pdf.

²⁰ *Studiul privind adolescenții cu risc crescut HIV/ SIDA*, p. 8, <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/rezumat-studiul-privind-adolescentii-cu-risc-crescut-hivsida.pdf>.

²¹ Agenția Națională Antidrog și UNODC.

²² Agenția Națională Antidrog, Fundația RAA și Asociația „Carusel”, în cadrul proiectului Tubidu.

²³ Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, art. 649 și 650.

15-24 de ani este cea mai „activă” în privința consumului de droguri. Cel mai recent dintre acestea (2013) arată că, în rândul populației cu vârsta de 15-24 de ani, se înregistrează cele mai mari prevalențe, atât în consumul recent (în ultima lună/ ultimul an), precum și de-a lungul vieții²⁴, majoritatea respondenților care au consumat vreodată droguri declarând că au inițiat consumul în adolescență. Studiile GPS nu oferă date privind prevalența consumului, segmentat, pentru categoria 15-18 ani. *Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri* (Agenția Națională Antidrog, ESPAD, 2011) arată că, în privința consumului de droguri în rândul populației școlare în vârstă de 16 ani, *România se situează sub media europeană de 18%, numărându-se printre ultimele 10 state europene cu cele mai scăzute prevalențe ale consumului de-a lungul vieții al oricărui tip de drog ilicit*²⁵ (10%). *Cele mai experimentate droguri, în rândul tinerilor de 16 ani din România, sunt cannabisul și substanțele inhalante, cu o prevalență de 7,2%.*

Nu există cercetări care să descrie problemele adolescenților și familiilor lor din perspectiva accesului la servicii de asistență. În contextul unei epidemii HIV și având o prevalență ridicată a hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri din România, este indispensabil să se cunoască și situația consumului de droguri în rândul adolescenților, dar și factorii care determină accesul acestora la servicii.

Datele de monitorizare a furnizării de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri cuprinse în *Rapoartele Naționale privind situația consumului de droguri* nu cuprind indicatori numerici sau de acoperire cu privire la copiii care consumă droguri și la accesul lor la servicii de asistență (există referiri la vârsta de debut și de admitere în asistență, vârsta minimă, medie, cel mai frecvent mod): *deși cele mai mici valori pentru minimul vârstei de debut, ca și de admitere în asistență sunt pentru SNPP și opiacee (8 ani, respectiv 12 ani), similar anilor anteriori, pentru inhalante se înregistrează cele mai mici valori, atât pentru media vârstei de debut, cât și de admitere în asistență (18,5 ani, respectiv 22,2 ani) sau pentru cea mai frecventă valoare (mod: 14 ani, respectiv 20 de ani)*²⁶.

Datele cu privire la consumul de droguri în rândul copiilor, menționate de ANPDC în fundamentarea Strategiei naționale privind drepturile copilului 2014-2020, se referă la o statistică realizată la nivel european, cu privire la prevalența consumului de droguri în rândul tinerilor de 16 ani (fără citarea sursei).

Serviciile de reducere a riscurilor implementate de organizațiile neguvernamentale raportează, în cadrul acordurilor de parteneriat cu Agenția Națională Antidrog, datele cu privire la serviciile de asistență furnizate adolescenților. Aceste organizații au inclus în servicii, încă de la debutul programelor de schimb de seringi, adolescenții consumatori de droguri, cu scopul evitării situației în

²⁴ *Studii naționale în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri – GPS, 2013, <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>.*

²⁵ Cannabis, ecstasy, cocaină, crack, amfetamine, LSD sau alte halucinogene, heroină, GHB, cf. *Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool, droguri*, p.11, http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD_2013.pdf.

²⁶ *Raportul național privind situația drogurilor, 2014, date referitoare la anul 2013, p. 60.*

care aceștia să folosească seringi utilizate și aruncate de adulți, riscând astfel să se infecteze cu HIV sau cu alte infecții care se transmit pe cale sanguină.

La data efectuării cercetării, nu se realizase o analiză operațională a cadrului legal ce reglementează furnizarea de servicii către adolescenții care consumă droguri, astfel încât să fie identificate clar bariere legale în calea dezvoltării și furnizării de servicii, suprapuneri de roluri (situații care pot duce la *pasarea* responsabilității) ori domenii nereglementate.

2.3. Context legal

Legislația care descrie furnizarea serviciilor de prevenire și de asistență pentru consumatorii de droguri a fost elaborată în perioada 2005-2008.

Această legislație include:

- Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- HG nr. 860/2005 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;
- Ordinul comun nr. 1.389/513/282 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;
- Deciziile nr. 16 și nr. 17/2006 ale Directorului Agenției Naționale Antidrog pentru aprobarea Standardelor privind managementul de caz, respectiv pentru aprobarea metodologiei de elaborare, modificare și implementare a Planului individualizat de asistență pentru consumatorul de droguri;
- HG nr. 461/2011 privind înființarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog;
- HG nr. 784/2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune 2013-2016 pentru implementarea strategiei în perioada 2013-2020.

Au fost dezvoltate Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri (2005).

În 2011 a fost realizată, sub egida Agenției Naționale Antidrog (proiect „Democrație, Orașe și Droguri II”), *Metodologia privind asistența integrată a minorilor consumatori de droguri* (2011, Alianța pentru Copil și Familie), în care se arată că *evaluarea situației actuale relevă faptul că, în*

cea ce privește cererea de tratament, experiența cu minorii consumatori de droguri este relativ limitată²⁷.

Același document arată faptul că metodologia de lucru/ standardele de asistență pentru minorii consumatori de droguri erau unul dintre cele patru domenii care nu fuseseră descrise prin standardele naționale de furnizare a serviciilor, elaborate în 2005.

Metodologia descrie modalitatea de acordare a serviciilor după mai multe criterii:

- pe niveluri de asistență:
 - nivelul I: care presupune identificarea, motivarea și referirea adolescenților consumatori de droguri către servicii specializate și asigurarea unor necesități *sociale și medicale de bază*²⁸;
 - nivelul al II-lea: unități specializate din sistemul de Sănătate publică și CPECA, asistență specializată, coordonare și trimitere spre servicii de nivel III;
 - nivelul al III-lea: reinsertie socială și servicii cu nivel crescut de specializare.
- pe tipuri de asistență pentru consumatorii de droguri:
 - asistență medicală;
 - asistență psihologică;
 - asistență socială;
 - servicii de reducere a riscurilor.
- pe etape de acordare a asistenței:
 - identificarea și referirea;
 - evaluarea;
 - tratamentul;
 - integrarea socială.

În acest document sunt descrise, de asemenea, atribuțiile autorităților în domeniul politicilor, coordonării, dezvoltării de servicii, precum și tipurile de furnizori de servicii.

Metodologia nu a fost aplicată din cauza diferențelor de interpretare a cadrului legal existent și a modalității de raportare a metodologiei la acesta.

Principalele reglementări legale cu privire la furnizarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială pentru adolescenții care consumă droguri derivă din cadrul legal general de

²⁷ Metodologia privind asistența integrată a minorilor consumatori de droguri, p.8.

²⁸ *Ibidem*, p.14.

asistență pentru consumatorii de droguri, întrucât nu există dezvoltată o legislație specifică pentru consumatorii de droguri cu vârsta sub 18 ani.

Cadrul legal privitor la furnizarea de servicii pentru adolescenți/ minori încredințează solicitarea și decizia cu privire la furnizarea serviciilor medicale și psihologice părinților sau reprezentanților legali²⁹, dar prevede și dreptul minorului în vârstă de peste 10 ani să fie informat și consultat cu privire la procedurile care îl privesc și încredințează adolescenților cu vârste de peste 14 ani luarea de decizii importante, cum ar fi alegerea religiei, a cursului formării profesionale și încuviințarea măsurii de protecție specială. Legislația recunoaște, prin urmare, dreptul copilului de a fi consultat cu privire la orice decizie care îl privește.

Conform legii, asistența pentru consumatorii de droguri trebuie să fie integrată (medicală, psihologică și socială), prin metoda managementului de caz, și se află în responsabilitatea Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog – CPECA.

Furnizarea de servicii de asistență integrată pentru consumatorii de droguri prevede următoarele etape:

- evaluarea cazului, în vederea intrării într-un program de tratament;
- planificarea, stabilirea obiectivelor și implementarea intervențiilor prevăzute în planul individual de asistență (PIA);
- încheierea unui acord de asistență între furnizorul de servicii și persoana care consumă droguri;
- stabilirea legăturilor între servicii și resurse, monitorizarea implementării intervențiilor și *advocacy*;
- finalizarea programului.

Programul integrat de asistență pentru un consumator de droguri se realizează în cadrul a patru tipuri de programe integrate de asistență (PIT)³⁰, prevăzute de legislație, încadrarea fiind ghidată de un set de criterii de orientare pentru fiecare dintre acestea. PIT 4, care este adresat asistenței pentru consumatorii de droguri cu risc sever, datorat intoxicației/ sevrajului sau semnelor/ simptomelor biomedicale ori emoționale/ comportamentale, prevede, între criteriile de orientare, vârsta de peste 18 ani.

Orice consumator de droguri se poate adresa, pentru servicii de asistență, oricărui dintre următorii furnizori de servicii³¹:

²⁹ HG nr. 860/2005, art. 13, par. 2; Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 29, 30, 37, 57 par. 3.

³⁰ HG nr. 860/2005, art. 13, anexe 6, 7.

³¹ *Ibidem*.

- *publici*: serviciul public de asistență psihosocială, prevenire, evaluare și consiliere antidrog, serviciul public de asistență medicală (de urgență, primară, ambulatorie și de specialitate etc.), serviciul public de asistență socială, alte servicii publice;
- *privați*: asociații și fundații și orice alte forme organizate ale societății civile, persoane fizice și juridice autorizate în condițiile legii, organisme internaționale care desfășoară activități în domeniu.

Legislația prevede autorizarea furnizorilor de servicii pentru consumatorii de droguri conform unui ordin comun al MS, MMSSF, MAI.

Legislația privitoare la drepturile copilului se raportează la minorul care consumă droguri ca la un copil în dificultate și recomandă ca includerea consumatorului de droguri într-un program integrat și implementarea unui plan individualizat de asistență a acestuia să se facă în colaborare cu serviciile publice de asistență socială de la nivelul municipiilor și orașelor din România, precum și cu direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului de la nivelul sectoarelor municipiului București. În cazul minorului sub 16 ani, pentru care procurorul a dispus evaluarea, în vederea includerii într-un program de asistență, este solicitată participarea părinților/ tutorilor și a delegatului autorității tutelare la fiecare ședință de evaluare, iar managerul de caz este obligat să colaboreze cu organele care efectuează ancheta socială.

3. Metodologia cercetării

3.1. Scopul și obiectivele cercetării

Cercetarea de față este parte a proiectului *Metodologia de lucru cu adolescenții care consumă droguri – o urgență*, proiect care își propune să contribuie la creșterea accesului adolescenților consumatori de substanțe psihoactive la servicii de asistență specifică pentru problema consumului de droguri.

Scopul cercetării este de a evidenția și descrie factorii ce condiționează accesul adolescenților care consumă droguri la servicii de asistență pentru consum de droguri, pentru a se fundamenta elaborarea unei metodologii de lucru cu adolescenții care consumă droguri.

Cercetarea se referă la asistența consumatorilor de droguri adolescenți, respectiv a persoanelor cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani³².

³² Conform OMS, adolescența este definită ca perioada de dezvoltare cuprinsă între 10 și 19 ani, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/.

Cercetarea este deschisă – de la faza de metodologie, până la raport și concluzii – sugestiilor unui grup de specialiști din ariile educației, asistenței medicale, protecției copilului, politicilor și serviciilor în domeniul drogurilor (Grupul de lucru inter-instituțional – Anexa 1), această abordare fiind menită să asigure participarea la dezbaterile problematice și la găsirea de soluții asumate de către actorii implicați.

3.2. Componentele cercetării

Cercetarea calitativă a inclus trei componente:

3.2.1. Analiza cadrului legal a vizat:

- responsabilitățile în elaborarea politicilor, strategiilor, programelor naționale, în implementarea și monitorizarea lor, ce revin autorităților naționale (Anexa 3) și autorităților locale corespondente;
- activitățile de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenților (ca activități ce pot facilita identificarea și referirea adolescenților care consumă droguri);
- procedurile de contactare și identificare a adolescenților care consumă droguri;
- procedurile de furnizare a:
 - serviciilor de asistență medicală³³;
 - serviciilor de asistență psihologică³⁴;
 - serviciilor de asistență socială³⁵;
 - serviciilor de asistență specifică pentru consumatorii de droguri, organizate și autorizate³⁶;
- colaborarea dintre instituții în procesul integrării serviciilor pentru adolescenții care consumă droguri; aplicarea metodei managementului de caz³⁷;
- asistența adolescenților consumatori de droguri aflați în situații de neglijare³⁸.

³³ Legea nr. 95/2006, actualizată 2014, HG nr. 400/2014, Contract-cadru, Ordin nr. 388/186/2015, MS-CNAS: Norme contract-cadru, Ordin nr. 386/2015, Programe de prevenire, Ordin nr. 185/2015, Programe curative ș.a.m.d.

³⁴ Legea nr. 213/2004, Norme metodologice, Legea nr. 213/2004, Hotărârea COPSI nr. 4CN/2013 – Codul deontologic al profesiei de psiholog cu liberă practică.

³⁵ Legea nr. 272/2004, art. 94, Legea nr. 292/2011, actualizată, HG nr. 867/2015 – Nomenclatorul serviciilor sociale, Legea nr. 197/2012, Strategia Națională și Planul Operațional Drepturile Copilului 2014-2020 ș.a.m.d.

³⁶ HG nr. 860/2005, Ordin nr. 1.389/2008, Standardele sistemului național de furnizare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii de droguri.

³⁷ HG nr. 860/2005, Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006.

³⁸ Legea nr. 272/2004, art. 94, Legea nr. 292/2011, actualizată.

3.2.2. Descrierea problematicii și nevoii de asistență a adolescenților care consumă droguri; nevoia de asistență a familiilor adolescenților care consumă droguri

Temele cercetării au vizat:

- experiența de consum de droguri: circumstanțe, percepție subiectivă, dinamică; experiența de supradoză, sindrom de abinență, alte probleme grave de sănătate;
- sănătate: prezența infecțiilor cu HIV, HBV, HCV;
- relații familiale, sociale, școală;
- violență și droguri;
- comportamentul de căutare a ajutorului – *Unde/cui s-au adresat părinții care au avut suspiciunea consumului la propriul copil?*
- priorități și percepția viitorului.

3.2.3. Descrierea serviciilor existente pentru consumatorii de droguri și a practicii reale de furnizare a serviciilor, de la identificare la referire și management de caz, a vizat:

- descrierea activităților de prevenire a consumului de droguri;
- descrierea furnizării serviciilor disponibile pentru asistența adolescenților care consumă droguri (integrate, de asistență medicală, psihologică, socială), ca și modalitatea de implementare a metodei managementului de caz și colaborarea inter-instituțională.

Instrumentele de colectare a datelor utilizate sunt ghiduri de interviu semistructurate care au fost redactate pe măsura elaborării analizei legale, astfel încât să colecteze aspecte privitoare la practică *versus* cadru legal.

În faza de colectare a datelor s-a renunțat la utilizarea metodei de solicitare de informații publice de la instituțiile naționale responsabile de domeniul asistenței pentru consumatorii de droguri, asistenței medicale și sănătății publice, protecției drepturilor copilului, din cauza faptului că planificarea cercetării nu a luat în considerare un interval de timp suficient pentru colectarea datelor.

Cercetarea este structurată pe următoarele domenii:

- servicii de asistență integrată pentru adolescenții care consumă droguri;
- servicii de asistență medicală și sănătate publică;
- prevenirea consumului de droguri și asistența psihologică a adolescentului consumator și familiei;
- servicii sociale și protecția adolescentului care consumă droguri.

Fiecare domeniu a fost descris prin cadrul legal și serviciile existente pentru asistența adolescenților care consumă droguri, precum și prin modalitatea de referire sau de management de caz aplicată.

3.3. Considerații etice

Fiecare dintre participanți a fost informat cu privire la scopul cercetării, modalitatea de înregistrare, păstrare a datelor și distrugere a înregistrărilor după încheierea cercetării, modalitatea de utilizare a informațiilor furnizate în cadrul raportului de cercetare, anume acela că citatele vor fi inserate cu funcția și instituția în care își exercită atribuția fiecare dintre respondenți. Fiecare participant la cercetare a fost informat că are libertatea de a nu răspunde la întrebări sau de a încheia interviul în orice moment și a semnat un consimțământ de participare la cercetare.

3.4. Colectarea datelor

Perioada: 15 septembrie-26 octombrie 2015

Au fost realizate: 27 de interviuri individuale și 9 focus-grupuri la care au participat 84 de medici, psihologi, asistenți sociali, profesori și consilieri școlari din cadrul instituțiilor și organizațiilor care furnizează servicii pentru consumatorii de droguri, respectiv își desfășoară activitatea în unități de învățământ preuniversitar (Anexa 2):

- Agenția Națională Antidrog, CPECA;
- Unități de asistență medicală: UPU, medicină de familie, de specialitate psihiatrie pediatrică – spital și CSM pentru minori;
- DGASPC, DAS;
- CJAP/ CMAP, CJRAE, CMBRAE;
- Organizații care furnizează servicii pentru persoane în situații de risc și vulnerabilitate (adulți, copii): fundația „Parada”, organizația „Salvați copiii”;
- Organizații care furnizează servicii de prevenire a consumului de droguri, de educație și dezvoltare: asociațiile „Preventis” și „Caritas” (Cluj), Centrele de Resurse pentru adolescenți (ALIAT);
- Organizații care furnizează servicii de reducere a riscurilor pentru consumatorii de droguri (ARAS);
- Furnizori privați de servicii de asistență psihiatrică și psihologică (clinica ALIAT, psiholog cu practică privată).

Dintre aceștia, șapte au fost persoane cu rol de conducere.

10 interviuri cu tineri (4 tinere cu vârste între 18 și 21 de ani și 6 tineri cu vârste între 18 și 21 de ani) care au consumat droguri începând din adolescență și cu un părinte al cărui fiu a consumat droguri de la o vârstă mai mică de 18 ani. Intervievarea tinerilor care au consumat droguri începând din adolescență a permis recrutarea mai facilă, aceștia fiind beneficiari ai serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri, precum și evitarea necesității consimțământului parental pentru participarea la cercetare.

Contactarea participanților la interviuri a fost realizată prin trimiterea unor invitații de participare la cercetare, adresate conducerii instituțiilor. Contactarea tinerilor care au consumat droguri în adolescență a fost realizată prin intermediul furnizorilor de servicii, inclusiv CPECA. În același mod a fost asigurată și implicarea unicului părinte care a participat la cercetare.

Aria geografică: București, Bacău, Constanța, Cluj, Iași.

3.5. Limite ale cercetării

Cercetarea este una de tip calitativ, care evidențiază existența unor factori ce condiționează accesul adolescenților la servicii de asistență specifică pentru problema consumului și formulează recomandări pentru îmbunătățirea legislației și a condițiilor de asigurare a serviciilor de asistență.

Concluziile cercetării privind furnizarea de servicii de asistență pentru adolescenții care consumă droguri nu pot fi generalizate și trebuie interpretate ca direcții posibile de evaluare sistematică a serviciilor, de dezvoltare de servicii noi, specializate pentru adolescenți.

4. Rezultate

4.1. Analiza legală

4.1.1. Analiza cadrului legal care descrie sistemul național de furnizare a serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri

A. Responsabilitățile Agenției Naționale Antidrog

Agencia Națională Antidrog a luat ființă în anul 2003, prin instituționalizarea Comisiei Interministeriale Antidrog și crearea unei structuri guvernamentale, care, la momentul respectiv trebuia să răspundă cerințelor europene în domeniu, constituind un punct pe „foaia de parcurs” pentru accesul României în UE.

Preluând atribuțiile deținute de Comisia Interministerială, noua instituție urma să asigure la nivel național coordonarea unitară a acestui domeniu pe baza unei strategii naționale, context în care îi revenea și misiunea de a asigura elaborarea, dezvoltarea și promovarea politicilor în domeniul drogurilor, în totalitatea sa.

Agencia stabilește concepția și coordonează, evaluează și monitorizează, la nivel național, politicile în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri, precum și al asistenței integrate a consumatorilor, aplicate de către instituțiile cu atribuții în domeniu. Toate aceste atribuții, de coordonare, monitorizare și evaluare, sunt stipulate în diferitele documente oficiale, legi, hotărâri de guvern, ordine comune ale miniștrilor cu atribuții în domeniu, decizii ale președintelui ANA etc. și conferă agenției un rol de coordonator unic pe domeniu, la nivel național.

Inițial, ANA a fost creată la nivel de agenție guvernamentală, președintele său având statut de secretar de stat (în cadrul MAI); ulterior, cu justificarea crizei financiare începute în anul 2008, a fost „retrogradată”, mai întâi la nivel de Direcție în cadrul IGPR și apoi transferată din nou în cadrul MAI, tot la nivel de Direcție. Această poziționare influențează în mod fundamental capacitatea instituțională și legală a ANA de a coordona, monitoriza și evalua politicile antidrog la nivel național și local.

Atribuțiile principale ale Agenției Naționale Antidrog³⁹:

³⁹ HG nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, art. 3.

- a) elaborează proiectul Strategiei naționale antidrog și planul său de acțiune și le supune spre aprobare Guvernului;
- b) asigură coordonarea activității desfășurate de instituțiile, organizațiile guvernamentale implicate în realizarea obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog;
- c) colaborează cu organizațiile neguvernamentale în scopul realizării obiectivelor prevăzute în Strategia națională antidrog;
- d) monitorizează activitățile desfășurate de instituțiile publice cu atribuții în implementarea Strategiei naționale antidrog;
- e) colectează, stochează, procesează și analizează date și informații cu caracter personal și statistic în domeniul său de competență, în condițiile legii;
- f) efectuează studii, cercetări și analize privind evoluția fenomenului traficului și consumului ilicit de droguri;
- g) întocmește anual raportul național privind evoluția și nivelul traficului și consumului ilicit de droguri;
- h) îndeplinește rolul de punct focal național în Rețeaua europeană de informații privind drogurile și toxicomania (REITOX), conform Regulamentului (CE) nr. 1.920/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 12 decembrie 2006 privind Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie;
- i) stabilește indicatorii și criteriile de apreciere a fenomenului drogurilor în baza ghidurilor și recomandărilor europene;
- j) gestionează anual Acordul de finanțare cu Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii și asigură implementarea acestuia;
- k) gestionează sistemul de înregistrare pentru Registrul unic codificat privind consumatorii de droguri;
- l) furnizează, prin structurile teritoriale, servicii integrate de asistență medicală, psihologică și socială, precum și servicii de prevenire;
- m) elaborează, fundamentează, implementează, finanțează, monitorizează și evaluează programul național și programul de interes național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri;
- n) monitorizează operațiunile cu precursori și constituie punct național focal privind precursorii de droguri;
- o) asigură legătura cu organisme și organizațiile internaționale și europene cu atribuții în domeniu, precum și reprezentarea în cadrul acestora;

- p) asigură schimbul de informații în cadrul Sistemului european de avertizare rapidă timpurie (EWAS);
- q) propune modificarea legislației în domeniu;
- r) acreditează și implementează programe de formare în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri;
- s) participă la aplicarea dispozițiilor privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

Prima Strategie națională antidrog a fost elaborată pentru perioada 2003-2004 și a constituit documentul programatic de înființare și creare a contextului legislativ pentru funcționarea unei instituții cu rol de coordonare a politicilor în domeniul drogurilor la nivel național, și anume ANA.

Cea de-a doua *Strategie națională antidrog* (pentru perioada 2005-2012) a reprezentat documentul în care Guvernul României a considerat „lupta antidrog” ca o prioritate națională. Această strategie, împreună cu Planul de acțiune aferent, s-a elaborat în concordanță cu cerințele europene în acest domeniu, fiind din acest punct de vedere racordată la dimensiunea internațională a fenomenului, dar și la specificitatea națională a acestuia. Prin această strategie s-a dorit dezvoltarea sistemului național de prevenire și asistență pentru problema consumului de droguri. În acest context au fost dezvoltate instrumentele funcționale ale sistemului de asistență – standarde funcționale, standarde de calitate, proceduri (management de caz, plan individualizat de asistență etc.) și a fost dezvoltat sistemul instituțional al centrelor ANA (47 CPECA și 5 CAIA), astfel încât să reprezinte punctul central al sistemului de prevenire și asistență.

Cea de-a treia *Strategie* (2013-2020) se dorește a dezvolta mai specific sistemul de prevenire și asistență prin crearea de servicii mai specializate și mai profesionale. De asemenea, se dorește susținerea mai accentuată a serviciilor de prevenire și asistență în rândul comunităților locale și al organizațiilor neguvernamentale prin crearea Programului de interes național, cu rol de finanțare a serviciilor la nivelul organizațiilor din comunitățile locale, și a Programului național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, cu rol de dezvoltare instituțională și funcțională a serviciilor oferite de ANA.

Structură și funcționare

Agencia Națională Antidrog are în structura sa organizatorică următoarele compartimente: Conducerea Agenției, Compartimentul Documente Clasificate și Secretariat, Compartimentul Control Intern, Compartimentul Juridic, Compartimentul Relații Publice, Compartimentul Centrul Național de Formare și Documentare în domeniul drogurilor, Compartimentul Comunicații și Informatică, Serviciul Analiză Strategică, Planificare și Politici, Serviciul Financiar-Contabilitate,

Serviciul Logistică, Compartimentul Resurse Umane, Structura de Securitate, Serviciul Reducerea Cererii de Droguri, Serviciul Monitorizarea Reducerii Ofertei de Droguri, Serviciul Observatorul Român de Droguri și Toxicomanie, Serviciul Precursori și Serviciul Relații Internaționale și Programe.

Conducerea Agenției Naționale Antidrog se exercită de către Director. Acesta este *coordonatorul național*⁴⁰ al activităților de reducere a cererii și ofertei de droguri. Directorul Agenției este ordonator de credite și reprezintă Agenția în raporturile cu celelalte autorități publice, cu persoanele juridice și fizice din țară și din străinătate, precum și în justiție.

Potrivit prevederilor legale în vigoare, ministerele și instituțiile publice centrale și locale, cu responsabilități în prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri și al asistenței consumatorilor, precum și furnizorii privați de servicii pentru consumatori au obligația să furnizeze⁴¹, la cererea Agenției, datele referitoare la fenomenul drogurilor.

B. Tipuri de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri – descrierea sistemului de asistență

Documentul ce reglementează cadrul național pentru acordarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială adresate consumatorilor de droguri și care se așteaptă a fi implementate în toate regiunile țării este reprezentat de Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri.

În baza acestui document au fost elaborate principalele documente oficiale ce definesc modalitățile concrete, rolurile și responsabilitățile specifice, procedurile asistenței consumatorilor de droguri. Astfel, Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri; Hotărârea de guvern nr. 860/2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Ordinul nr. 1.389/513/282 din 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 MAI/ ANA nr. 16/2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri, Decizia MAI/ ANA nr. 17/2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri descriu în mod detaliat și

⁴⁰ HG nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, art. 4.

⁴¹ *Ibidem*, art. 10.

cuprinzător atât structura organizatorică a sistemului de asistență, cât și metodologiile și procedurile funcționale ale sistemului prin definirea următoarelor componente:

- A. niveluri de asistență;
- B. resurse;
- B. servicii;
- C. modalități de oferire a serviciilor: procedură, specificități pe niveluri, relația între niveluri.

Sistemul include componente publice, private sau mixte acreditate/ autorizate și este coordonat și monitorizat de către Agenția Națională Antidrog, pe baza standardelor de calitate și în conformitate cu legislația în vigoare.

Niveluri de asistență

Nivelurile de asistență reprezintă cadrul instituțional sau programatic în interiorul căruia au loc intervențiile terapeutice. Complexitatea sau modul de operare al unui centru poate să corespundă unui singur nivel; altele pot include componente integrate corespunzând mai multor niveluri. Un nivel de asistență reprezintă o combinație de elemente structurale sau tipuri de centre care oferă sau coordonează servicii, ca răspuns la nevoile identificate, și care va determina complexitatea serviciilor necesare unei asistențe adecvate a consumatorilor de droguri.

Sistemul de asistență medicală, psihologică și socială este structurat pe trei niveluri de intervenție, incluzând sistemul de asistență medicală ambulatorie (primară și de specialitate) și spitalicească, serviciile psihologice și serviciile sociale.

Nivelul I. Primul nivel al sistemului presupune identificarea, atragerea, motivarea și trimiterea consumatorilor de droguri spre serviciile specializate, abordarea necesităților sociale și medicale de bază ale consumatorilor de droguri și coordonarea necesară cu resursele din nivelurile al II-lea și al III-lea.

Resurse: asistență medicală primară; servicii sociale generale; resurse care dezvoltă programe de reducere a riscurilor (*harm reduction*); servicii de urgență; alte resurse medicale și sociale ce oferă asistență de bază. Pot fi: publice, private, mixte sau neguvernamentale.

Forma de acces: directă, la cererea consumatorilor.

Nivelul al II-lea. Nivelul al doilea este constituit din unități specializate din sistemul de Sănătate publică (MS) și din Centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog și Centrele de asistență integrată a adicțiilor (ANA) și asigură asistență specializată și trimiterea spre cel de-al treilea nivel. Reprezintă nivelul central (prin intermediul managementului de caz) pentru întreg sistemul de asistență și asigură coordonarea necesară între toate nivelurile de intervenție.

Resurse: resurse specializate cu caracter general (asistență primară, specializată sau sănătate mintală – psihiatrie) și resurse specifice (CPECA și CAIA). Sistem public.

Forma de acces: centrele de prevenire, consiliere și evaluare antidrog sunt centre de primire **directă**, cu caracter ambulatoriu, la care pot apela toate persoanele dependente de droguri. Fiind punctul central al sistemului de asistență, este resursa care coordonează serviciile oferite unui consumator în cadrul întregului lanț terapeutic și este responsabil de referirea consumatorului către alte centre și servicii de asistență, conform planului individualizat de asistență, stabilit cu acordul informat al pacientului.

Nivelul al III-lea. Cel de-al treilea nivel asigură reinsertia socială prin intervenții specifice și prin servicii cu nivel crescut de specializare care sprijină nivelul al II-lea.

Resurse: resurse de dezintoxicare intraspitalicească; resurse rezidențiale; comunități terapeutice etc. Sistem public, privat, mixt sau neguvernamental.

Forma de acces: în cadrul unui program integrat de asistență, prin trimitere din partea echipei de profesioniști a CPECA/ CAIA (managerul de caz).

Resurse: toți furnizorii de servicii, publici sau privați, trebuie să fie autorizați/ acreditați de către ANA pe baza Standardelor minime obligatorii și a Standardelor de calitate. În acest mod, sunt asigurate colaborarea și coordonarea resurselor⁴².

În cadrul ANA funcționează **structuri regionale**, fără personalitate juridică, fiecare având arondate unul sau mai multe centre județene. ANA are în structură Centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA) și Centre de asistență integrată a adicțiilor (CAIA), a căror organizare se stabilește prin regulamentul de organizare și funcționare al Agenției.

Servicii: servicii medicale, servicii psihologice, servicii sociale, urgențe, reducerea riscurilor asociate consumului, dezintoxicare, testarea prezenței drogurilor, menținere cu agoniști de opiacee (metadonă, buprenorfină/ naloxonă), susținerea abstenenței cu antagonist opiaceu, schimb de seringi, reinsertie, consiliere și psihoterapie etc. Un centru poate oferi servicii specializate de unul sau mai

⁴² HG nr. 860/2005, art. 27.

multe tipuri, corespunzătoare unuia sau mai multor niveluri, în funcție de standardele îndeplinite și autorizarea/ acreditarea obținută.

*Un centru de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA)*⁴³ trebuie să asigure minimum următoarele servicii: a) informare, educare, comunicare pentru promovarea unui stil de viață sănătos, precum și pentru prevenirea riscurilor asociate consumului de alcool, tutun și droguri; b) prevenirea consumului de tutun, alcool și droguri în școală, familie, comunitate etc.; c) acordarea primului ajutor; d) evaluarea medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri; e) servicii medicale de bază, cum ar fi: efectuarea de măsurători antropometrice, monitorizarea parametrilor fiziologici, imunizare etc.; f) administrarea de medicamente; g) întreruperea consumului de droguri sub control medical și menținerea abstenenței în ambulatoriu; h) stabilizare biomedicală; i) informare și educare pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere pe cale sanguină sau sexuală, cum ar fi HIV, hepatita B, C etc.; j) recoltarea de produse biologice și testarea prezenței drogurilor; k) îngrijirea plăgilor simple și suprainfectate; l) coordonarea asistenței consumatorilor în rețeaua locală de asistență medicală, psihologică și socială; m) management de caz; n) intervenții psihologice; o) servicii de asistență socială; p) consiliere.

*Un centru de asistență integrată în adicții (CAIA)*⁴⁴ trebuie să asigure minimum următoarele servicii: a) servicii medicale de bază: evaluare medicală, efectuarea de măsurători antropometrice, monitorizarea parametrilor fiziologici, imunizare etc.; b) administrarea de medicamente; c) acordarea primului ajutor; d) întreruperea consumului de droguri sub control medical și menținerea abstenenței în ambulatoriu; e) stabilizare biomedicală; f) informare și educare pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere pe cale sanguină sau sexuală, cum ar fi HIV, hepatita B, C, precum și pentru un stil de viață sănătos; g) recoltarea de produse biologice și testarea prezenței drogurilor; h) îngrijirea plăgilor simple și suprainfectate; i) psihodiagnostic și evaluare clinică; j) intervenții psihologice; k) servicii de asistență socială.

Modalitatea de oferire a asistenței integrate

În mod teoretic, accesul către servicii se poate realiza fie prin *acces direct* către oricare dintre resursele/ centrele ce oferă servicii pentru consumatori, indiferent de nivel, de statut, de tipul de servicii, fie *prin accesarea CPECA/ CAIA*.

Accesul unui consumator în sistem se realizează: a) la solicitarea directă a acestuia; b) prin dispoziția procurorului sau a altui organ judiciar; c) în cazuri de urgență; d) la finalizarea serviciilor oferite de un furnizor; e) la solicitarea conducerii locului de detenție.

Astfel, dacă solicitarea pentru acordarea de servicii de asistență se adresează unui *alt furnizor de servicii* de asistență decât Centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (sau CAIA), acesta

⁴³ Ordin nr. 1.389/2008, Anexa 2, Standard 2.

⁴⁴ *Ibidem*.

va proceda după cum urmează: a) dacă are resursele necesare, va realiza procesul de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, cu consultarea centrului de prevenire, evaluare și consiliere antidrog; b) dacă, în urma evaluării consumatorului, constată că nu are resursele necesare ducerii la îndeplinire a planului individualizat de asistență, va îndruma consumatorul către un centru de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în vederea realizării procesului de asistență medicală, psihologică și socială adecvat.

În cazul de la punctul a), furnizorul de servicii are *obligația* de a transmite centrului de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, pentru toți consumatorii care le-au solicitat servicii direct, următoarele documente: a) raportul de evaluare; b) acordul de asistență medicală, psihologică și socială; c) planul individualizat de asistență; d) raportul de evaluare a evoluției; e) recomandările făcute, la finalizarea serviciilor furnizate, pentru continuarea programului.

La finalizarea serviciilor acordate, consumatorul va fi îndrumat către un centru de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, în vederea asigurării managementului de caz⁴⁵.

Toate acestea descriu faptul că trebuie realizată legătura dintre diferitele servicii și resurse din sistem cu punctul central al sistemului, reprezentat de *managerul de caz (nivelul al II-lea)*, care este situat în *CPECA/ CAIA*. Managerul de caz are rolul de a coordona întregul proces de asistență, precum și resursele și serviciile din diferitele niveluri sau din interiorul aceluiași nivel. Procedura managementului de caz este detaliat reglementată prin Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006. Modul de colaborare între diverșii furnizori de servicii este reglementat prin art. 28 din Regulamentul de aplicare a Legii nr. 143/2000.

Procesul de acordare a serviciilor în toate etapele sale este evaluat și monitorizat prin intermediul managementului de caz. *Managementul de caz* urmărește, pentru fiecare pacient în parte, următoarele elemente specifice: a) realizarea evaluării pe cele cinci arii de identificare; b) utilizarea criteriilor de orientare, pentru identificarea PIT cel mai adecvat nevoilor depistate în urma evaluării; c) includerea într-un PIT și stabilirea unui plan individualizat de asistență; d) monitorizarea implementării planului individualizat, urmărind: *concomitența, trimiterea, șederea, ieșirea, durata, evaluarea procesului, evaluarea rezultatului și coordonarea*.

Procesul de acordare a serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială are următoarele etape:

- a) evaluarea;
- b) includerea într-un program integrat de asistență (PIT);
- c) elaborarea planului individualizat de asistență (PIA);

⁴⁵ HG nr. 860/2005, art 26.

- d) implementarea și monitorizarea măsurilor prevăzute în planul individualizat;
- e) evaluarea implementării măsurilor prevăzute în planul individualizat și a rezultatelor acestora.

Obiectivul *evaluării* este identificarea caracteristicilor individuale ale consumatorului, în vederea selectării programului integrat de asistență și individualizării serviciilor terapeutice, psihologice și sociale. Evaluarea se realizează pe următoarele arii: a) istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/ sau sindrom de abinență; b) condiții biomedicale și complicații curente; c) condiții psihologice și/ sau psihiatrice și complicații; d) condiții sociale și familiale; e) situația juridică anterioară și prezentă.

Stabilirea *programului integrat de asistență* în care este inclus consumatorul se face în funcție de criteriile de orientare. *Criteriile de orientare* sunt specifice ariilor de evaluare. Pentru includerea într-unul din cele patru programe sunt necesare unul sau mai multe din criteriile enumerate la fiecare arie. Acestea au caracter de orientare pentru selecția programului adecvat profilului fiecărui consumator. În orice caz, criteriile specifice și cele caracteristice vor fi considerate cele pe baza cărora managerul de caz va face selecția.

*Planul individualizat de asistență*⁴⁶ cuprinde o serie de componente funcționale, ce constau în totalitatea activităților destinate asistenței consumatorilor de droguri, în concordanță cu nevoile depistate, a căror aplicare se desfășoară în centre, servicii sau programe, de-a lungul unui continuum de servicii. Componentele se constituie în general din două tipuri de intervenții: farmacologice și psihosociale.

C. Accesul copiilor și adolescenților la servicii

Sistemul, cu tot ce înseamnă el – reglementări, resurse, servicii etc. –, descrie, în general, modalitatea de organizare a serviciilor adresate pacienților adulți, peste 18 ani. Modalitatea de acordare a serviciilor pentru tinerii sub 18 ani trebuie să asigure *conexiunile* necesare cu reglementările și standardele de asistență adresate minorilor, menționate în responsabilitățile altor instituții, și care, în mod teoretic, ar trebui coordonate de managerul de caz din cadrul CPECA/CAIA.

În ceea ce privește acordarea asistenței pacienților sub 18 ani, procesul este asemănător. În cazul evaluării copilului, în vederea includerii într-un program integrat de asistență, *managerul de caz colaborează* sau *asigură colaborarea* cu serviciile publice de asistență socială de la nivelul

⁴⁶ Decizia MAI/ ANA nr. 17/2006.

municipiilor și orașelor și cu direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului de la nivelul sectoarelor municipiului București⁴⁷.

Recomandările de includere într-un program, planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri și implementarea acestuia se fac, de asemenea, în colaborare cu serviciile publice de asistență socială de la nivelul municipiilor și orașelor și cu direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului de la nivelul sectoarelor municipiului București.

Singura mențiune specifică, în legislația pe tema drogurilor, cu privire la procesul de acordare a asistenței se referă la cazul 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*. Astfel, în acest caz, se menționează că, la orice ședință pentru realizarea evaluării, managerul de caz solicită participarea delegatului autorității tutelare, precum și a părinților, iar când este cazul, a tutorelui, curatorului sau a persoanei în grija sau sub supravegherea căreia se află minorul.

În cazul solicitării, de către procuror, a evaluării unui minor, managerul de caz colaborează cu organul care efectuează ancheta socială dispusă de organul de urmărire penală.

Se înțelege, prin urmare, că asistența minorului urmează aceleași principii ca și în cazul adultului, cu mențiunea – importantă, de altfel – de colaborare cu serviciile specializate de asistență a minorului, reglementate în legislația specifică.

4.1.2. Analiză descriptivă a reglementărilor din domeniul sănătății

A. Prevederile privind autoritățile responsabile în domeniul sănătății și atribuțiile principale ale acestora

Ministerul Sănătății (MS) reprezintă autoritatea de sănătate publică și operează la nivel județean/ al municipiului București prin direcțiile de sănătate publică (DSP) – unitățile sale deconcentrate⁴⁸.

Principalele domenii ale asistenței de sănătate publică sunt reprezentate, printre altele, de prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile, inclusiv prin supravegherea factorilor de risc comportamentali (între care se încadrează și consumul de droguri), monitorizarea stării de sănătate, promovarea sănătății și educație pentru sănătate și reglementare în domeniul sănătății publice⁴⁹.

⁴⁷ Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006.

⁴⁸ Legea nr. 95/2006, art. 11, 12.

⁴⁹ Legea nr. 95/2006, art 6.

Principalele responsabilități ale MS/ DSP în domeniul sănătății publice constau în elaborarea de politici publice în domeniul sănătății (inclusiv prevenire, promovarea sănătății, abordarea determinantilor sănătății, care includ consumul de droguri), implementarea acestor politici, reglementare și control⁵⁰. DSP-urile exercită aceleași atribuții la nivelul județului⁵¹. Atribuțiile MS sunt detaliate în Hotărârea Guvernului nr. 144/2010⁵². Atribuțiile și structura DSP sunt detaliate în Ordinul MS nr 1078/2010⁵³.

Analizând aceste prevederi legislative, vom constata că atât Ministerul Sănătății, cât și DSP au atribuția de a organiza și implementa activități de:

- promovarea sănătății și educație pentru sănătate, inclusiv prevenirea consumului de droguri;
- identificare precoce a riscurilor pentru sănătate, implicit identificarea precoce a consumatorilor de droguri;
- planificare a politicilor, serviciilor și programelor de sănătate – inclusiv servicii și programe destinate controlului consumului de droguri;
- control și evaluare a modului de asigurare a asistenței medicale curative și profilactice.

În anul 2009 s-a înființat Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, denumit în continuare Centrul, instituție publică de specialitate, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății, care are atribuții privind definirea, implementarea și evaluarea politicilor de sănătate mintală⁵⁴.

B. Prevederile privind dreptul persoanelor la asistență medicală

În România, sistemul de sănătate este de tip asigurări sociale (finanțat prin contribuția obligatorie a angajatorilor – 5,2% din fondul lunar de salarii, și a angajaților – 5,5% din venitul lunar brut⁵⁵).

Principalele drepturi ale adolescenților se concretizează în următoarele:

i. Copiii sunt asigurați fără plata contribuției, indiferent de statutul de asigurat al părintelui, având implicit dreptul la *serviciile medicale incluse în pachetul de bază pentru asigurați, dar și la programele naționale de sănătate*. Acest statut durează până la vârsta de 18 ani, sau până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă. De

⁵⁰ Legea nr. 95/2006, art. 16.

⁵¹ Legea nr. 95/2006, art, 17, 20.

⁵² HG nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea MS, cu modificările și completările ulterioare.

⁵³ Ordin nr. 1.078/2010 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ Legea nr. 95/2006, titlul 8.

asemenea, sunt asigurați până la vârsta de 26 de ani, dacă provin din sistemul de protecție a copilului. Pachetul de servicii de bază, care conține o listă exhaustivă de servicii preventive și curative, furnizate în asistența medicală primară (medicul de familie), de medicină dentară, ambulatorie de specialitate și spitalicească⁵⁶.

ii. Copiii sunt scutiți de coplată⁵⁷.

iii. După împlinirea vârstei de 18/26 de ani, dacă nu devin contribuabili la sistemul de asigurări de sănătate (fie prin angajare/ câștigarea unor venituri, fie prin încadrare într-o categorie de asigurați exceptați de la plata contribuției), tinerii devin „persoane neasigurate” și își păstrează dreptul la un pachet minimal de servicii, care conține servicii de asistență medicală pentru situații de urgență și boli endemo-epidemice⁵⁸.

iv. Toate persoanele (asigurate sau neasigurate, inclusiv copiii) au dreptul la servicii furnizate prin programele naționale de sănătate.

C. Prevederi privind confidențialitatea în relația personal medical – părinte – copil

Dreptul la confidențialitate este unul dintre drepturile fundamentale ale tuturor pacienților (inclusiv pentru consumatorii de droguri) și, totodată o obligație a personalului medical: Legea nr. 46/2003 – Legea drepturilor pacientului – prevede că pacientul are dreptul de a primi informație medicală, de a se implica decizional în actul terapeutic prin consimțământ și dreptul la confidențialitate. Aceeași lege prevede la art. 16: „În cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere”. Acest articol poate fi translatat la copil, în general, și constituie un argument pentru personalul medical să implice în decizia terapeutică atât părinții, cât și copilul.

Adițional, dreptul la confidențialitate este prevăzut expres, împreună cu o serie de alte drepturi, pentru persoanele cu HIV/SIDA, în Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, cu modificările și completările ulterioare.

De asemenea, există prevederi specifice privind drepturile persoanelor cu tulburări psihice în Legea nr. 487/2002 – Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, în sensul prevederii explicite a consimțământului părintelui pentru inițierea tratamentului, în cazul în care pacientul este minor.

⁵⁶ Legea nr. 95/2006, art. 217.

⁵⁷ *Ibidem*, art 213.

⁵⁸ *Ibidem*, art 220.

Legea nr. 95/2006 privind reforma în sănătate prevede *acordul scris al pacientului pentru a fi supus la metode de prevenire, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către personalul medical, precum și faptul că vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află sau în situații medicale legate de diagnosticul și/ sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.*

De asemenea, în Programul național de sănătate mintală⁵⁹ se prevede expres că, pentru tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opioace, se ia în considerare vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal.

D. Prevederile privind tipurile de servicii și tipurile de furnizori

Principalele tipuri de servicii medicale furnizate copiilor, fără referire specifică la consumul de droguri, dar care pot fi utile în acest sens sunt:

- **D1. pachetul de servicii de bază (sau pachetul minimal, după împlinirea vârstei de 18 ani, dacă nu se încadrează în situațiile de asigurat)**
- D2. programele naționale de sănătate
- D3. asistența medicală în școli
- D4. serviciile furnizate prin centrele de sănătate mintală

D1. Pachetul de bază de servicii medicale

Pachetul de servicii de bază și pachetul minimal de servicii sunt descrise în contractul-cadru privind condițiile de acordare a asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate⁶⁰ și detaliate în normele de aplicare a acestuia⁶¹.

Pachetul de bază de servicii medicale conține:

a. **servicii de asistență medicală primară** – 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 creșterea și dezvoltarea, starea de nutriție și practicile nutriționale și depistarea și intervenția în

⁵⁹ Ordin CNAS nr. 185/2015.

⁶⁰ HG nr. 400/2014.

⁶¹ Ordinul ministrului Sănătății și al președintelui CNAS nr. 388/186/2015.

consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/ sex. Examenul de bilanț pentru adolescenți nu prevede instrumente de *screening* pentru identificarea riscului de consum de droguri.

b. **servicii de asistență ambulatorie de specialitate** – consultații în servicii de psihiatrie și activități conexe (psihoterapie) furnizate în ambulatorii de specialitate și servicii medicale furnizate în laboratoarele și centrele de sănătate mintală, instituții în subordinea Ministerului Sănătății, care nu sunt integrate în sistemul de asigurări de sănătate.

c. **servicii spitalicești** – internare pentru condiții/ afecțiuni cauzate de consumul de droguri, clasificate conform ICD 10.

d. **asistență medicală de urgență** – prespitalicească (ambulanță sau în cabinetele medicilor de familie, în limita competenței) și spitalicească [prezentarea în unitatea de primiri urgențe (UPU)]. La prezentarea în spital se completează o fișă UPU, care include semne și simptome, dar nu diagnostic. Pe de altă parte, în conformitate cu HG nr. 860/2005 și cu Ordinul ministrului Sănătății 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, în foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în fișa privind cazurile înregistrate de HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile și în fișa standard de prevalență a infecțiilor cu HIV, HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, spitalele cu structuri de primiri urgențe și spitalele de psihiatrie care primesc urgențe trebuie să le înregistreze utilizând formularul *Foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri*, care se completează pentru urgențele medicale produse ca urmare a consumului ilicit de droguri. Urgențele astfel înregistrate se raportează la ANA. În prezent, la nivelul Ministerului Sănătății nu există informații privind modalitatea în care funcționează aceste sisteme de raportare.

Pachetul minimal de servicii medicale include asistența medicală de urgență, inclusiv servicii spitalicești pentru situații de urgență.

D2. Programele naționale de sănătate

Adițional pachetelor de servicii, Ministerul Sănătății finanțează programe cu scop în general preventiv, iar CNAS programe în general curative. Acestea se aprobă prin HG o dată la doi ani⁶², iar conținutul lor este detaliat în normele de aplicare⁶³ și în Ordinul președintelui CNAS nr. 185/2015 pentru programele curative.

Avantajul programelor este reprezentat de accesul universal (cel puțin din punct de vedere legislativ).

⁶² HG nr. 206/2015, privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016.

⁶³ Ordinul ministrului Sănătății nr 386/2015 pentru programele profilactice.

Dintre programele finanțate de MS și CNAS care abordează/ pot aborda și consumul de droguri sunt:

- **Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA (MS)** – are activități de testare HIV și ITS, inclusiv promovarea testării și componentă de schimb de seringi. DSP trebuie să asigure distribuirea seringilor de unică folosință și acelor necesare activităților de schimb de seringi, în scopul prevenirii transmiterii infecției HIV/SIDA la utilizatorii de droguri injectabile către unități sanitare care derulează programul. Atribuțiile tuturor furnizorilor sunt detaliate în norme. Programul prevede însă doar seringile, nu și materialele sanitare adiționale și costurile pentru distrugerea seringilor colectate. De asemenea, nu este clară abordarea consumatorilor de către furnizori în teren.
- **Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică (MS)** – are activitate de asigurare a accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți, care implică organizarea și desfășurarea de programe de instruire pentru părinți și consilieri școlari, în vederea depistării precoce și intervenției în cazul tulburărilor de dezvoltare pentru copii și adolescenți și organizarea și desfășurarea unui program-pilot pentru prevenirea apariției tulburărilor de alimentație la copii și adolescent.
- **Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate (MS)** – are intervenții pentru un stil de viață sănătos (inclusiv campanii IEC) și activități de evaluare a stării de sănătate a populației generale.
- **Programul național de sănătate mintală (CNAS)**, care asigură tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență și testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului. În acest program pot fi incluși și **adolescenți cu vârsta de peste 16 ani**, atunci când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal⁶⁴. Unitățile care implementează programul sunt menționate în Norme.

D3. Asistența medicală în școli

Asistența medicală în unitățile de învățământ se acordă în baza Legii educației naționale nr 1/2011 și a Ordinului MECT nr. 5298/2011 și constă în câteva tipuri de servicii medicale care vizează o bună stare de sănătate individuală și a colectivității. Asistența medicală a studenților se realizează în conformitate cu Ordinul ministrului Sănătății nr 653/2001. Din păcate, personalul medical din școli este puțin reprezentat (medici și asistenți medicali) și preocupat în special de aspectele curative. Nu în ultimul rând, acest personal a fost transferat la autoritățile publice locale din anul 2009⁶⁵, moment

⁶⁴ Ordinul CNAS nr. 185/2015.

⁶⁵ OUG nr. 162/2008.

din care atât coordonarea metodologică din partea MS/ DSP, cât și informațiile efective despre problematica școlilor s-au diminuat. Nu este preconizată în prezent o direcție de dezvoltare a asistenței medicale în unitățile de învățământ.

D4. Serviciile furnizate prin centrele de sănătate mintală

Persoanele cu probleme de sănătate mintală beneficiază de o reglementare sectorială⁶⁶. Această reglementare prezintă unele discordanțe în ceea ce privește serviciile la care au dreptul persoanele cu probleme de sănătate mintală, în sensul că unele servicii menționate în legea sănătății mintale nu s-au dezvoltat suficient, iar altele – cu referire specifică la serviciile furnizate în centrele de sănătate mintală – nu sunt incluse în pachetul de servicii de bază furnizat prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și, din acest considerent, au rămas oarecum în desuetudine. Centrele de sănătate mintală sunt finanțate de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, dar nu raportează activitatea sau cazurile pe care le au în evidență, problematica gestionată de acestea rămânând necunoscută.

E. Asigurarea calității serviciilor medicale

Toți furnizorii de servicii de sănătate trebuie să dețină cel puțin următoarele documente:

- a. autorizație sanitară – pentru a putea funcționa legal⁶⁷;
- b. evaluare (acreditare pentru spitale) – pentru a intra în contract cu casele de asigurări de sănătate⁶⁸;
- c. autorizare ANA – pentru a trata consumatorii de droguri⁶⁹.

F. Sistemul informațional privind consumul de droguri

Spitalele generale publice care au în structură o unitate de primiri urgențe și care primesc urgențe medicale de orice cauză, precum și spitalele de psihiatrie care primesc urgențe au obligația de a raporta consumul de droguri, prin completarea unor fișe standard:

⁶⁶ Legea sănătății mintale nr. 487/2002 cu modificările și completările ulterioare și Normele de aplicare – Ordinul ministrului Sănătății nr. 372/2006.

⁶⁷ Ordin nr. 1.030/2009.

⁶⁸ Legea nr. 95/2006.

⁶⁹ În conformitate cu HG nr. 860/2005 și cu Ordinul comun al ministrului Sănătății, ministrului Muncii și al 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.

- foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri;
- foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri;
- fișa privind cazurile înregistrate de HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile și
- fișa standard de prevalență a infecțiilor cu HIV, HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Raportarea se realizează semestrial, la ANA – Direcția Observatorul Român de Droguri și Toxicomanii, procesul fiind reglementat prin *Ordinul comun al ministrului Sănătății 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, în foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în fișa privind cazurile înregistrate de HBV și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile și în fișa standard de prevalență a infecțiilor cu HIV, HBV și HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.*

Pentru raportare se selectează și se înregistrează acele episoade de urgență spitalizate și în a căror anamneză se menționează consumul a cel puțin una dintre substanțele psihoactive incluse în lista prevăzută în anexa nr. 2 la ordin, cu excepția celor datorate exclusiv consumului de alcool și tutun, și care îndeplinesc simultan cele patru criterii de includere și nu îndeplinesc niciunul dintre cele de excludere.

Criteriile de includere a cazurilor sunt următoarele:

- a) consultația a fost acordată de un medic dintr-un serviciu spitalicesc de urgență. Îngrijirea spitalicească se referă inclusiv la observația și monitorizarea funcțiilor vitale sau la procedurile de diagnostic și tratament. Sunt înregistrate doar serviciile de îngrijire spitalicească oferite dintr-un departament de urgență al unui spital. Nu sunt incluse serviciile de urgență furnizate de ambulanță sau de un serviciu de urgență extraspitalicesc;
- b) existența consumului non-medical de droguri sau de substanțe psihoactive. Se consideră că există un consum non-medical de droguri când substanța consumată nu a fost prescrisă de către un medic sau substanța prescrisă de medic nu a fost administrată cu respectarea dozelor sau a formei de administrare;
- c) tratamentul unei complicații medicale, psihologice sau traumatice, adică sunt incluse urgențele al căror motiv principal al consultației sunt leziunile sau traumatismele produse prin autoleziune, accidente, agresiuni și alte cauze externe, întotdeauna când este menționat consumul non-medical de substanțe psihoactive;
- d) cazurile înregistrate la persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, ambele incluse.

Din sistemul de raportare sunt excluse episoadele de urgență care, în acord cu documentația clinică, îndeplinesc unul dintre următoarele criterii de excludere:

- a) pacient cu vârsta mai mică de 15 ani sau mai mare de 49 de ani;
- b) persoana a decedat anterior admiterii în serviciul de urgență;
- c) sarcina și complicațiile sarcinii, când în anamneză este menționat consumul de substanțe psihoactive;
- d) urgențele datorate reacțiilor adverse la medicamente utilizate în forma, doza și cu frecvența recomandate de medic, cu excepția cazurilor apărute la opiaceele prescrise în tratamentul de substituție;
- e) urgențele în care se menționează exclusiv consumul de alcool, nicotină, ceai, cafea sau orice combinație dintre aceste substanțe.

4.1.3. Analiza cadrului legislativ de desfășurare a activităților de prevenire a consumului de droguri și de asistență psihologică vizând adolescenții care consumă droguri

A. Responsabilități legale în domeniul prevenirii consumului de droguri în rândul copiilor și adolescenților, al formării personalului și al asigurării asistenței psihologice pentru adolescenții care consumă droguri

Agenția Națională Antidrog (ANA) este agenția guvernamentală responsabilă de organizarea, implementarea și evaluarea programelor de prevenire a consumului de droguri⁷⁰.

ANA împarte această responsabilitate cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice în ceea ce privește programele de prevenire în rândul copiilor și adolescenților⁷¹.

Ministerul Sănătății (MS) are, de asemenea, atribuții în domeniul prevenirii consumului de droguri⁷², în cadrul responsabilității de promovare a sănătății și educație pentru sănătate. MS elaborează, prin structurile sale, programe naționale de sănătate ce au, printre altele, scopul de a preveni îmbolnăvirile și de a promova un stil de viață sănătos⁷³. *Programele naționale de sănătate se adresează populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și*

⁷⁰ Hotărâre nr. 461 din 11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, art. 2.

⁷¹ Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată 2014, art. 93.

⁷² Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată la 15.05.2014, art. 6c.

⁷³ *Ibidem*, art. 9.

prelungirea vieții de bună calitate. Programul național de educație pentru sănătate⁷⁴ include organizarea și desfășurarea campaniilor IEC destinate celebrării zilelor mondiale/ europene, conform calendarului stabilit anual, și campaniilor IEC cu teme stabilite pe baza unor priorități de sănătate specifice naționale.

Măsurile de prevenire a consumului ilicit de droguri vizează evitarea începerii consumului, întârzierea debutului acestuia, evitarea trecerii la un consum cu risc mai mare și promovarea unui stil de viață sănătos. Măsurile constau în activități de informare-educare, sensibilizare, deprindere de abilități și se desfășoară pe baza unor programe conform standardelor de calitate elaborate de Agenția Națională Antidrog, aprobate prin ordin comun al ministrului Sănătății, ministrului Muncii, Solidarității sociale și Familiei și ministrului Administrației și Internelor⁷⁵.

Evidența programelor de prevenire este realizată de Agenția Națională Antidrog, pe baza unei fișe standard⁷⁶.

Agenția Națională Antidrog a elaborat, conform atribuțiilor sale⁷⁷, prin consultare cu instituțiile cu responsabilități în domeniu, Strategia națională antidrog 2013-2020, Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale. Strategia și Planul de acțiune asigură cadrul legal necesar dezvoltării de activități de prevenire și alocării de fonduri pentru implementarea acestora și specifică instituțiile responsabile pentru implementarea activităților de prevenire prevăzute în strategie:

- Ministerul Afacerilor Interne prin Agenția Națională Antidrog,
- Ministerul Educației Naționale,
- Ministerul Tineretului și Sportului,
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice,
- autoritățile administrației publice locale,
- Societatea Română de Radiodifuziune,
- societatea civilă.

⁷⁴ Ordinul MS nr. 386/03.2015, Anexa 6, cap. VI.

⁷⁵ HG nr. 860 din 28 iulie 2005 (*actualizată*) 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, actualizată până la data de 11 ianuarie 2007*, art.4.

⁷⁶ HG nr. 860 din 28 iulie 2005, art 5.

⁷⁷ HG nr. 461 din 11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, art. 3, a), m).

B. Furnizarea serviciilor de prevenire a consumului de droguri (reducerea cererii)

Agenția Națională Antidrog furnizează, prin structurile sale teritoriale, centrele (regionale, integrate) de evaluare, prevenire și consiliere antidrog, servicii de prevenire a consumului de droguri⁷⁸, iar autoritățile administrației publice locale trebuie să sprijine derularea activităților de prevenire a consumului de droguri⁷⁹.

Agenția Națională Antidrog prevede următoarele *tipuri de intervenții de prevenire a consumului de droguri în unitățile de învățământ* (conform Standardelor minime de calitate ale programelor de prevenire a consumului de droguri în școală, care fac referire la Strategia națională antidrog în perioada 2005-2012 și la Planul de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2005-2008):

- *universale* – care se adresează întregii populații;
- *selective* – care se adresează segmentelor de populație cu risc crescut de abuz, printre care tineri în abandon școlar, tineri din familii de consumatori de droguri;
- *indicate* – au ca scop reducerea abuzului de substanțe la persoanele care prezintă semne de consum de droguri; se adresează tinerilor identificați drept consumatori activi sau care au predispoziție față de consum. Aceste activități de prevenire indicate se pot desfășura în școală, în comunitate, în familie.

- *Prevenirea consumului de droguri la nivelul unităților de învățământ*

Unitățile de învățământ și instituțiile descentralizate din cadrul sistemului național de învățământ preuniversitar – Centrele Județene de Asistență Psihopedagogică (CJAP), respectiv Centrul de Asistență Psihopedagogică al Municipiului București (CMBAP), Centrele Județene de Resurse și Asistență Psihopedagogică (CJRAE/CMBRAE) – colaborează cu CRPECA/CPECA în organizarea activităților de prevenire a consumului de droguri, la nivel școlar.

Dirigintele desfășoară activități de suport educațional, consiliere și orientare profesională pentru elevii clasei pe care o coordonează, între care educația antidrog (alături de cea rutieră, anti-infracțională, protecția civilă, educația antisismică și altele)⁸⁰. Dirigintele desfășoară și activități de suport educațional și consiliere pentru părinți. Dirigintele colaborează cu coordonatorul pentru proiecte și programe educative școlare și extrașcolare pentru informarea privind activitatea elevilor,

⁷⁸ HG nr. 461 din 11 mai 2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog, art. 6.

⁷⁹ HG nr. 860 din 28 iulie 2005, art. 6.

⁸⁰ Anexa 1 la Ordinul MECI nr. 5.132/10.09.2009 privind activitățile specifice funcției de diriginte, art.3, Ordinul MEN nr. 5.115/15.12.2014, ROFUIP, art. 65.

pentru soluționarea unor situații specifice activităților școlare și pentru toate aspectele care vizează procesul instructiv-educativ⁸¹.

Coordonatorul pentru proiecte și programe educative școlare și extrașcolare, cadru didactic titular, ales de consiliul profesoral și aprobat de către Consiliul de Administrație, *elaborează, propune și implementează proiecte și programe educative de intervenție și prevenire a absenteismului, a abandonului școlar, a violenței, a delincvenței juvenile, precum și programe pentru dezvoltarea abilităților de viață, de educație civică, promovarea sănătății, [...]. Consilierul colaborează cu șeful comisiei diriginților, cu responsabilul comisiei de învățământ primar, cu consiliul reprezentativ al părinților pe școală/ asociația de părinți, cu reprezentanți ai consiliului elevilor, cu consilierul școlar și cu partenerii guvernamentali și neguvernamentali*⁸².

Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică (CJMAP)/ Centrul Municipiului București de Asistență Psihopedagogică (CMBAP) oferă servicii de:

- informare, consiliere, documentare și îndrumare pentru preșcolari/ elevi, părinți și cadre didactice;
- prevenire și diminuare a factorilor care determină tulburări comportamentale, comportamente de risc sau disconfort psihic, de investigare psihopedagogică a copiilor și elevilor
- consiliere și cursuri pentru părinți.

Personalul centrelor monitorizează, prin intermediul profesorilor consilieri școlari proprii, situațiile de abandon școlar ridicat, risc privind consumul de droguri, tulburări comportamentale din unitățile de învățământ preuniversitar din județ/ municipiul București în care, din motive obiective, nu au putut fi normate posturi în cabinete școlare, urmând să prezinte rapoarte semestriale.

*CJAP/ CMAP recomandă părinților consultarea altor instituții pentru problemele care nu sunt de competența sa – centre logopedice, comisii de expertiză, cabinete medicale, cabinete psihologice*⁸³.

Profesorul consilier școlar din cabinetele școlare de asistență psihopedagogică participă, *la solicitarea unității de învățământ, la diverse proiecte și programe educaționale, colaborează cu personalul didactic al unității de învățământ, participă la consiliile profesorale, ședințele cu părinții, [...] organizează lectorate pentru părinți cu tematică specifică.*

Profesorul consilier școlar prezintă *în consiliul profesoral al unității de învățământ un raport de activitate semestrial, care cuprinde inclusiv măsurile ameliorative propuse pentru situațiile de*

⁸¹ Regulament de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar (ROFUIP), Ordinul MEN nr. 5115/15.12.2014, art. 67.

⁸² *Ibidem*, art. 60, 61.

⁸³ Ordin nr. 5.555 din 7 octombrie 2011 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea centrelor județene/ al municipiului București de resurse și asistență educațională, cap. II, art. 8,9.

criză, situațiile speciale și măsurile întreprinse pentru rezolvarea/ ameliorarea acestora, alte informații solicitate de unitatea de învățământ.

CJRAE/CMBRAE coordonează, monitorizează și evaluează, la nivel județean/ al municipiului București, activitatea Centrului județean de Asistență Psihopedagogică (CJAP)/ Centrului Municipiului București de Asistență Psihopedagogică (CMBAP) și a cabinetelor de asistență psihopedagogică, a centrelor și cabinetelor logopedice interșcolare, colaborează cu centrele școlare pentru educație inclusivă, în vederea asigurării serviciilor educaționale specializate, coordonează, monitorizează și evaluează servicii specializate de mediere școlară.

- *Prevenirea consumului de droguri la nivelul sistemului de protecție a copilului*

Serviciile publice de asistență socială organizate la nivelul municipiilor și oraselor, direcția generală de asistență socială și protecția copilului la nivelul sectoarelor municipiului București asigură consilierea și informarea familiilor cu copii în întreținere asupra drepturilor și obligațiilor acestora și asupra serviciilor disponibile pe plan local și asigură și urmăresc aplicarea măsurilor de prevenire și combatere a consumului de alcool și droguri [...].

- *Identificarea și referirea adolescenților integrați în învățământ care consumă droguri*

La nivelul unităților de învățământ preuniversitar, profesorul diriginte are cel mai important rol în identificarea consumului de droguri la elevii clasei pe care o coordonează, împreună cu consiliul clasei (cadrele didactice care predau la clasa respectivă, reprezentantul elevilor, reprezentantul părinților). Dirigințele are responsabilitatea de a monitoriza comportamentul elevilor în timpul activităților școlare și extrașcolare și de a informa părinții tutori sau susținători legali despre situația școlară, despre comportamentul elevilor, despre frecvența acestora la ore, sancțiunile disciplinare aplicate⁸⁴. Informarea se realizează în cadrul întâlnirilor cu părinții, precum și în scris, ori de câte ori este nevoie.

- *Circuitul informației și asigurarea confidențialității la nivelul unităților de învățământ*

Circuitul informațiilor cu privire la conduita unui elev în cadrul unităților de învățământ include cadrele didactice de la nivelul clasei (consiliul clasei), unității școlare (consiliul profesoral), reprezentantul părinților clasei și un reprezentant al elevilor din clasă (consiliul clasei).

*Consiliul profesoral are următoarele atribuții: hotărăște asupra tipului de sancțiune disciplinară aplicat elevilor care săvârșesc abateri*⁸⁵.

Consiliul clasei [...] este constituit din totalitatea personalului didactic care predă la clasa respectivă, din cel puțin un părinte delegat al comitetului de părinți al clasei, cu excepția claselor din învățământul postliceal și, pentru toate clasele, cu excepția celor din învățământul primar, din

⁸⁴ Regulament de organizare și funcționare a unităților de învățământ preuniversitar, Ordinul MEN nr. 5.115/15.12.2014.

⁸⁵ *Ibidem*, art. 49.

reprezentantul elevilor clasei respective și propune învățătorului/ institutorului/ profesorului pentru învățământul primar/ profesorului diriginte, din proprie inițiativă sau la solicitarea directorului ori a consiliului profesoral, după caz, sancțiunile disciplinare prevăzute pentru elevi, în conformitate cu legislația în vigoare⁸⁶.

Prin urmare, dacă comportamentul de consum de droguri al unui elev (în afara școlii sau în școală) va fi cunoscut și, cel mai probabil, evaluat ca fiind un comportament inadecvat (care încalcă regulamentul unității de învățământ), practic întreaga unitate de învățământ va afla acest lucru.

Consiliul clasei [...] (c) stabilește notele la purtare pentru fiecare elev al clasei, în funcție de comportamentul acestora în unitatea de învățământ preuniversitar și în afara acesteia, și propune consiliului profesoral validarea mediilor mai mici decât 7,00 și, respectiv, mai mici decât 8,00, pentru unitățile de învățământ cu profil pedagogic, teologic și militar sau a calificativelor „suficient” și „insuficient”, pentru învățământul primar⁸⁷.

- Informarea familiei și referirea pentru servicii de asistență pentru consumul de droguri

Dirigintele colaborează cu cabinetele de asistență psihopedagogică, în activități de consiliere și orientare a elevilor clasei și poate referi un elev care are probleme de comportament sau altfel de probleme către cabinetul de asistență psihopedagogică ori poate solicita sprijinul profesorului consilier școlar. În cadrul activității de consiliere desfășurate cu acordul părinților sau reprezentantului legal, profesorul diriginte poate identifica problema de consum de substanțe psihoactive și poate formula, conform atribuțiilor sale, recomandări pentru accesarea unor servicii specializate pe problematica respectivă, în cazul consumului de droguri, făcând referirea către CPECA sau către alt furnizor autorizat de servicii pentru consumatorii de droguri. În situația în care familia nu se prezintă la școală pentru consiliere și furnizarea acceptului pentru consilierea elevului care ar putea avea probleme legate de consumul de droguri, profesorul diriginte se poate adresa DGASPC cu o sesizare privind neglijarea copilului, conform art. 96 din Legea nr. 272/2004 actualizată în 2014.

Serviciile de asistență psihologică pot fi furnizate în sectorul privat (cabinete individuale, cabinete asociate, societăți civile profesionale) sau în sectorul public⁸⁸.

În sectorul public, serviciile de asistență psihologică pot fi accesate în cadrul instituțiilor de învățământ (consilieri școlari – absolvenți ai facultăților de psihologie), în cadrul instituțiilor/ serviciilor de asistență socială și protecția copilului sau în cadrul ambulatoriilor de asistență medicală de specialitate, spitalelor etc.

⁸⁶ Ordinul MEN nr. 5.115/ 15.12.2014, ROFUIP, art. 53.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ Legea nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, art. 6.

Serviciile de asistență psihologică pot fi furnizate de către psihologi care au dobândit atestatul de liberă practică, în limitele de competență prevăzute de acesta (psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie)⁸⁹.

4.1.4. Analiza reglementărilor legale din domeniul serviciilor sociale și de protecție a drepturilor copilului

A. Responsabilități legale în organizarea și furnizarea de servicii de prevenire a consumului de droguri la copii și de organizare și furnizare de servicii de asistență pentru copiii care consumă droguri

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin intermediul ANPDCA, are următoarele atribuții/ responsabilități în domeniul prevenirii consumului de droguri în rândul adolescenților, conform legislației în vigoare:

- Să deruleze programe de conștientizare a populației cu privire la problema consumului de droguri, în vederea recunoașterii primelor simptome de consum de droguri în rândul copiilor și a reducerii toleranței⁹⁰.
- Să sprijine derularea de programe de prevenire a consumului de droguri⁹¹ – prin intermediul autorităților administrației publice locale.
- Să ia, în colaborare cu Agenția Națională Antidrog, măsurile necesare pentru sprijinirea copiilor și familiilor prin consiliere, confidențială, și prin elaborare de politici și strategii care să garanteze recuperarea și reintegrarea copiilor dependenți de droguri, inclusiv prin dezvoltarea de metode de intervenție alternativă la instituțiile psihiatrice. De asemenea, are responsabilitatea de a dezvolta sisteme de colectare de date reale cu privire la apariția consumului de droguri la copii, evaluarea permanentă a acestor situații⁹².
- Să dezvolte și să diversifice serviciile de asistență integrată a consumului de droguri⁹³. Acțiuni: derularea de acțiuni de informare, educare, sensibilizare și conștientizare în vederea neînceperii consumului de droguri și alte substanțe nocive; dezvoltarea la nivel comunitar a

⁸⁹ Norme metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România.

⁹⁰ Legea nr. 272/2004, art. 88.

⁹¹ Regulament de aplicare a Legii nr. 143/2000, art. 6.

⁹² Legea nr. 272/2004, art. 93, par. 1.

⁹³ Obiectiv specific – Strategia pentru protecția copilului 2014-2020.

intervențiilor de identificare, atragere și motivare a copiilor care consumă droguri și alte substanțe nocive în servicii specializate de asistență integrată, adaptate nevoilor acestora.

DGASPC are ca atribuții în domeniul protecției adolescentului consumator de droguri:

- Să asigure și să urmărească *aplicarea măsurilor de prevenire* și combatere a consumului de alcool și droguri⁹⁴, ceea ce permite acestora să desfășoare inclusiv campanii de informare și educare.
- *Să asigure măsurile de protecție specială* pentru copilul aflat în dificultate⁹⁵ – plasament în regim de urgență, plasament, supraveghere specializată.
- *Să participe la implementarea măsurilor din planul individualizat de asistență* stabilit de managerul de caz din cadrul CPECA⁹⁶.

B. Furnizorii principali ai serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială pentru adolescenții consumatori de droguri sunt:

- Agenția Națională Antidrog, prin intermediul CPECA/ CAIA;
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin intermediul DGASPC, oferă servicii adolescenților consumatori de droguri atât în centre de zi, cât și în centre rezidențiale⁹⁷;
- Ministerul Sănătății și Familiei, prin Direcții de Sănătate Publică, UPU, cabinete medicale, spitale de psihiatrie;
- Ministerul Educației – inspectorate școlare, școli, cabinete de consiliere, centre de resurse, cabinete medicale școlare;
- Ministerul Justiției – centre de probațiune, penitenciare.

Furnizorii de servicii medicale, psihologice și sociale pentru adolescenții consumatori de droguri pot fi persoane fizice sau juridice, publice sau private, autorizate, care prestează servicii conform standardelor de calitate⁹⁸.

⁹⁴ Legea nr. 272/2004, art. 106, lit.f.

⁹⁵ Legea nr. 272/2004.

⁹⁶ Regulament de aplicare a Legii nr. 143/2000, art.18, 19.

⁹⁷ Legea nr. 272/2004.

⁹⁸ HG nr. 860/2005, art. 27, alin.1.

Conform HG nr. 860/2005, art. 27, furnizorii serviciilor menționate sunt:

- furnizori publici:
 - serviciul public de asistență psihosocială, prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA);
 - serviciul public de asistență medicală;
 - serviciul public de asistență socială (DGASPC, SPAS);
 - alte servicii.
- furnizori privați:
 - asociații și fundații;
 - persoane fizice și juridice autorizate;
 - organisme internaționale.

Conform Legii nr. 292/2011 – legea asistenței sociale –, furnizorii publici de servicii sociale pot fi structuri specializate din cadrul autorităților administrației publice, unități sanitare, unități de învățământ și alte instituții⁹⁹.

Direcțiile de Asistență Socială și Protecția Copilului

DGASPC este furnizor de servicii pentru copilul aflat în dificultate, în general¹⁰⁰, dar și pentru copilul consumator de droguri¹⁰¹.

În cadrul DGASPC sunt furnizate servicii pentru copilul aflat în dificultate, inclusiv pentru copilul consumator de droguri care se află în familie/ pe stradă, lipsit de protecție/ în sistemul de protecție a copilului (centre rezidențiale, asistență maternală).

Legea 272/2004, prin art. 36, permite reprezentanților DGASPC/ SPAS, atunci când au motive de a suspecta că viața și securitatea unui copil sunt primejduite în familie, să viziteze copiii în familie și să sesizeze instanța judecătorească. Acest articol al legii permite reprezentanților DGASPC/ SPAS să se autosesizeze și să intervină și în familiile în care există copii consumatori de droguri, în vederea identificării măsurilor adecvate de intervenție și de protecție.

Tipuri de centre de furnizare a serviciilor sociale

La nivelul DGASPC, pentru prevenirea separării copilului de părinții săi, precum și pentru realizarea protecției speciale a acestuia, inclusiv pentru adolescentul consumator de droguri, se pot organiza și pot funcționa următoarele tipuri de servicii:

⁹⁹ Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, art. 37.

¹⁰⁰ Legea nr. 272/2004.

¹⁰¹ Regulament de aplicare al Legii nr. 143/2000, art. 27 – furnizorii publici de servicii pentru consumatori.

- centre de plasament în regim de urgență;
- centre de plasament;
- centre de zi;
- adăpost de noapte;
- echipe mobile de intervenție;
- centre de consiliere pentru părinți și copii;
- centre de pregătire și sprijinire a reintegrării sau integrării copilului în familie;
- centre pentru dezvoltarea deprinderilor de viață independentă;
- servicii de tip familial.

În cadrul acestora se oferă asistență medicală primară, consiliere psihologică și socială, ergoterapie, informare, găzduire, îngrijire și supraveghere.

Legislația privind protecția copilului aflat în dificultate nu prevede înființarea de centre speciale pentru adolescenții consumatori de droguri, măsurile de protecție specială pentru aceștia fiind asigurate în cadrul centrelor/ familiilor de plasament, alături de alți copii aflați în dificultate din cauze diferite.

Nomenclatorul de servicii sociale în vigoare prevede, pentru persoanele adulte consumatoare de droguri, următoarele tipuri de centre:

- centre de zi pentru prevenire, evaluare și consiliere antidrog;
- centre rezidențiale de reabilitare socială pentru adicții.

Ordinul nr. 1.389/513/282 din 4 august 2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri menționează următoarele servicii:

- centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog;
- centrul de zi;
- centrul de asistență integrată a adicțiilor;
- centrele de tip comunitate terapeutică;
- locuința protejată;
- centrul de dezintoxicare;
- centrul de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

Noul *Nomenclator de servicii sociale*, aprobat în ședință de Guvern prin HG nr. 867/2015, prevede pentru persoanele **adulte** consumatoare de droguri, următoarele tipuri de servicii sociale:

Centre rezidențiale:

- centre rezidențiale de reabilitare socială pentru adicții;
- centre rezidențiale de tip comunitate terapeutică.

Centre de zi:

- centre de zi pentru prevenire, evaluare și consiliere antidrog;
- centre de zi de integrare-reintegrare socială;
- centre de zi pentru asistență integrată a adicțiilor;
- centre de zi pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri.

Servicii de intervenție în stradă pentru persoane cu diferite adicții:

- echipă mobilă;
- ambulanță socială.

Aceste servicii nu sunt însă menționate și la serviciile destinate copilului consumator de droguri, pentru care nu sunt prevăzute în nomenclator servicii speciale, el beneficiind de serviciile oferite copilului aflat în dificultate.

Pentru a fi autorizate de Agenția Națională Antidrog, centrele de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri trebuie mai întâi să fie acreditate ca furnizori de servicii sociale de către Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Noul nomenclator de servicii sociale, propus și aprobat în ședință de Guvern, nu menționează locuințele protejate și centrele de dezintoxicare. Nomenclatorul în vigoare și cel propus nu prevăd centre de servicii destinate special copiilor consumatori de droguri.

După regimul de acordare, serviciile se acordă în regim normal și în regim special: a) servicii acordate în regim de accesare, contractare și documentare uzuale; b) servicii acordate în regim special, cu eligibilitate și accesibilitate extinsă, care vizează măsurile preventive ce se oferă în regim de birocrație redusă și un set de servicii sociale care vor fi accesate de beneficiari doar în condițiile păstrării anonimului, respectiv de persoane dependente de droguri, alcool, prostituate, victimele violenței în familie etc. Serviciile acordate în regim special pot fi furnizate fără a încheia contract cu beneficiarii; c) categoria serviciilor acordate în regim special este reglementată prin lege specială¹⁰².

Contactarea și referirea

Contactarea adolescenților consumatori de droguri în vederea acordării serviciilor de asistență socio-psiho-medicală se realizează:

- direct – la solicitarea minorului/ reprezentantului legal¹⁰³; prin intermediul echipelor mobile de teren;
- indirect – la dispoziția procurorului; autosesizarea furnizorilor autorizați; sesizare terți.

¹⁰² Legea nr. 292/2011, art. 30 par. 6.

¹⁰³ Legea nr. 292/2011, art. 44; Regulamentul de aplicare al Legii nr. 143/2000, art. 13.

Adolescenții consumatori de droguri sunt orientați către furnizorii de servicii acreditați, de către familie, școală, serviciile de urgență, cabinete medicale și psihologice, ONG-uri, instituții de aplicare a legii, alți adolescenți consumatori, membri ai comunității etc. În legislație nu este prevăzută în mod clar obligația ca instanțele menționate mai sus să informeze DGASPC/ SPAS.

Articolul 48, alineatul 4 din Legea nr. 272/2004 precizează: „*Cadrele didactice au obligația de a semnală serviciului public de asistență socială sau, după caz, direcției generale de asistență socială și protecția copilului, cazurile de rele tratamente, abuzuri sau de neglijare a copiilor*”.

Articolul 3.2 din Legea nr. 272/2004 precizează că identificarea cazurilor copiilor aflați în dificultate se realizează prin cel puțin una din următoarele situații:

- a) solicitare directă din partea copilului și/ sau a familiei/ reprezentantului legal,
- b) referire din partea unei alte instituții, publice sau private,
- c) semnalare/ sesizare scrisă sau telefonică din partea unor alte persoane decât membrii familiei/ reprezentantul legal și
- d) autosesizare.

În general, cazurile copiilor consumatori de droguri aflați în dificultate sunt raportate de către comunitate/ instituții DGASPC-urilor. Ordinul nr. 1.216/2005 prevede ca și cazurile consumatorilor minori din *centrele de reeducare a minorilor* să se notifice de urgență, de către conducerea unității, direcției generale de asistență socială și protecție a copilului.

Pentru categoria copiilor consumatori de droguri se stabilesc și furnizează servicii în cadrul unui program integrat și continuu stabilit de CPECA; la stabilirea serviciilor este obligatorie prezența reprezentantului legal al copilului.

Reprezentantul legal, pentru copilul (consumator de droguri) aflat în familie sau în centrele de plasament având măsura de plasament stabilită cu acordul părinților, este părintele copilului.

Reprezentantul legal, pentru copilul (consumator de droguri) aflat în stradă sau în centre rezidențiale, în urma stabilirii plasamentului în regim de urgență, urmat de instituirea unei măsuri de protecție de către instanță, este directorul DGASPC, care delegă responsabilitățile exercitării drepturilor părintești reprezentantului DGASPC.

Legea nr. 272/2004, art. 57, alin. 3 prevede că măsurile de protecție specială a copilului, inclusiv a copilului consumator de droguri (plasament, supraveghere specializată) care a împlinit vârsta de 14 ani, se stabilesc numai cu consimțământul acestuia. În situația în care copilul refuză, măsurile se stabilesc numai de către instanța judecătorească, instanță care, în situații temeinic motivate, poate trece peste refuzul acestuia.

Art. 24 face referire la dreptul copilului de a fi ascultat și de a-și exprima opinia în orice procedură judiciară sau administrativă care îl privește.

Evaluarea

Evaluarea particularităților adolescentului consumator de droguri în vederea acordării serviciilor se face în mod obligatoriu în prezența reprezentantului legal, iar acordarea serviciilor se face prin intermediul metodei managementului de caz¹⁰⁴.

Evaluarea se realizează de către o echipă multidisciplinară, alcătuită din profesioniști cu specializare în asistența minorilor consumatori de droguri, sub coordonarea managerului de caz. Managerul de caz realizează primul interviu structurat cu minorul.

Managementul de caz

Stabilirea managerului de caz este prevăzută în următoarele acte legislative:

- *Decizia nr. 16/2006* a Agenției Naționale Antidrog – prevede ca, pentru consumatorul de droguri, managerul să fie stabilit de către CPECA, iar în situația în care acesta este copil, managerul de caz colaborează în elaborarea și implementarea planului individualizat de asistență cu DGASPC/ SPAS.
- *Ordinul nr. 288/2006, Standarde minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului* – prevede ca, pentru toți copiii aflați în protecție specială, să fie desemnat un manager de caz.
- *Legea nr. 272/2004, art. 91*, precizează ca toți copiii abuzați, neglijați și/ sau exploatați, aflați în evidență, să aibă desemnat un manager de caz.

În situația în care copilul se află în dificultate, managerul de caz este desemnat de către directorul DGASPC, prin dispoziție scrisă¹⁰⁵, iar pentru copilul consumator de droguri, managerul este stabilit de către CPECA¹⁰⁶.

În practică, întâlnim frecvent cazuri în care copilul neglijat/ părăsit/ abuzat etc., care necesită măsură de protecție specială, este și consumator de droguri. Pentru acesta, se va numi, imediat după stabilirea măsurii de protecție, un manager de caz din cadrul DGASPC, manager care răspunde de elaborarea și implementarea planului individualizat de protecție (PIP) pentru copiii separați de familie și a planului de reabilitare și/ sau reintegrare socială pentru copiii abuzați, neglijați și/sau exploatați, cu obiectivul final al reintegrării familiale și sociale.

Managerul de caz din cadrul DGASPC contactează CPECA în vederea desemnării unui manager de caz responsabil de componenta consumului de droguri și care urmează să stabilească și să monitorizeze implementarea PIA. În această situație, se aplică standardele atât pentru

¹⁰⁴ Regulament de aplicare a Legii nr. 143/2000, art. 12.

¹⁰⁵ Conform Legii nr. 272/2004 și Ordinului nr. 288/2006.

¹⁰⁶ Decizia MAI/ ANA nr. 16/2006.

managementul de caz în domeniul protecției copilului, cât și cele din domeniul asistenței consumatorului de droguri.

Capitolul al III-lea – Copii – al Deciziei nr. 16/2006 precizează că, în cazul evaluării copilului consumator de droguri în vederea includerii într-un program integrat de asistență și a implementării planului individualizat de asistență, managerul de caz din cadrul CPECA va colabora cu DGASPC/SPAS.

Din acest capitol rezultă că, pentru orice copil consumator de droguri luat în evidență de CPECA (copil din familie, care a solicitat direct sau prin reprezentantul legal serviciile CPECA/ copil aflat în evidență în urma solicitării procurorului etc.), va fi desemnat manager de caz din cadrul CPECA și va fi anunțată DGASPC.

Din analiza legislației specifice, reiese că în evidențele DGASPC ajung toate cazurile identificate ale adolescenților aflați în situații de dificultate care sunt și consumatori de droguri, inclusiv cele care s-au adresat direct CPECA, iar DGASPC este implicat în elaborarea și implementarea PIP și PIA.

4.2. Problematika adolescenților care consumă droguri

„Cel mai greu mi-a fost mie să suport milioanele de etichete, adresate atât mie, cât și băiatului meu, și felul în care eram priviți, ca și cum n-am fi făcut parte din țara asta, eram niște eșecuri, niște rateuri, niște nimeni. Toți părinții care trec prin asta sunt dărâmați, ar avea nevoie ca cineva să le ridice stîmă de sine, să li se spună că nu e o situație pe care ei au generat-o în mod intenționat. Pot fi probleme în familie care pot determina anumite comportamente, dar pot fi probleme ce pot fi rezolvate, dar din păcate nu-i un singur factor care generează consumul, că dacă ar fi, ar fi foarte simplu.”

„Dacă reușim să înțelegem că e dreptul lor să consume, cu condiția să nu strice relațiile cu cei din jur, pentru că eu asta mi-am dorit cel mai mult, să putem conviețui împreună și să conviețuiască și el cu oamenii cu care intră în contact la serviciu, prieteni, fără ca acest consum să-i ocupe toată ziua, toată viața și să fie singurul motiv pentru care trăiește.”

„Nu am întâmpinat greutăți în a fi asistată tot timpul de Antidrog, CPECA [...]. Nimeni nu l-a forțat, toată lumea de aici l-a lăsat în ritmul lui, pentru că nimeni nu poate să iasă din ceva când îi spui, ci fiecare când poate. În dependență trebuie să fie un moment când poți.”

(părintele unui tânăr care a consumat droguri în adolescență)

Capitolul de față își propune să prezinte sumar o perspectivă asupra experienței de consum de droguri a adolescentului. Descrierea experienței consumului și a asistenței specializate pentru

problema consumului includ inițierea consumului de droguri de către adolescent – problematică cu care se confruntă înainte ca părinții să afle –, reacția și dinamica relațiilor familiale pe parcursul accesării serviciilor de asistență, precum și reacția socială. Câteva idei legate de nevoile adolescenților care consumă droguri și ale părinților celor aflați în această situație sunt prezentate, de asemenea, în acest capitol.

Una dintre limitele cercetării este aceea de a nu fi reușit colectarea de date de la mai mulți părinți ai unor tineri care au consumat droguri. Unica mărturie a cercetării relevă un exemplu de bune practici în asistența și managementul de caz din partea CPECA (dintr-unul dintre județele incluse în cadrul cercetării), la care părintele a ajuns prin intermediul DIICOT.

Mărturia parentală prezentată este foarte importantă în demonstrația tezei conform căreia asistența pentru un adolescent care consumă droguri implică asistență oferită părinților.

Comportamentul de consum

Inițierea consumului are loc în anturaj, cu prietenii, în perioada adolescenței (16-17 ani) sau chiar și în preadolescență (13 ani), pe fondul unor probleme familiale sau de integrare școlară.

„Am început să beau puțin și apoi, în spatele blocului, când s-au deschis magazinele [de vise], băieții mai mari au zis: «hai să facem chetă, să cumpărăm și noi, să vedem despre ce e vorba», și așa am început eu, ușor, ușor, să consum droguri. Mai apoi, am început să consum week-end de week-end. Într-o vacanță de vară am decis să fumez zilnic.[...] Am dat de farmaceutice, am încercat prima oară T[...] R[...], mi-au plăcut în mod special halucinogenicele și apoi am încercat pastilele de la Coffee Shop, care conțineau codeină, am încercat mefedrona care era în S[...] G[...], apoi am avut experiențe cu inhalante, în special prenazal, care mi-a plăcut foarte mult, pentru că era halucinogenic.” (tânăr, consumator de droguri în adolescență)

„Prin seringă [direct]. Eu m-am uitat, eu știam deja de mult cum se face și am făcut împreună cu prietenul meu câteva linii și așa am făcut și de atunci mi-a plăcut și apoi m-au luat răurile și așa a început. [Prima oară] m-a injectat cineva, un prieten de-al meu.” (tânăr, 18 ani)

Drogurile consumate includ substanțe psihotrope stimulente și inhibitoare, de sinteză și semisinteză, medicamente utilizate în afara cadrului de asistență medicală:

„SNPP, medicamente psihotrope, heroină, MDMA, ecstasy, cocaină.” (tânăr care a consumat droguri din adolescență)

„Numai heroină.” (adolescent, 18 ani)

Frecvența consumului variază într-o gamă care are la o extremitate consumul ocazional, iar la cealaltă, consumul zilnic, repetat de mai multe ori pe zi.

„Zilnic, cât de des puteam, cât de des aveam bani.” (tânăr, consumator de droguri în adolescență)

„Dacă vine un prieten pe la mine și spune «hai să facem și noi»... fac, și așa des... cam de 3-4 ori pe săptămână. Nu sunt înrăit, cum s-ar spune.” (adolescent, 18 ani)

„Non-stop. Zi de zi.” (tânăr consumator de droguri din adolescență)

„... în fiecare zi, de 4-5 ori.” (adolescent, 18 ani)

Modalitățile de consum utilizate de adolescenți acoperă, de asemenea, toate posibilitățile:

„Fumând, trăgând pe nas, luând pastile și inhalare.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Prin seringă.” (adolescent, 18 ani)

Cauzele inițierii consumului

Relaționarea familială marcată fie de neglijare (adesea, involuntară), fie de control și autoritate în exces; sau durerea psihologică a copilului/ adolescentului, corelată cu problemele familiale sau probleme legate de adolescență (școală, relații romantice):

„Nu am avut părinți. Sunt al nimănui.” (tânăr, 18 ani)

„Certuri acasă, tata fiind alcoolic, nu mai rezistam, nu mai aveam cu cine să vorbesc și am zis că... încerc o dată, ce poate să se întâmple?” (tânără care a consumat droguri în adolescență)

„Am înțeles pe parcursul consilierii că el [fiul] era supărat pe mine pentru că tatăl lui s-a recăsătorit și, înainte de asta, când noi eram deja despărțiți, a avut o convorbire brutală cu el, era foarte îndrăgostit tatăl și i-a spus băiatului că nu mai vrea să știe de el. [...] Intrând la liceu, unde provocările sunt mult mai mari... fiind atunci înființate Magazinele de Vise, fiind un copil supradotat... [...] Așa, consumul lui s-a agravat, pentru că, în dependență, un om are o mare durere sufletească pe care trebuie să o umple cu ceva.” (părinte)

„Toți purtau o durere din diverse motive: că nu-și găseau ușor locul în liceu, că nu-și găseau locul în casă, că nu-și găseau locul în cartier, că unii aveau mai multe valori materiale ca alții, că unii erau crescuți în presiunea de a învăța, că-și doreau relații sentimentale și nu puteau să le abordeze. Părinții habar nu au prin ce drame trec copiii lor și ce catastrofă poate fi, de exemplu, refuzul unei fete.” (părinte)

Modelele familiale:

„Persoanele cu care stau sunt și ele la fel ca și mine, în casă cu mătușa mea, care se droghează și ea.” (tânăr, 18 ani)

Experiența, percepția subiectivă a consumului de droguri

Tinerii intervievați au descris experiența căutată de ei în consumul de droguri, anume bucuria, uitarea problemelor, energia, curajul, încrederea în sine, experiență pe care, din păcate, nu au găsit-o într-o altă manieră, utilă și fără riscuri.

„Multă lume ar spune că perioada de consum este o perioadă foarte urâtă, dar eu am avut și experiențe pozitive, care pe mine m-au format ca om și mi-au dat o altă viziune asupra societății noastre, deci are și părți rele, are și părți bune [...] Am cunoscut oamenii din toate ramurile societății, inclusiv copii de bani gata și boschetari, oameni cu probleme, oameni fără probleme, diferite tipologii de oameni pe care am putut să le analizez.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„[...] diferite tipuri de halucinații, pentru că am luat diferite halucinogene. Combinam 10 pastile de R. cu câteva picături de H., cu prafuri, etnobotanice și alcool, ieșea un cocktail foarte puternic. Și de la ciuperci și de la timbre sintetice am halucinat. [...] Paranoia? Da. Am combinat două T. [...] cu o sticlă de prenadez, eram singur pe stradă, noaptea, pentru că, dacă ești singur și consumi halucinogene, efectul se dublează, nu mai are cine să te țină legat de realitate și atunci am fugit de foarte multe ori din centrul orașului până la mine acasă și înapoi, crezând că mă urmăresc umbre, fantome, ninja, multe, multe chestii, dar în general umbre. Simțeam că umbrele mă atacă.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Frumoasă, ce pot să spun? Mi-a plăcut, îmi dă energie, curaj, te simți așa, într-un anumit fel, te simți în lumea ta [...] Îmi dă energia aia care îmi place mie, te simți cu putere, bazat pe tine, îți dă încredere, te simți altfel.” (adolescent, 18 ani)

„Foarte frumoasă, foarte drăguț, uiți de probleme și ajungi într-o altă lume... tocmai d-asta consumam. Ce atâtea scandaluri? Hai să mergem să fumăm, viața e frumoasă, trebuie trăită.” (tânără, consumatoare de droguri în adolescență)

Problemele asociate consumului de droguri includ probleme grave de sănătate, deteriorarea capacității de a învăța, deteriorarea relațiilor cu familia și persoanele relevante (prieteni, colegi, cadre didactice), delincvență:

„Eu am fost mereu un copil căruia i-a plăcut cartea, să studieze, să citească, eram printre primii mereu la școală. Când am început, școala nu a mai fost o prioritate, am lăsat-o acolo... Asta m-a deranjat, că dintr-un copil bun, printre primii în clasă, am ajuns să mă târăsc, să mă rog de profesori: «îmi dați și mie un 5, să trec și eu, vă rog?»” (tânără care a consumat droguri în adolescență)

„A început școala, a X-a. A început să chiulească, eu să fiu chemată la școală. S-a purtat urât cu profesorii, că ei când consumă spun lucruri oribile și urlă; a început să slăbească îngrozitor. A slăbit foarte tare, a avut probleme neurologice [...] și inima afectată o

perioadă. Sunt foarte multe substanțe în etnobotanice care nu se cunosc.[...] medicul [...] care e specializat pe dependențe mi-a explicat că psihoza maniacoală în care a intrat era efectul tot unor substanțe necunoscute [...] nu știu dacă nu cumva va rămâne cu sechele psihice și nu știm dacă nu vor apărea niște boli pe parcurs.” (părinte)

„Am fugit și trei zile de acasă. În a doua zi m-am întors acasă, am spart ușa casei, am luat laptop-ul și am plecat spunându-i «oprește-mă, dacă poți!»” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Am schimbat cinci licee, pentru că orice școală din România – generală, liceu – preferă să dea afară, decât să te ajute. Psihologul școlii este un psiholog bun, dar nu este pregătit să facă față unei persoane în consum, pentru că trebuie foarte multă psihoterapie cognitiv-comportamentală și majoritatea nu sunt pe cognitiv-comportamentală. Toate școlile se feresc, pentru că dau rapoarte și, la sfârșit, trebuie să arate acolo că nu au niciun consumator în școală, din păcate, în loc să recunoască adevărul.

Am făcut o dată o supradoză de H. și am avut aproape stop renal și stop cardiac, am avut și probleme la ficat. A fost singura dată când nu m-am uitat pe internet să văd dozajul pentru consumul uman când vrei să iei H. ca drog. În rest, mă uitam și analizam în funcție de kilogramele mele ce dozaj să iau, ca să nu mor, am fost grijuliu.

Am avut un grup de prieteni din copilărie, dinainte să mă apuc de droguri. N-am mai discutat cu ei foarte mult timp și, de obicei, aici s-ar fi încheiat o relație, dar norocul meu a fost că, după ce mi-am revenit, m-am dus la ei și m-au primit cu brațele deschise.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Cam după două luni am avut răuri, ca un drogat normal.” (tânăr, 18 ani)

Intervenția familiei sau a altor adulți relevanți

Aflarea, de către părinți, a faptului că fiul sau fiica lor consumă droguri are loc în împrejurări diverse, în situația în care există semne, se monitorizează situația școlară sau prin intermediul unui covârșnic, spontan sau la cererea părinților.

„[Am aflat] în momentul în care am ajuns la liceu, într-a IX-a, să-i verific situația școlară. Lipsisem de acasă [...] veneam numai seara, pentru că mama era bolnavă de Alzheimer. [...] Eu, bazată fiind că el e un copil care știe să se gestioneze singur, avea șase corigențe și un comportament haotic și agresiv, dar eu am pus-o pe seama adolescenței și a faptului că am lipsit de-acasă. [...] Am rugat un vecin tânăr să se ducă în cartier și să afle adevărul și băiatul s-a dus și a venit și mi-a spus: «consumă droguri». Când a venit băiatul acasă, l-am întrebat: «tu consumi droguri?» și el mi-a zis: «da». Eu nu am știut asta, că el spunând «da», de fapt era primul strigăt de ajutor... a recunoscut foarte ușor.” (părinte)

„Da, toată lumea a observat, dar în momentul când tu refuzi ajutorul, nici nu o să-ți apară de nicăieri. Și poate nici nu conștientizezi că refuzi; în interiorul tău, ca și consumator, urli, țipi.”(tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Din vorbă în vorbă, că a auzit de la un băiat, de la o prietenă a ei, că fi-tu așa... și s-a auzit, că așa se aude. ” (adolescent, 18 ani)

Semnele consumului sunt modificări clare de comportament:

„A început să aibă excese agresive verbale cu mine, urâte, foarte urâte, pe care eu nu le-am înțeles.” (părinte)

„A dispărut tot aurul din casă și m-a întrebat unde e aurul și am spus că l-am vândut pentru droguri. Așa a aflat că consum.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Părinții nu prea știu, bănuie ei ceva, dar nu prea [...] sunt foarte cuminte, adică nu am nici un dosar la poliție, nu... acuma, dacă intru la o secție de poliție și mă dă pe calculator, sunt curat. Nu am furat, îmi văd de treaba mea...” (adolescent, 18 ani)

Accesarea serviciilor de asistență

Reacția parentală – apelul la servicii

Aflarea și conștientizarea consumului de droguri al fiului sau fiicei provoacă reacții diferite (inclusiv lipsa de reacție). Se întâlnește și situația în care părinții aleg să creadă negarea stângace a consumului de către fiu sau fiică, despre care un terț le spusese că ar consuma droguri, fără să verifice, fără să insiste, fără să facă recurs la servicii specializate pentru asistență. Este posibilă și situația în care părintele se raportează la serviciile de asistență, chiar și în situația în care adolescentul consumator refuză sistematic asistența de specialitate. Un părinte poate fi beneficiarul serviciilor de asistență, inclusiv de formare, ca un mijlocitor al acestora, pentru fiica sau fiul care consumă droguri.

„Mi-a spus: «De ce faci așa ceva, că nu e bine [...]?» I-am spus că «nu e adevărat, mamă, nu te mai lua după lume, că eu nu fac așa ceva, sunt cuminte...»” (tânăr consumator de droguri, 18 ani)

„Nu a fost o căutare, m-au trimis de la DIICOT. [...] În momentul ăla, eu m-am dus la poliție [...] cu gândul să spun că ceva nu e în regulă, că baiatul meu consumă droguri. Acolo a fost foarte OK, cineva în civil, mare în grad, m-a trimis la Antidrog și eu m-am dus să caut Agenția, nu știam că există așa ceva și am ajuns la Antidrog obosită, sfârșită, enervată că poliția nu face nimic; și când am deschis ușa acolo, [...] care este șeful Antidrog, m-a întrebat ce anume caut și eu i-am zis că am un copil care consumă și am izbucnit în plâns. Din momentul ăla, după ce m-a lăsat să plâng, am intrat în consiliere. Am fost preluată cu multă bunăvoință și cu multă atenție, cu multă milă, ei toți mergeau parcă

în vârful picioarelor pe lângă mine, eu așa am avut senzația. [...] Am urmat la centru cursurile de pregătire ca persoană de suport. [...] Contează prezența părintelui și pregătirea lui, că pe copil nu-l poți duce cu forța.” (părinte)

„Păi, dacă mătușa mea e la fel ca mine, mă înțelege, stau la ea, nu stau la mama și la tata, mă înțeleg bine cu ea. [...] Mama și tata, da, [m-au întrebat] dacă fac așa ceva, am spus că nu, că nu puteam să spun că da, că mi-e rușine de ei. Chiar dacă ar ști că fac așa ceva, eu m-am ferit; de exemplu, dacă aș face droguri, nu m-aș duce în casă chiar acum, stau afară una-două ore, până mi se duce starea de somnolență, d’astea. Și apoi aș intra în casă.” (tânăr consumator de droguri, 18 ani)

Atitudinea adolescentului consumator de droguri în raport cu accesarea serviciilor

Este o atitudine fie de amânare a solicitării ajutorului și de negare a consumului față de părinți, fie de refuz total al accesării oricărui serviciu, până la limita situației în care suferința este de nesuportat. Aderența la servicii sau la planul terapeutic este marcată de întreruperi, situație frecvent întâlnită în demersul terapeutic.

„Nu am fost la nimic, nu am cerut ajutor. Că, dacă eu mi-am făcut singur, nu am cerut la nimeni ajutor. Eu am vrut, eu mi le trag, dacă eu am decis să fac așa ceva... așa... nu am cerut la nimeni. Bineînțeles că vreau să mă las, să vorbesc cu cineva să nu mai fac așa ceva, mă gândesc la un psiholog sau așa ceva... nu știu... ceva. [De programul de reducere a riscurilor am aflat...] de la o prietenă care vine aici să ia seringi; se aude. [Teste pentru HIV, hepatite virale] le-am făcut la spital, când am fost cu mătușa mea... nu prea mi-aduc aminte... la Bagdasar...” (tânăr, 18 ani)

„Atunci a venit mama pe la CPECA și m-au dus la Cluj, acolo mi s-au făcut un set de investigații, am stat o săptămână, ar fi trebuit să stau șase luni sau trei, nu mai rețin, dar eu am refuzat pentru că știam că am școală și nu voiam să o las.” (tânără care a consumat droguri în adolescență)

„Au încercat să-l aducă și pe el la consiliere, dar el a refuzat categoric. A venit o dată forțat de mine, în prima parte a consumului. Deci, a fost o dată, dar disimula foarte mult și nu au reușit să facă consiliere cu el. [...]

După episodul ăsta, când a venit din spital, cam la o săptămână, două, și-a dorit să vină să discute ca un om normal, așa și-a dorit el – «vreau să fiu un om normal» – și a venit și am discutat așa în patru, o discuție amiabilă, nu a fost o consiliere, și apoi a mai venit singur. Nu am întrebat ce anume discuta, nu mai era problema mea.” (părinte)

„La început am fost foarte refractar și nu am apelat la nimeni. Nu pentru că mi-a fost rușine, frică. Când ești în consum, nu poți să privești în afara consumului.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Mama a apelat și s-a dus la Antidrog, unde a fost pregătită să-mi fie mie persoană de suport. După ce m-am lăsat, am vrut și eu să-i cunosc. Am interacționat și eu cu ei, am devenit voluntar, am început și eu să discut despre problema mea în fața mulțimilor, ca să-i ajut pe alții la rândul meu.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„La un moment dat, ai mei m-au trimis la un centru din Sibiu pentru adicții femeii, acolo am stat o lună; n-am mai rezistat, am ajuns acasă și, primul lucru pe care l-am făcut când m-am întors, a fost să iau bani și să mă duc să-mi cumpăr și tot așa, tot injectabil. Chestia asta am făcut-o singură, fără să-mi anunț vreun prieten – eu am vrut, am luat bani, m-am dus și mi-am luat.” (tânăra, consumatoare de droguri în adolescență)

Accesarea serviciilor și dinamica relațiilor familiale

Accesarea serviciilor de asistență de către un adolescent, aderența sa la planul de asistență sunt acțiuni care sunt determinate de dinamica familială; este posibil ca refuzul de participare să fie, în unele cazuri, un comportament de opoziție la decizia, sau chiar presiunea, parentală.

„Văzând că el [...] nu reduce consumul, nu discută cu mine, e din ce în ce mai agresiv [...], am decis atunci să-l constrâng să mergem la o clinică de detox [...]. Nu am putut să-l conving, el era extrem, extrem de atașat de grupul de consumatori [...] și am început să-i iau cheia de la casă. Nu i-am mai permis să intre în casă până nu veneam de la serviciu, el și așa se ducea la școală când voia, iar când se ducea, urla la profesori. [...] am început să nu mai cumpăr mâncare în casă ... [...] am dus un război civil, de gherilă, eu nu mă lăsam, el nu se lăsa. [...] fiindu-i foarte frică și fiind și foarte instabil emoțional de la consum, înfrigurat, înfricoșat, fără bani, a fost momentul când el a zis «vreau să mă las, vreau să mergem la Cluj». [...] și am ajuns amândoi la Cluj, după 14 ore cu trenul, evident că în fața clinicii a dat înapoi: «e psihiatrie, nu stau aici» [...] atunci l-am internat la Cluj.

Mă gândisem la un moment dat ce-am de făcut dacă moare, că slăbea îngrozitor și nu mai era agresiv verbal cu mine [...] Și atunci am respirat adânc și am zis să așteptăm, să mă dau deoparte, ce-o să fie, o să fie, să facă Dumnezeu, că eu nu mai pot să fac nimic. Am avut o crisperie teribilă, dimineața mă trezeam că sunt cu pumnii strânși și nu înțelegeam de ce mă dor așa [...]. Efortul pe care l-am făcut eu, să nu mă amestec, a fost foarte greu, pentru că eu eram o mamă-cloșcă, știi cum sunt toate mamele din România, așa cum el știa, dar eu nu știam.

[...] La un moment dat, m-a chemat să vin să stau cu el, eu am venit, nu i-am pus nicio întrebare și mi-a zis: «știi, eu de azi înainte nu mai ies din casă». A stat internat, a intrat în tratament, eu l-am susținut în toată perioada lui cât a stat acolo, nu l-am abandonat, m-am dus de două ori pe zi, știam cât de important e felul în care mă duceam spre el, fără să-l judec, fără întrebări, mi-am exprimat dragostea și protecția de mamă față de el în perioada cât a stat în spital. [...] noi avem o relație foarte bună, îi respect limitele, îi respect zilele proaste, nu pun întrebări nepotrivite, nu fac din fânțar armăsar.” (părinte)

Experiența accesării serviciilor

În general, în procesul de recuperare intervine și recunoașterea beneficiilor serviciilor de asistență de specialitate. Remarcabil este faptul că unii dintre adolescenți conștientizează procesul de învățare parcurs în traseul de recuperare din dependența de droguri, dar și faptul că, pe parcursul consumului, unii dintre ei au încercat să se documenteze și să respecte reguli care i-au ajutat să diminueze consecințele cele mai grave ale consumului.

„Consiliere care a fost foarte importantă pentru mine, apoi multe training-uri, multe cursuri despre droguri, ca să înțeleg mai bine consumul, pentru că nu înțelegeam cum acționează chimicalele în corp, cum ajung în creier și asta m-a ajutat pe mine să înțeleg. Și când am recăzut, am gândit altfel problema, pentru că aveam informațiile de bază, știam cum acționau drogurile în creier, nu cum ne învăța la școală că marijuana omoară.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Mergeam la farmacie și ne luam două seringi; nu ne permiteam să ne luăm ser, dar luam o sticlucă de apă plată și fiecare cu siringa și acul ei. Foloseam siringa și apoi o aruncam, doar costa 50 de bani, ce rost avea să folosim aceeași siringă și la a II-a doză? – și ăsta a fost norocul. Puteam acum să am cine știe ce. Înainte să plec la S[...], mi s-au cerut toate analizele și au ieșit bine toate.” (tânără care a consumat droguri în adolescență)

„[M-au ajutat] foarte mult. Am fost afară și am văzut cum sunt acolo clinicile de recuperare, cum stai șase luni în ele. Noi nu avem așa ceva, dar mă bucur că există măcar minimul acolo. Deci, dacă vrei să te lași de droguri, se poate. Doar că nimeni nu știe cum, pentru că nu sunt mediatizate. Eu n-am știut că există Antidrog în [...] până nu mi-a zis mama. Am fost la psihologul școlii, am stat puțin de vorbă cu el. Era un psiholog bun, chiar pe cognitiv-comportamental, dar disimulam foarte mult, eram manipulator. El era conștient de asta, dar nu avea ce să-mi facă, așa eram eu, fiind și în plin consum.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

Da... fiecare om din jurul meu a pus câte o cărămidă ca eu să mă reclădesc pe mine. Tot ce a fost nevoie din partea mea a fost un pic de voință; am pus piciorul în prag și am zis: «gata, de azi nu mai vreau să consum». Atunci am cerut ajutor și l-am primit, pentru că lumea din jurul meu a fost pregătită.” (tânăr, consumator de droguri din adolescență)

„Serviciul de dezintoxicare tot de la Antidrog mi l-au găsit, nu eu am căutat, ei au imaginat planul strategic pentru situația în care [fiul] ar vrea să meargă. Știau când era în policonsum, când consuma de toate, nu injectabil, dar de toate, știau de la mine și ei au ales această clinică de la Cluj, care e specializată pe policonsum. Nu am întâmpinat greutăți în a fi asistată tot timpul de Antidrog CPECA [...]. Nimeni nu l-a forțat, toată lumea de aici l-a lăsat în ritmul lui, pentru că nimeni nu poate să iasă din ceva când îi spui, ci fiecare când poate. În dependență trebuie să fie un moment când poți.”

O foarte bună echipă, foarte bine specializați, foarte frumoși s-au purtat cu el. A stat o lună de zile, după o lună mi l-au dat cu tratament acasă, cu condiția să vin în fiecare lună să-l vadă și cam doi ani de zile am făcut acest drum la Cluj și a luat medicamente. Însă, în această perioadă, cam după un an de zile, a început să nu mai ia medicamentele; ăsta a fost semnul că nu mai vrea tratamentul și că se apropia o recădere. Întâi a trecut în alcool la modul violent, a înlocuit drogurile cu alcoolul. [...] alcoolul l-a afectat foarte tare.

Mie mi-ar fi folosit foarte mult dacă, de la Cluj, l-aș fi dus într-o comunitate terapeutică. Era un mare avantaj pentru a nu-l scoate din mediul protectiv al dezintoxicării și a-l reintroduce în mediul de acasă, pentru că acasă erau tot consumatori, era același spațiu [...] dacă aș fi avut comunitate terapeutică, probabil susținută de stat, pentru că probabil nu aș fi avut bani să plătesc șase luni de zile, ar fi fost extrem de bine.

Da, și în mare parte, [ajutorul] cel pe care l-a primit prin mine de la Antidrog a fost fenomenal.” (părinte)

Serviciile de asistență primite nu au fost și nici nu ar trebui să fie plătite, ci au fost și ar trebui susținute de la bugetul de stat sau local :

[A trebuit să plățiți serviciile?] „Nu, sub nicio formă.” (părinte)

Reacția socială

În multe cazuri, reacția socială în raport cu o familie care se confruntă cu consumul de droguri este descurajatoare, stigmatizantă și lipsită de empatie.

„Am înghițit destule consilii profesionale unde am fost făcută praf și pulbere despre educația pe care i-am dat-o, despre felul în care nu știu să cresc un copil, mereu mi se spunea să fac o cerere de exmatriculare, tot tacâmul.” (părinte)

Nevoile familiilor și adolescenților care consumă droguri

Nevoia cea mai mare este cea de înțelegere din partea societății (unități de învățământ, unități de asistență medicală) și de suport din partea furnizorilor de servicii.

„[este nevoie de] o recunoaștere a școlii românești că există foarte mulți consumatori, ei amână această problemă de câțiva ani de zile și, în interiorul școlilor generale, vorbesc de ciclul II, de cel gimnazial, dar și în licee, și în cel universitar, chiar și la locul actual al copilului meu, sunt foarte mulți consumatori.” (părinte)

„Mi se pune în față o hârtie și mi se explica de fiecare dată: «liceul nostru nu are consumatori și nu va avea niciodată». Lucrurile nu erau chiar așa, pentru că copilul meu consuma cu alți consumatori tot în interiorul liceului și mai ales la baie se consuma foarte mult.” (părinte)

Sugestii pentru furnizarea serviciilor de asistență

Asigurarea unui serviciu minimal, format dintr-un medic și un psiholog specializați, în fiecare oraș.

„Cred că în fiecare oraș, chiar dacă este mic, ar trebui să existe cel puțin un medic și un psiholog specializat, pentru că sigur la urgență, într-un oraș de 10.000 de locuitori, ajung consumatori. Nu plecați cu ideea că, dacă îl țin trei zile și îi fac o perfuzie, l-am scăpat. Consumatorii nu au deloc încredere în serviciile astea, iar părinții sunt haotici, nici ei nu știu ce să ceară și atunci ar fi foarte important dacă ar exista mai multă toleranță în toate comunitățile și dacă ar exista servicii specializate, pentru ca, atunci când un consumator are nevoie de ajutor, să vină singur, să știe că acolo cineva îl ascultă, îl îndrumă și îl tolerează și nu-l sancționează. Lipsesc servicii în comunitate, noi aici, în oraș, nu avem servicii pentru consumatorii de injectabile, schimbul de seringi este foarte important.”
(părinte)

Organizarea suportului terapeutic în ritmul adolescentului sau tânărului consumator, cu respectarea ritmului său de schimbare.

„Dacă reușim să înțelegem că e dreptul lor să consume, cu condiția să nu strice relațiile cu cei din jur, pentru că eu asta mi-am dorit cel mai mult, să putem conviețui împreună și să conviețuiască și el cu oamenii cu care intră în contact la serviciu, prieteni, fără ca acest consum să-i ocupe toată ziua, toată viața și să fie singurul motiv pentru care trăiește...”
(părinte)

Reușite, visuri și planuri de viitor

Consumul de droguri nu este o fatalitate. Cu ajutor specializat și multă înțelegere în familie, experiența consumului, a abuzului și dependenței pot fi depășite; răspunsul social de înțelegere, acceptare și gestionare în cunoștință de cauză a problemei de consum la un elev sau student sunt de ajutor în recuperare.

„M-am pus la locul meu, m-am apucat de învățat, am luat bacul. Eram sub tratament când am luat bacul, cred că eram pe jumătate nebună, dar am reușit, din prima chiar! Și cu toate astea, niciun coleg nu-mi dădea vreo șansă, toți spuneau: «n-ai să iei bacul!», profesorii: «n-ai să iei bacul!». Totuși, au avut încredere și m-au băgat în bac și am reușit să nu-i dezamăgesc. La geografie, cel puțin, am rămas corigentă pe primul semestru și profesorul nu a vrut să mă bage în bac. E, m-a băgat, și la geografie am luat nota cea mai mare: 9,60!” (tânără care a consumat droguri în adolescență)

Concluzii

Serviciile existente nu sunt suficient mediatizate și conectate între ele.

Nu există toate serviciile prevăzute de legislație și necesare asigurării lanțului terapeutic.

Multe unități de învățământ evită recunoașterea consumului de droguri în rândul propriilor elevi și a faptului că, de asemenea, multe școli nu pot gestiona prezența unui adolescent consumator în unitatea școlară.

Dacă există responsabilitate și interes pentru atribuțiile de serviciu, intervenția instituțiilor este profesionistă, eficientă și apreciată de către beneficiari.

Serviciile de asistență pentru consumatorii de droguri trebuie să fie gratuite; un părinte, o familie nu își poate asuma costurile serviciilor de asistență, care pot fi de lungă durată și foarte ridicate.

Serviciile de reducere a riscurilor sunt importante pentru prevenirea infectării cu HIV și hepatite virale; farmaciile care vând seringi sunt, de asemenea, o componentă importantă a lanțului de servicii și furnizori de servicii.

Organizarea suportului terapeutic în ritmul adolescentului sau tânărului consumator, cu respectarea ritmului său de schimbare.

4.3. Analiza furnizării serviciilor

4.3.1. Analiza descriptivă a furnizării serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, managementul de caz (CPECA, furnizori de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri)

A. Profilul adolescenților consumatori de droguri care au beneficiat de servicii

Din perspectiva specialiștilor, beneficiarii adolescenți ai serviciilor sunt din mediul urban, dar și din cel rural, cu vârste chiar și sub 14 ani. Drogurile consumate de adolescenții beneficiari ai serviciilor CPECA și altor furnizori specializați sunt: marijuana, SNPP, inhalante (aurolac). Unii dintre adolescenți nu știu să spună nici măcar ce tip de drog au consumat. Modalitatea de consum este reprezentată de fumat, inhalare, injectare.

Minorii consumatori de droguri provin din familii destructurate, cu părinți care au probleme de dependență, tulburări de comportament, un stil de viață cu risc ridicat ori istoric de detenție, sau din familii stabile. Adolescenții din prima categorie sunt întâlniți pe stradă de către organizații care oferă servicii sociale sau de reducere a riscurilor persoanelor vulnerabile; cei din a doua categorie sunt din școli sau licee, în unele cazuri din unități școlare cu reputație în privința rezultatelor bune ale elevilor.

Numărul adolescenților consumatori problematici de droguri este apreciat de către unii specialiști ca fiind redus, în timp ce numărul consumatorilor minori de droguri este apreciat ca fiind în creștere. Perspectiva cu privire la numărul consumatorilor adolescenți de droguri și profilul lor este condiționată de tipul serviciului în care este implicat profesionistul (CPECA sau organizație care oferă servicii în comunitate).

„Am avut și tineri de 14 ani, trimiși... cred că cel mai tânăr trimis la noi a fost de 12 ani, dar noi lucrăm cu tineri și de 30 de ani [...] Consumul, vârsta la care încep tinerii să consume a scăzut tot mai tare... [...] cei mai mulți erau din [oraș] dar au început să vină [...] din sate și vin și ne spun că în localitățile din care vin ei sunt foarte mulți consumatori; [...] Până anul trecut, am avut [...] substanța de care se vorbea cel mai mult... acele etnobotanice... dar tot mai multă lume vine cu consum de marijuana.” (asistent social, ONG)

„Fenomenul a început să capete proporții, mai ales pe partea consumului de marijuana. Într-un fel e un noroc, dacă putem să îi zicem așa, că nu sunt droguri de mare risc, dar și aceste etnobotanice, despre care ei de multe ori habar nu au ce reprezintă... De multe ori îi întreb: «ai consumat etnobotanice, dar ce anume?», iar ei nu știu ce consumă. Îmi spun că l-

au primit de la o anumită persoană, X-ulescu de pe stradă, și s-a gândit că o să se simtă bine.” (psiholog, CPECA)

„Problema este [...], atât în școlile mai slăbuțe, cât și în școlile de elită sunt elevi care consumă.” (asistent social, ONG)

„[...] marea majoritate dintre ei provin din medii defavorizate, din familii destructurate, părinții fie sunt la închisoare, fie cu mame prostituate și așa mai departe, ei având deja un fond de probleme în afara consumului de substanțe, marea majoritate volatile.” (specialist, CPECA)

„A existat un boom al consumului de droguri între tinerii din stradă, prin 2008-2009-2010, când au apărut celebrele legale și-atunci am avut doi beneficiari dintr-o zonă din [...] pe care... [...] după două sau trei luni, când am trecut pe-acolo, nu i-am mai recunoscut. Le căzuseră dinții, slăbiseră foarte mult [...] Am călcat printre scări... sunt seringi ... ace, inclusiv unde am locuit eu, era un băiat care se droga cu alții [care] veneau din familii cât de cât normale, de oameni muncitori, și se drogau pe scară...” (asistent social, ONG)

„Păi, băiatul ăsta e pe stradă de la 7 ani. E dintr-un sat din Moldova, cu mamă alcoolică și tată vitreg alcoolic. Nu-și mai găsea locul, foarte săraci. Fugiți de-acasă doi frați, la 7 ani el și fratele la 9 ani. Parcurș de stradă și centre, publice/ private, [asociația] Concordia, în general parcurs clasic de stradă. Consum de aurolac și, de pe la 16 ani, de droguri injectabile.” (asistent social, ONG)

„Sunt tineri, adolescenți care stau în zone în care se consumă... Care au avut timp să și debuteze în consum de droguri injectabile, să se și infecteze cu ceva și să și ajungă în stadiul SIDA. Și au 20 de ani, 21... Da’, dar ăla nu e adolescent, ăla e tânăr la risc.” (lucrător social, ONG)

„Unul dintre motivele pentru care debutează în consum este pentru că o au în familie; știu că tatăl unuia dintre ăștia s-a eliberat din penitenciar; fost pește, fost dealer, a reluat toate activitățile astea și cumva a intrat și el în toate astea.” (lucrător social, ONG)

B. Contactarea și identificarea

Modalitățile prin care un adolescent poate ajunge în sistemul de asistență medicală, psihologică și socială organizate potrivit legislației ANA sunt:

- prin referire de către organele de poliție sau cele ale procuraturii/ judecătorei/ probațiune;
- prin referire de la serviciile de intervenție tip *harm reduction*;
- prin referire de la unități ale Ministerului Sănătății (UPU, spitale, medicină de familie, alte specialități medicale);

- prin referire de la serviciile sociale (DGASPC sau ONG-uri);
- prin referire de la unități de învățământ;
- prin solicitare directă;
- prin solicitarea unui aparținător;
- prin referire de la un furnizor privat;
- prin intermediul activităților de prevenire a consumului de droguri implementate în școli.

În contactarea și identificarea adolescenților care consumă droguri sunt importante promovarea serviciilor oferite, colaborarea cu instituțiile de pe așa-numitul nivel I de servicii (unități de învățământ, UPU, organizații care lucrează cu adolescenți vulnerabili), instruirea personalului din aceste instituții, pentru a putea face o identificare și o referire.

„Încercăm în aceeași măsură să pregătim personalul care lucrează în unitățile de primire urgențe pentru astfel de situații; avem o colaborare foarte bună cu Spitalul Județean de Urgență de aici, încercăm să o extindem și la celelalte două spitale municipale din județ, care abia au deschis unități de primire urgențe; le au de un an de zile, în ideea în care, atunci când apare un tânăr consumator de droguri, să poată fi referit.” (șef de centru, CPECA)

„Majoritatea vin la noi din proprie inițiativă, ne găsesc ei; am încercat să fim destul de activi, de exemplu, în mediul online, avem pe site-urile noastre, pe pagina de Facebook, avem afișe în spitale, avem la psihiatrie adulți, psihiatrie copii [...] este spitalul clinic județean, cu două secții de psihiatrie și urgență și spitalul de copii, tot așa pe două secții, de urgență și de psihiatrie. [...] Acum, că suntem cunoscuți prin școli, ne trimit psihologii cazuri noi, [...] colaborăm destul de bine cu serviciul de probațiune de pe lângă Tribunalul [...], care de asemenea trimite tineri către noi, Centrul Antidrog ne trimite cazuri; deci vin din mai multe părți și, în ultima vreme, foarte des caută pe internet și sună și din alte părți [...] colaborăm cu școlile și de fiecare dată întocmim protocoale cu alte organizații, alte ONG-uri.” (asistent social, ONG)

„Sunt trimiși prin instituțiile statului, cum ar fi DIICOT sau serviciul de probațiune.” (psiholog, CPECA)

„Sunt două modalități [...] prima e prin intermediul unui proiect care se numește [...] este un proiect al ANA, preluat din Germania, de prevenire indicată și selectivă, adică se adresează tinerilor identificați pentru prima oară ca fiind consumatori de droguri. [...] poate să-i identifice Protecția Copilului dacă sunt copiii instituționalizați, profesorii la școală și psihologii școlari, poliția, jandarmeria, poliția locală [...] A doua modalitate [...] este referirea directă, adică vin aici fie trimiși de școli, la fel de psihologii școlari sau de psihologii din rețeaua din oraș [...] Spitalul Județean de Urgență, în special secția de pediatrie, unde există asistent social și psiholog, fac referiri către Centrul Antidrog, Unitatea de Primiri Urgențe de la spital, de asemenea, dar cei mai mulți vin prin intermediul școlilor, sunt trimiși de unitățile de

învățământ. Am participat [...] cu cei de la Direcția de Asistență Socială la astfel de activități de teren, mai ales pentru copiii străzii, în anii anteriori, cel puțin în luna noiembrie, când vine iarna, și am încercat într-o oarecare măsură să dezvoltăm cu voluntari un astfel de proiect, de ieșit în stradă și oferit ceai copiilor străzii. Pot suna și la telefonul centrului, care este un telverde la care se răspunde până la ora 22.” (asistent social, CPECA)

„O altă modalitate de a lua legătura cu acești elevi predispuși consumului de droguri ar fi să cerem o listă cu datele elevilor participanți la campanii și să întrebăm directorii sau diriginții sau consilierii școlari cam ce știu ei despre elevii din acea clasă. Și atunci, prin intermediul lor, putem să aflăm care este mai la risc sau care nu are probleme. Ei bine, în momentul în care avem datele de contact ale copiilor care sunt în această situație, încercăm să-i atragem ca să devină beneficiari ai centrului de zi.” (asistent social, ONG)

„Și atunci luăm legătura cu părinții, obligatoriu. Avem nevoie de aprobarea părinților; luăm legătura telefonic inițial și, dacă părintele este de acord, putem să stabilim întâlnire, ori la sediul nostru, ori activități de teren.” (asistent social, ONG)

Includerea în serviciile de asistență se realizează, în unele dintre CPECA incluse în cercetare, respectându-se nevoia de siguranță a solicitanților, care sunt de regulă părinții în căutare de ajutor. Unii dintre ei au nevoie de asigurarea că nu vor fi înregistrați la Poliție.

„De obicei vin cu recomandare [...] de la psihologul școlar sau de la medic; în privința adolescenților, n-au venit ei în mod direct, ci au venit părinții, care au fost îngrijorați de situația în care s-a ajuns [...] Prima întâlnire e una de informare, adică aflăm un pic care este problematica, apoi orientăm persoana către serviciul necesar, în sensul că, dacă este consumator de droguri [...], el trebuie să se întâlnească cu o echipă de evaluare formată din medic, psiholog și asistent social, care îi fac o evaluare și apoi cei trei specialiști stabilesc, în baza criteriilor și procedurilor lor de lucru, gradul de dependență și consum al persoanei respective. Dacă nu acceptă o astfel de întâlnire cu specialiștii, înseamnă că nu este pregătit să primească ajutor sau să-și recunoască problema; cel mult, poate urma o întâlnire de informare din nou, și cu adolescentul de data asta. În prima fază, de cele mai multe ori, au venit mai întâi aparținătorii, ei au tatonat terenul [...]«să vedem un pic cam despre ce e vorba », «ne spun la poliție sau nu ne spun?», «avem vreo teamă să venim?». Consumatorii în mod direct, așa, să vină ei prima dată, foarte rar, cred că am avut unul sau două cazuri, cel mult, în care au venit și au spus: «m-au trimis de la școală, am venit pentru că aveam programată o întâlnire », adică cineva înainte făcuse deja pasul de programare, în speță psihologul școlar. Teama lor cea mai mare, dincolo de a nu fi judecați, este de a deveni persoane foarte vizibile și să-și strice imaginea lor în comunitate.” (asistent social, CPECA)

Contactarea de către solicitanți se realizează telefonic: „prin punerea la dispoziție a numărului de telefon de aici, o persoană de contact, câteva informații... Dar cel mai bine ținem legătura cu

conducătorul Unității de Primiri Urgențe, care încearcă să faciliteze întâlnirea între consumator și noi” (asistent social, CPECA).

Furnizarea serviciilor

În interviurile realizate, au fost descrise mai multe tipuri de abordare în furnizarea serviciilor de prevenire și asistență integrate pentru adolescenții care consumă droguri și sunt descrise diverse tipuri de servicii pentru adolescenții care consumă droguri, unele specializate pentru adolescent, iar altele nespecializate. Aceste servicii sunt oferite de către CPECA sau de către organizații ale societății civile (care au exclusiv sau parțial o misiune legată de prevenirea sau asistența pentru consumatorii de droguri).

Un prim tip de serviciu, specializat, adresat adolescenților care au experimentat consumul de droguri fără a fi dependenți, este o abordare de tip prevenire indicată, care se desfășoară în general în mediul școlar și este implementată de CPECA sau de unele organizații ale societății civile. Acest tip de activitate se desfășoară cu acordul părinților, într-o manieră care asigură, nediscriminatoriu și confidențial, informații cu privire la riscuri, servicii de asistență disponibile.

„Dacă identificăm un număr de elevi care sunt predispuși la consum, noi dezvoltăm grupuri de suport sau dezvoltare personală pe această problemă; din fericire, elevii vin cu regularitate. Avem de două ori pe lună un grup; inițial îl pregătim pentru trei luni, în funcție de cum se adaptează elevii și cum decurg lucrurile pe parcurs, dar se poate prelungi. [...] avem și grupe pentru liceeni care deja au consumat și acelea sunt supervizate și de psiholog. Pentru cei care sunt curioși și ar vrea să încerce, dar care nu au consumat deloc, sunt conduse de un asistent social sau doi.” (asistent social, ONG)

„Sunt cursuri care se adresează tinerilor și care au o durată de aproximativ opt ore, se desfășoară în două sesiuni, două zile, cel mult în patru zile câte două ore, dar cel mai bun model este de lucru câte patru ore în două zile, o comunicare interactivă și directă cu tinerii [...] din punctul nostru de vedere, este un instrument care îi ajută destul de mult, atât pe consumatori, pentru că ei se află într-un mediu sigur, non-discriminativ, nimeni nu-i judecă acolo [...] noi anunțăm peste tot că, uite, facem cursul ăsta în liceu și au posibilitatea, într-o modalitate mai apropiată dezvoltării lor [...], să afle informații despre nivelul lor de consum, riscurile la care se expun atunci când se află în situația de a consuma, serviciile la care pot apela în momentul în care au probleme. Asta-i modalitatea de intervenție timpurie.” (asistent social, CPECA)

„Noi nu ne impunem beneficiarilor, atât părinților, atât copiilor, ce anume să facă... să îl ducem către rezultatul care ni se pare nouă optim, ci împreună cu el încercăm să descoperim valorile, principiile, potențialul, ce crede el că poate să facă, cu ce anume poate

să contribuie el însuși pentru dezvoltarea lui personală, fiindcă, în fond, este vorba despre interesul personal, nu al nostru.” (asistent social, ONG)

Cel de al doilea tip de serviciu descris de către participanții la cercetare este cel reglementat legal¹⁰⁷, care include evaluarea, stabilirea planului individualizat de asistență, monitorizarea, evaluarea cazului, referirea către alte servicii. În furnizarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, procedura de lucru este aceeași ca și în lucrul cu consumatorul adult, dar este adaptată nevoilor adolescentului. Unii dintre specialiști au menționat necesitatea formării personalului în domeniul lucrului cu adolescenții și cu familiile și, de asemenea, faptul că este necesară o abordare care să ia în seamă și motivația adolescentului, care nu este un copil și care are propriile sale dorințe și decizii. Nu a fost menționat explicit recursul la serviciile de protecție a copilului, pentru întocmirea PIA, așa cum specifică Decizia nr. 16/2005. Au fost menționate situații de solicitare a serviciilor de asistență de către instituții din cadrul sistemului public de protecție a copilului, precum și necesitatea colaborării cu serviciile publice pentru întocmirea actelor de identitate ale minorilor, fără de care niciun beneficiar nu poate fi referit.

„Procedura este aceeași și pentru adulți, și pentru adolescenți. În primul rând, se face o primă evaluare, se stabilește un plan de intervenție, după care, în a II-a ședință, se mai face o evaluare, în care, împreună cu beneficiarul, se stabilesc niște obiective operaționale care se lucrează, cu diferite niveluri de intervenție, adaptate fiecăruia în parte. Toți sunt diferiți și este nevoie de adaptare.” (psiholog, CPECA)

„După ce cazul este preluat la noi, la consiliere, după prima întâlnire (de evaluare) se stabilește o durată de intervenție, de obicei 4-5 ședințe minim, la început, ca să vedem încotro se merge. Acele ședințe au loc aici, la noi la sediu. O ședință durează aproximativ o oră, încurajăm să vină adolescenții, tinerii, cu familiile lor, cu prietenii [...] Dacă își propune întreruperea consumului sau își propune să fie rezistent la recădere sau să nu consume la fel de des, acum depinde de fiecare caz în parte, există și o perioadă de evaluare și monitorizare.” (asistent social, ONG)

„Una este să lucrezi cu un adult, chiar dacă este toxicoman, și altfel se lucrează cu un adolescent. Interacțiunea este alta, este totuși adolescent și trebuie să ne raportăm la vârsta reală a lui. Este o perioadă de transformări, dacă vrea să fie independent, când ai impresia că le știe pe toate. Abordarea este mai dificilă, el să capete încredere în tine, mie mi se pare că este etapa cea mai dificilă, de dezvoltare a unui om, nu este imposibil de lucrat; noi, într-adevăr, avem mai mult experiență pe adulți.” (psiholog, CPECA)

Practica asistenței pentru adolescenții consumatori în cadrul CPECA este destul de redusă, în unele dintre județe/ sectoare ale municipiului București, fiind legată de solicitările DIICOT sau ale serviciilor de probațiune.

¹⁰⁷ HG nr. 860/2005.

„Pe adolescenți nu am avut cazuri. Am avut un singur caz, trimis de către serviciul de probațiune.” (psiholog, CPECA)

„Au fost niște tentative, din păcate așa pot să le numesc, de interacțiune cu adolescenți, prin DGASPC [...], adolescenți ce proveneau din familii defavorizate. Interacțiunea a fost dificilă pentru că, la vremea respectivă, acești copii erau undeva între 14 și 16 ani. Au fost trei sau patru, întotdeauna au venit însoțiți de reprezentantele DGASPC, de la casele de copii; nu am foarte multe informații, dar rețin faptul că a fost foarte greu să interacționez, să pot să fac o evaluare, să pot să îmi dau seama ce se întâmplă cu ei. Mi-a fost foarte greu să finalizez evaluarea.” (psiholog, CPECA)

Unii dintre specialiști au menționat dificultățile în lucrul cu adolescenții din sistemul de protecție a copilului, din cauza faptului că beneficiarii nu se mai prezentau la serviciile din cadrul DGASPC:

„Hai să încercăm să mai avem o întâlnire, să vedem cum facem evaluarea pe parcursul grupului, poate reușim să mai luăm câteva informații, adică nu ne-am cramponat, nu putem trece de evaluare, nu vă putem furniza nici un fel de servicii, dar nu, ne sunau de la DGASPC să ne spună că nu s-au mai prezentat în program la ei, sau ce trebuia să facă acolo.” (psiholog, CPECA)

„Pe lângă consum, ei au niște tulburări, cei mai mulți dintre ei, și sunt foarte greu de stăpânit.” (specialist, CPECA)

Au fost menționate dificultăți în lucrul cu minorii, în situația în care aceștia nu aveau acte de identitate.

„Legat de referirea la minori, e o problemă foarte mare; problema e că unii minori care au această problemă [consum de droguri], nu au acte... și nu poți să referi minori fără acte undeva, pentru că nimeni nu se uită la ei. Și aici metodologia asta să găsească un fel de a face lucrurile să fie bine pentru minorul respectiv. Păi, numai SPAS-urile și DGASPC-urile pot face ceva. Dacă ajunge la CPECA sau la DGASPC, trebuie să existe o colaborare, să poată beneficia de toate serviciile.”

O altă dificultate menționată era legată de refuzul de a participa la procesul de asistență.

„Acuma este greu de lucrat cu minorii, atâta timp cât îi aduc cu forța de DIICOT, nu l-a interesat să vină, cu atât mai mult nu vine dacă. Mai mult este nevoia părintelui să îl aducă, să îl facă bine, dacă el nu vrea...” (specialist CPECA)

Servicii de tip comunitate terapeutică

Au fost menționate serviciile de tip comunitate terapeutică, servicii care nu sunt specializate pentru adolescenți. Acest tip de serviciu nu este disponibil decât în trei județe din țară, potrivit datelor colectate în cadrul cercetării. Unul dintre servicii, care a fost inclus în eșantionul cercetării, a oferit servicii și unor adolescenți, în trecut, dar beneficiarii sunt adulți consumatori de droguri. Serviciile sunt oferite în cadrul unui demers de tip mentorat, bazat pe experiența de depășire a dependenței a celor care sunt mentori.

„Nu facem tratamente medicamentoase, pentru că nu avem medic psihiatru și atunci nici nu primim persoane care ar avea nevoie de așa ceva. Mergem mai mult pe mentorizare, nu aș putea spune că e terapie, pentru că deja terapia e un proces mult mai complex, implică un plan de terapie pe mai multe luni. Noi mergem mult pe mentorizare, mai ales că mulți dintre membrii echipei au avut o experiență la rândul lor cu consumul de droguri, inclusiv eu, și atunci mergem pe mentorizare. Creem un fel de laborator de viață, apar tot felul de chestii. Îți vezi, unul are probleme cu nervii, altul cu rezolvarea conflictelor etc. și atunci mergem pe mentorizare pe problema respectivă. Le facem evaluare periodică. Fiecare dintre noi are un grup cu care lucrează la un nivel mai personal, dar asta nu înseamnă că, dacă cineva are nevoie să discute, zic «nu e al meu, nu mă bag». În schimb, avem fiecare niște băieți ai noștri, cărora le facem evaluări periodice, mentorizări.” (asistent social, ONG)

Servicii de reducere a riscurilor (*harm reduction*)

Cercetarea a relevat furnizarea serviciilor de *harm reduction*, în cadrul unor activități de *outreach*. Serviciile sunt bazate pe o relație deschisă, de suport, pe informare și oferire de materiale de protecție pentru tinerii care stau pe stradă. Prioritatea serviciilor de reducere a riscurilor este prevenirea îmbolnăvirii cu HIV, HBV, HCV, prin informare și punere la dispoziție a materialelor de igienă. Pentru referirea la servicii medicale, lucrătorii încearcă să discute despre implicarea familiei și motivează beneficiarii să își aducă părinții, dacă aceștia sunt în comunitate. Procedura de lucru presupune sesizarea serviciilor de protecție a copilului, în 24 de ore de la întâlnirea unui adolescent care consumă droguri. În practică, lucrătorii nu apelează la protecția copilului din cauza faptului că se consideră că respectivii adolescenți, care stau pe stradă, nu au putut fi ajutați de către aceste servicii, ei fiind întâlniți în stradă în mod repetat. Se menționează și educarea părinților consumatori de droguri pentru prevenirea inițierii consumului de către copii și adolescenți.

„La fiecare client, ne pliem pe nevoi și stăm în relație... Din punctul ăsta de vedere dar, e la fel, dar din celelalte puncte de vedere, spre exemplu cu testarea, cu accesul la tratament, dacă are nevoie de spitalizare, de... eu știu, dacă vrei să îl referi către servicii medicale... dacă are 13-14 ani, trebuie să vină cu mă-sa și atunci, automat... vorbești și despre familie, relația pe care o are cu familia și, dacă îngrijitorii lui, să zicem așa, sau părinții au intenția sau vor să îl acompanieze.” (asistent social, ONG)

„Accesarea serviciilor noastre înseamnă un comportament sănătos; unul nesănătos este să ia seringă din băltoacă sau să o folosească la comun; deci, faptul că vine la noi înseamnă că accesează un serviciu sănătos și nu mi se pare OK să îl refuzăm. Alegi răul cel mai mic... răul cel mai mic e să protejezi copilul în momentul respectiv și nu să stai cu părintele de vorbă...” (asistent social, ONG)

„Atunci și noi depindem de tutore sau părinte, ca să poată accesa anumite servicii. Încercăm să limităm totuși și efectul ăsta de mod de gândire „negație” și mai prin toate zonele încercăm să negociem sau să vorbim cu părinții care vin cu copiii la serviciile noastre... și cum să spun... cumva le facilitează... să ia parte la procesul de primire de servicii de la noi; încercăm să îi spunem tot timpul «nu-l mai aduce la ambulanță»”. (asistent social, ONG)

Tratamentul de substituție cu metadonă, ca serviciu de reducere a riscurilor pentru adolescenți dependenți de opiacee, nu constituie o opțiune în cadrul unuia dintre CPECA.

„Dacă vine cu consum de droguri de mare risc, aici e o problemă, pentru că nu putem oferi tratamentul de substituție (metadonă); cel puțin să aibă spre 18 ani, dar altfel, în mod normal, tratamentul de substituție se administrează când el este deja major; dacă nu se pune problema de droguri de mare risc de consum, putem să mergem pe consiliere psihologică, pe consiliere individuală/ consiliere socială sau pe probleme juridice.” (psiholog, ANA)

Referirea la servicii de schimb de seringi nu constituie o posibilitate pentru specialiștii CPECA, acestea fiind văzute ca servicii de nivel I, inferioare ca obiectiv și inadecvate pentru un adolescent consumator, care este considerat ca nefiind un consumator problematic.

„Trebuie să ne uităm la istoric, unde vrem să ajungem cu el, având în vedere că este minor — scopul final al oricărei intervenții pentru minori ar trebui să fie ajungerea la drog zero. Dacă noi începem prin a-l referi la un schimb de seringi, probabilitatea să ajungă la drog zero... este zero! Dacă cineva ni se adresează, obiectivul este să îl aduci către drog zero, obiectivul este să îl tratezi, să îl scoți din dependență; nu îl întoarcem [...] către serviciile anterioare!” (specialist CPECA)

„Schimbul de seringi e o modalitate de a intra persoana respectivă în sistem. Dacă schimbul de seringi nu e coroborat cu consiliere și cu alte servicii care i se referă...” (specialist CPECA)

Contactarea și implicarea familiei/ reprezentantului legal în furnizarea serviciilor de asistență

Contactarea familiei pentru furnizarea serviciilor se realizează telefonic sau prin invitații scrise. Abordarea familiilor se lovește uneori de negare, lipsă de interes, teamă.

„Încercăm. De cele mai multe ori sună părinții sau sună prietenii sau vin cu cineva la prima întâlnire și în special la primele întâlniri, încercăm să-i aducem pe părinți, îi sunăm, îi

contactăm să vină... aaa... chiar dacă după aceea, pe parcurs, se poate lucra individual, numai cu adolescentul respectiv.” (asistent social, ONG)

„Am avut cel puțin două proiecte de-a lungul anilor, care nu neapărat că s-au soldat cu eșec, dar au fost multe dificultăți în a avea grup-țintă, efectiv de lucru cu părinții. Nu-ți vin! «Cum să mă duc la centrul antidrog?!» «Sau vin ăia de la antidrog... ce să-mi spună?! copilul meu nu are nicio problemă...» E adevărat că scopul nu e atât să le oferim informații despre consumul de droguri, ci să le reamintim cât de important e să fie alături de copiii lor, să vorbească cu ei, să observe, să afle, să fie atenți. Deci, e important să vedem cum putem aduce părinții.” (asistent social, ONG)

„Unii dintre ei sunt mai sceptici și nu acceptă; unii ne-o retează din start, că «nu, mulțumim, la revedere». Ei bine, noi lucrăm cu cine se poate; forțat, nu poți să ajuți pe nimeni, și atunci nu are rost să insistăm.” (asistent social, ONG)

„E destul de complicat. E confidențialitatea pacientului, e adolescentul, care, din punct de vedere legal, nu se poate susține singur și nu poate să ia decizii singur. E foarte complicat.” (asistent social, ONG)

Negarea, de către părinți, a situației cu privire la consumului fiului/ fiicei reprezintă una dintre bariere în furnizarea serviciilor.

„Consimțământul, că niciun părinte... «Copilul meu nu consumă, nu bea nu fumează, nu face sex niciodată...» Negarea părinților că ar putea exista o problemă.” (asistent social, ONG)

Un fenomen similar este și negarea de către școli a fenomenului consumului.

„Negarea directorilor de școli, care, ca să se țină departe de probleme, să iasă bine la hârtii la sfârșitul anului: «dar de ce să veniți să faceți prevenire, vi se pare că avem o problemă de consum? nu avem nicio problemă». Dar consimțământul de a face ceva... și de a ajuta pe adolescent de a lua o decizie informată, îi prezinți și bine, și rău, și îl lași singur, că dacă vrea să consume, oricum o să consume...” (asistent social, ONG)

Referire, management de caz, colaborare inter-instituțională

CPECA ocupă un loc central în furnizarea serviciilor de asistență integrate pentru adolescenții minori, prima opțiune în unele dintre județe/ sectoare cuprinse în cercetare. La rândul lor, specialiștii CPECA fac referiri către alți furnizori de servicii, între care servicii de asistență medicală, psihologică, socială și de protecție a copilului. Niciunul dintre participanții la interviu nu a menționat furnizarea, în cadrul raporturilor de management de caz sau al referirii, a unui raport de evaluare, a acordului de asistență, a planului individualizat de asistență a adolescentului care consumă droguri către CPECA.

Raporturile de colaborare, referirea pentru management de caz și furnizare de servicii sunt inegale, din punct de vedere al calității și consistenței, în cele patru județe incluse în cercetare, ca și în municipiul București.

„Avem o relație destul de bună cu ei... [cu CPECA] ...e destul de grea procedura [de reînnoire a protocolului de colaborare] ...trebuie să aducem la București și e foarte complicat. [...] într-o perioadă, CPECA nu avea psiholog și atunci, având doar asistent social, nu puteau să facă consiliere de specialitate și trimiteau către noi cazuri [...] Nu prea referim cazuri către ei, ei ne referă nouă cazuri... ne-ar plăcea să putem să referim...” (asistent social, ONG)

Există colaborări între furnizori de servicii și SPAS/ DGASPC, respectiv între CPECA și serviciile sociale și de protecție a copilului.

„Mai puțin cu DGASPC, și mai mult cu SPAS; avem și finanțare de la Primărie și poate de asta e un pic mai ușoară colaborarea.” (asistent social, ONG)

Rețeaua de furnizori de servicii include și unitățile de asistență medicală.

„Spitalul de Psihiatrie [...] și Spitalul de Urgență și ar fi CSM – Centrul de Sănătate Mintală, care nu raportează prea mult, susținând că nu au [cazuri]. Este posibil să nu știe toată lumea că se oferă servicii și acolo, pentru că și ei oferă evaluare și asistență psihologică, dar probabil că nu este cunoscută informația.” (specialist, CPECA)

„Medicul [psihiatru] nu face altceva decât să constate afecțiunile conexe consumului de droguri; el are în permanență simptomele, și diagnosticul pe care îl pune este clar acela de psihiatrie, nu neapărat de consumator de droguri... și, de cele mai multe ori – din experiență și cu discuțiile cu colegii din țară – evită să folosească termenul de «consumator de droguri sau de substanțe»; și atunci, din punctul meu de vedere, este puțin probabil să trimită către noi raport; ei, în general, sunt într-o altă lume și nu prea dau raportul altor entități.” (specialist, CPECA)

CPECA furnizează informații cu privire la alte servicii disponibile și face referiri către acestea, decizia cu privire la accesarea acelor servicii rămânând la latitudinea beneficiarilor.

„Persoana cu care intrăm noi în contact sau părinții tânărului, dacă vorbim de adolescent, sunt informați cu privire la celelalte servicii către care sunt îndrumați și aceștia acceptă sau nu să ajungă acolo. De cele mai multe ori, acceptă.” (asistent social, CPECA)

Lipsa unor servicii din lanțul terapeutic, mai ales a unor servicii specializate pentru adolescent, face ca opțiunile de referire în cadrul metodei managementului de caz să fie destul de puține.

„Știm că în România nu sunt servicii pentru consumatorii minori, nu știm de adăposturi sau de centre rezidențiale, îi referim pe cei majori către, de exemplu, Teen Challenge din

București sau către Crucea Albastră... colaborăm cu ei și pentru minori, e mai greu... [sau] la Câmpina, unde este centrul de fete.” (asistent social, ONG)

„Eu cred că nu sunt servicii suficiente, serviciile nu sunt accesibile; [...] nu există niciun centru pentru minori, eu cred că este o mare nevoie.” (asistent social, ONG)

A fost menționată necesitatea bazelor de date electronice, care să cuprindă furnizorii de servicii, baze de date care să fie accesibile și prietenoase pentru adolescent și părinți:

„Un alt aspect important e legat de faptul că se impune organizarea (ea există deja) a unei baze de date cu furnizorii de servicii. Există o bază de date pe site-ul ANA, noi am promovat în comunitatea locală și s-au înscris spitale care oferă servicii de urgență, medicale, câteva ONG-uri. E important să cuprindem cât mai multe informații despre serviciile existente, probabil o platformă online ar fi foarte necesară. Tinerii sunt foarte atrași de mediul online și mai puțin de mediul direct de lucru, și atunci, apariția unui astfel de serviciu (nu va fi foarte ușor de făcut) ar putea constitui un pas înainte.” (asistent social, CPECA)

Dificultățile în înființarea de servicii sunt legate de finanțare și de autorizare.

„Noi ne-am gândit să înființăm într-o zonă mai periferică un centru de dezintoxicare, așa, ca la carte, dar e nevoie de foarte multă birocrație, foarte mulți bani și nu dispunem de aceste resurse; atunci nu ne rămâne decât să facem ceea ce facem de obicei și să scriem proiecte în continuare, pe «Fonduri» sau să găsim sponsori, să ne ajute să ducem la îndeplinire crearea unui centru rezidențial.” (asistent social, ONG)

Formarea personalului

Personalul din cadrul CPECA a beneficiat de cursuri de formare în cadrul instituției; în unele județe, au beneficiat de formare și lucrători din cadrul altor organizații.

„Mai multe stagii de formare cu specialiști din Germania și Spania în cadrul ANA, la București.” (asistent social, CPECA)

„Au fost niște cursuri de pregătire continuă, chiar și la ANA: abordarea psihoterapeutică a familiei toxicomanului.” (psiholog, CPECA)

Autorizarea ca furnizor de servicii pentru consumatorii de droguri

Autorizarea poate fi împiedicată de criteriile de autorizare considerate prea înalte, printre care condițiile referitoare la spațiul de lucru cu consumatorii de droguri.

„Adică... cred din tot sufletul că [...] face foarte multe lucruri, dar totuși e o organizație mică, noi ne dorim să ne dezvoltăm, să facem mai mult [...], dar suntem limitați de anumite lucruri și acreditarea pentru centrul nostru..., ca să te acreditezi ca și CPECA, ca un centru antidrog sau ca să te autorizezi de la București e destul de greu și nu îndeplinim condițiile legate de spațiu și atunci, cumva, suntem blocați.” (asistent social, ONG)

Recomandări

Crearea de proceduri de lucru pe grupe de vârstă, astfel încât să fie angajată de o manieră eficientă motivația adolescentului și nu numai a părintelui sau aparținătorului legal.

„Adolescenții nu mai sunt neapărat niște copii; sunt minori, dar vor să fie majori și atunci când vorbim de tineri de 16 ani, o medie a consumatorilor, acum trei ani, aici era în jur de 17 ani, 17,4, deci încă sub 18 ani, și atunci, pentru acești tineri care vor să facă pasul spre majorat, lucrurile ar trebui să se așeze într-o altă modalitate, față de un copil care e ceva mai mic sau are 12-13 ani, 14 ani. Deci cred că, din punctul acesta de vedere, o reglementare legală, juridică, cu privire la anumite categorii de vârstă ar fi foarte importantă.” (asistent social, CPECA)

Crearea de proceduri prin care să se asigure posibilitatea furnizării de informații de bază pentru adolescenți, fără solicitarea consimțământului parental, pentru ca riscul consecințelor negative ale consumului de droguri să fie diminuat, în cazul situațiilor de negare sau de opoziție cu privire la angajarea în procesul terapeutic.

„[...] să facem o diferență clară ce facem cu consimțământ și fără consimțământ... Cred că, pentru un adolescent, e mai ușor să știe că merge la un specialist și poate să [...] discute cu el despre asta fără ca părintele lui să afle; încrederea ar fi mai mare în specialist, decât să știe că există posibilitatea ca specialistul să-l pârască părintelui, pentru că e obligat să facă asta. Să facem diferența între ce se poate oferi fără acordul părintelui și cu acordul părintelui.” (asistent social, ONG)

Colectarea de date cu privire la dimensiunile problemei consumului de droguri la tineri și planificarea unor servicii care să acopere aceste nevoi, inclusiv prin suplimentarea personalului.

„Studiile realizate tot de Agenție arată că există o tendință crescătoare a tinerilor de a consuma substanțe psihoactive și asta înseamnă că, poate, o creștere a numărului de oameni care lucrează în acest domeniu ar fi foarte importantă. De exemplu, unde lucrez eu, mi-ar fi mult mai bine dacă aș avea încă trei oameni, dar m-aș mulțumi cu unul, dacă mi-ar aduce. Dar m-aș bucura, în același timp, dacă aș ști că există un ONG în care trei oameni ar face lucrul ăsta, sau o altă instituție care are tangențe în domeniul ăsta.” (asistent social, CPECA)

Colectarea de date cu privire la nevoia reală de servicii pentru adolescenții consumatori de droguri este importantă; există păreri contradictorii ale specialiștilor cu privire la dimensiunile fenomenului.

„Nu ne interesează numărul exact, n-o să-l aflăm niciodată, nu ne ajută la nimic; o estimare a acestei problematici ne va ajuta pe noi să ne redimensionăm un pic nevoile și nevoile de personal, nevoia de legislație, nevoia de resursă materială etc.” (asistent social, CPECA)

„Avem o distribuție normală... consumatori care au un istoric de injectare lung... peste cinci ani, cu vârste între 25 și 35 de ani, câțiva cu un outlier... 72-73 de ani... nu trebuie să ne

facem foarte multe griji că avem o explozie de consumatori minori, ei trebuie acoperiți cu anumite tipuri de servicii.” (specialist, CPECA)

Instruirea personalului din unitățile de învățământ, pentru a putea contribui la integrarea și ancorarea în activitatea utilă a adolescentului care consumă droguri.

„Am avut consumatori care erau în ultimul an de școală, erau majori, dar erau în clasa a XII-a, cu probleme acasă, consumatori și dependenți în același timp, dar care mergeau la școală o oră, două și, pentru că puneau probleme în școală, școala a încercat să rezolve problema excluzându-i. E dificil să explici oamenilor faptul că venirea lor la școală era un lucru extraordinar. E o ancoră pe care acel individ o are în viața lui.” (șef de centru, CPECA)

Specialiștii din cadrul CPECA sau al altor organizații care furnizează servicii pentru consumatorii de droguri consideră că este necesară instruirea suplimentară a specialiștilor în problematica complexă a adolescenței.

„Cred că suntem într-un pionierat, în sensul că acum înțelegem cât de importantă este dezvoltarea adolescentului pentru perioada de majorat, pentru a deveni adult [...] ne pregătim pentru eventuale probleme cu care el se confruntă acum ori le rezolvăm, dar dacă le amânăm, sigur vor fi mai grave. Asta înseamnă o pregătire a specialiștilor care lucrează în domeniu. Cred că una dintre dificultățile majore este creșterea interesului specialiștilor vizavi de a rezolva problematicile complexe ale adolescenței. Sunt destul de puține întâlniri științifice sau cu caracter de lucru la care participă specialiștii, mă refer la comunitatea locală. Până la urmă, e foarte importantă modalitatea în care comunitatea locală se autoprotejează împotriva unor probleme. Aici ar trebui să existe un cointeres mai mare, o creștere a interesului din partea noastră, a tuturor. Ar trebui aduși la aceeași masă lucrătorii în domeniu, instituții, ONG-uri. Sunt prea puține întâlniri publice, de exemplu, la care se fac informări despre servicii oferite de ONG-uri.” (asistent social, CPECA)

„Părerea mea personală este că, totuși, trebuie să fie formări [pe tematica lucrului cu adolescenții].” (psiholog, CPECA)

Înființarea unor centre pentru activități educaționale, recreative, sportive pentru adolescenți. Adolescenții au nevoie de activități care să îi implice, în care să se simtă utili și eficienți.

„Noi de mult timp pledăm și ne dorim foarte mult să existe un fel de cluburi de cartier.” (asistent social, CPECA)

Obligarea familiei să participe la programul de asistență integrată.

„În momentul în care e descoperit un adolescent cu astfel de probleme, automat familia ar trebui să suporte niște consecințe, să fie obligată la un anumit nivel să ia măsuri și să vină în terapie și în consiliere. Problema adolescentului nu este o problemă doar a lui, este una

de sistem, și atunci, în momentul în care îi obligi și pe părinți, aceștia sunt mai atenți.”
(psiholog, CPECA)

4.3.2. Analiza furnizării serviciilor din domeniul sănătății

Populația-țintă: adolescenții (copii cu vârsta de 14-18 ani)

Direcții de analiză:

- a. Profilul consumatorilor (conturat conform interviurilor):** Copii de vârstă mică – începând de la 11, cel mai frecvent 12-14 ani –, gimnaziu, din medii policarențate, cu probleme familiale. Există semne premonitorii în dezvoltarea copilului, care pot indica susceptibilitatea crescută la consum. Identificarea precoce a acestor semne și intervenția susținută ar putea asigura evitarea inițierii consumului.

„Păi acum, pentru cei care consumă, mă gândesc... pentru că noi tratăm, e și psihiatria mare, vârsta cea mai precoce... sunt și de 11 ani care vin din medii policarențate, dar în general 12-14, până la 18 ani, dar sunt din medii policarențate; cu solvenți volatili, în special, deși nu fac parte din substanțele acestea cu proprietati psihoactive...” (medic, psihiatrie pediatrică)

„De la 12 până la 18 ani.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

„Nu, este în relație cu consumul de droguri și cu anturajul și cu tulburarea hiperkinetică, este o asociere frecventă; deci, sunt mici probleme comportamentale din mica copilărie, sunt copii care au prezentat anumite probleme școlare – absenteismul, nerespectarea regulilor în familie – și care, încet-încet, sub presiunea grupului de prieteni sau anturajul nepotrivit, în perioada de adolescență ajung să consume substanțe psihoactive; și de aici deriva și conflictualitatea în familie; deci, de cele mai multe ori, ne confruntăm cu relațiile conflictuale dintre părinți și adolescenți.” (medic, psihiatrie pediatrică)

- b. Identificarea: se realizează întotdeauna în abordare pasivă la toate nivelurile - medicul specialist în psihiatrie pediatrică, chiar și CPECA**

„Deci noi, fiind spital, nu participăm la partea de prevenire. Avem în [...] un centru ANA, de unde fie noi îndrumăm către ei, fie ei îndrumă către noi.” (medic, psihiatrie pediatrică)

„Procedura de identificare a lor... de obicei, la noi vin în mod voluntar persoanele... în cazul în care, eu știu... există un program care se derulează în școală sau în școli și acolo colegii mei au pe cineva sau eu... există... se observă probleme de consum, uneori fie dirigintele apelează la noi, dar tot așa, noi transmitem informația că există asemenea centre, că oferim serviciile pe care le oferim și atunci, în caz că nu există obligație, persoanele vin la noi.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

„Aaaa... sunt câteva variante, fie vin părinții care au adolescenți cu probleme de consum de substanțe psihoactive, fie... și după aceea vin adolescenții cu părinții sau singuri, fie prin instituțiile de tip probațiune sau altfel... trimiși, deci obligați oarecum, fie ne mai semnaleză DGASPC anumite cazuri, putem lua legătura cu familia, telefonic sau cum se poate și... așa... cam astea îs variantele... fie vin adolescenții pur și simplu, fie pentru ei, fie pentru prieteni de-ai lor.” (medic, CPECA)

„De obicei, vin însoțiți. Majoritatea nu consumă injectabil, prizează sau fumează și e mai greu de identificat. Luăm cât mai multe detalii legate de ziua respectivă de consum, în general, oricum lucrurile astea nu le vorbesc în prezența părinților, separat.” (medic, psihiatrie pediatrică, CSM)

„Întrebare, operator de interviu: Pe aceștia îi evaluați anual?

Răspuns, medic de familie: *Dacă vin. De obicei, când vin la consultație.*

Î.: Ce urmăriți când evaluați un adolescent?

R.: *Starea generală de sănătate, alimentația.*

Î.: Includeți în evaluare și consumul de alcool, drog, tutun?

R.: *Da. De obicei, după vârsta de 15 ani, fumează. Cam jumătate din ei cred că sunt fumători.*

Î.: Cum evaluați dvs., ca medic, consumul de droguri?

R.: *Păi, nu știu dacă se droghează. Nu știu ce să zic.*

Î.: Îi întrebați dacă consumă?

R.: *Îi mai întreb, dar nu recunoaște nimeni.”* (medic de familie)

- c. **Referirea:** Cel mai frecvent, copiii ajung la serviciile de psihiatrie pediatrică din serviciul de urgență. În situații mai rare, ajung direct cu părinții sau sunt direcționați din școală. A fost menționat rar medicul de familie, responsabil de examenul anual al stării de sănătate a adolescentului.

„Adolescenții ajung prin îndrumare sau transpunere din UPU-pediatrie, deci urgențele pediatrie, unde marea majoritate ajung inițial acolo deoarece consumul de droguri are și efecte somatice cardiovasculare sau acuze de tipul cefalee, amețeli, probleme cardiace, stări de rău am avut... și atunci, ei ajung în serviciul UPU; sunt evaluați acolo, li se asigură asistență medicală de urgență și, ulterior, îndrumați în serviciul nostru de psihiatrie pediatrică, apt evaluare, stabilire de diagnostic și inițiere de tratament, la caz... sau mai pot... adresabilitatea este prin prezentare directă, deci poate veni părintele direct cu copilul în clinică, părintele suspectează consum de droguri, de obicei, în astfel de cazuri, adolescentul prezintă probleme comportamentale și prezintă probleme în familie, pe fondul

consumului de substanțe psihoactive; aceasta este a doua situație; și a treia situație este mai rară, pot fi îndrumați și de la școală.” (medic, psihiatrie pediatrică)

„Medicul de familie, părintele, psihologul școlii, dacă ajung să cheme ambulanța, atunci medicul de pe ambulanță îi referă la noi.” (medic, psihiatrie pediatrică, CSM)

„În general, sunt aduși de părinți, pentru că ei singuri, de bunăvoie, nu vin pentru așa ceva; sunt aduși de părinți, care ori îi suspicionează, ori știu că au consumat la un moment dat ceva și îi aduc să îi «rezolvăm». În principiu, eu fac informare și psihoterapie și cam știu care sunt pașii în psihoterapia consumului de substanțe a dependențelor... verific cât este dependență, cât este pur și simplu problemă de comportament, pentru că toate drogurilor dau dependență, văd cât de motivat este el să schimbe ceva în comportamentul lui; în principiu, se caută să se dezvolte motivația pacientului pentru a-și rezolva problema. Deci cam așa este principiu. Acum, nu știu dacă așa trebuie să fie, dar așa fac eu.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

„De multe ori sună, noi răspundem la telefon în fiecare zi, de la 8 la 16; s-a întâmplat de multe ori și după ora 16 să sune părinții și să ceară mai multe informații, atunci când problema este stringentă. În urma convorbirii telefonice, sunt invitați la centru atât părinții, cât și tinerii. Dacă adolescenții sunt într-o situație critică, sunt într-o fază de negare, nu vor să vină la centru, se întâmplă de multe ori să vină doar părinții la prima întâlnire. Colaborăm foarte bine cu Direcția de Probațiune, există persoane care sunt trimise de acolo, tineri sau mai puțin tineri. Persoanele private de libertate care sunt eliberate din penitenciar și care s-au declarat consumatoare de droguri, la eliberarea din penitenciar ni se trimit notificare și, tot pe bază de voluntariat, pot să vină să stea de vorbă cu noi și, de cele mai multe ori, s-a întâmplat colaborarea foarte strânsă, pentru că este vorba de adolescenți, cu școlile. E vorba de psihologii școlari, care identifică în cabinetul de consiliere astfel de cazuri și, pentru că colaborarea noastră este strânsă și aproape an de an ne întâlnim și știu de ceea ce facem noi, de multe ori telefonic suntem anunțați, stabilim, la fel, o întâlnire și adolescentul cu părinții ajung la noi la evaluare și consiliere, dacă e cazul. Și, să nu uit, spitalul.” (medic, angajat ANA)

d. Furnizarea serviciilor:

- Se inițiază tratamentul comorbidității psihiatrice asociate, consilierea adolescentului și consilierea familiei.
- Concomitent, se ia legătura cu alți actori instituționali (cu predilecție DGASPC).
- Nu există instrumente standardizate de practică medicală.
- Nu este asigurată continuitatea în acordarea serviciilor, în special în ceea ce privește accesul la psiholog, dar și controlul medical ulterior al cazurilor, după vizita inițială.

„Da, deci noi acordăm asistență de urgență; după ce trece prin serviciul UPU – dar uneori se întâmplă să nu fie necesară evaluare prin serviciul UPU, să nu fie cu intoxicație acută, ci doar cu probleme minime medicale, care nu impun neapărat tratament în serviciu de urgență –, instituim tratament pentru comorbiditățile psihiatrice, așa cum v-am zis: dacă are tulburare hiperkinetică, tulburare anxioasă, depresivă, tulburări de conduită, încercăm să consiliem familia și pacientul; avem serviciu de asistență socială, la unele cazuri, solicităm anchetă socială, anunțăm DGASPC, școala, dacă e cazul...” (medic, psihiatrie pediatrică)

„Poate că ar fi bine ca serviciile de consiliere psihologică să poată fi cuprinse într-un program prin Ministerul Sănătății, ne referim aici la consum de substanțe psihoactive, să fie decontate gratuit, atunci când îi spunem părintelui că trebuie să meargă să caute un psiholog și toate cabinetele psihologice sunt private... adică noi nu avem o direcție clară, să știu că eu trimit la un X cabinet psihologic să-mi ia copiii pentru consiliere, plus consum de substanțe psihoactive; aici este un minus, zic eu; plus o terapie ocupațională sau activități sportive. Dar unde să fie, să fie sub un cadru organizat; că putem să facem noi o recomandare, să meargă la un sport, dar depinde dacă au acces la școală să facă fotbal, baschet, înot, dar acestea de obicei se plătesc și iarăși reticența părinților, pentru că nu toți au posibilități, să își poată permite să facă o activitate ocupațională alternativă, dacă aceasta este contra-cost; deci, asta ar fi... un centru de terapie ocupațională, de consiliere; deci de recuperare, mă gândesc eu, un centru de recuperare pentru adolescenții consumatori de substanțe psihoactive, asta eu resimt... asta e dificil, pentru că nu avem prea multe variante unde îi putem îndruma.” (medic, psihiatrie pediatrică)

[Întrebare, operator de interviu: Aveți idee dacă există un manager de caz, dacă îl monitorizează cineva ulterior?]

„...eu cred că da (râde), eu sper că da, nu știu dacă se întâmplă treaba asta în toate cazurile; asta depinde foarte mult și de complianța pacientului, și de părinți; pentru că, de multe ori, dacă nu există complianță, pentru că depinde de cum văd ei, pentru că ajutor cu forța e puțin probabil să se întâmple.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

„Nu, deci...la postcură, m-am referit că sunt unii părinți care întreabă și eu știu că nu sunt decât pentru adulți centre de postcură, știu că sunt undeva la Sibiu sau la București, eu nu știu să fie undeva centre de postcură pentru adolescenți. Noi, da, sigur că da, ținem legătura cu pacientul, îl chemăm la control de câte ori este nevoie, de obicei lunar. Le dăm un număr de contact și ne sună ei.” (medic CPECA)

„Deci, riscul există de a consuma droguri... după părerea mea, există, pentru că el se va întoarce în același anturaj unde se consumă și, uneori, el nu dorește să înceteze să consume

și lucrăm foarte mult pe motivația de a renunța la consum.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

[Întrebare, operator de interviu: După ce pleacă de la dvs. din instituție, reușiți să păstrați legătura după?]

„Se întâmplă deseori să sunăm să mai întrebăm ce mai fac.”

[Întrebare, operator de interviu: Dar nu-și schimbă numărul de telefon?]

„Uneori îl schimbă, dar dacă rămâne același număr, avem noroc și mai vorbim cu ei și vedem ce s-a întâmplat.” (medic CPECA)

„Faci consilierea în momentul în care îl ai în secție, doar dacă îți permite starea pacientului, la nivel de medic pediatru, fără să ai o formare, o experiență legată de intervenția pe consum de droguri la adolescenți. Consilierea pe bază de sfaturi, date la cald, marșând pe teama prezentă în urma consumului și disconfortului fizic apărut. Două-trei zile mai târziu este mai greu, că nu mai spune nimic după trecerea «pericolului».” (medic pediatru, UPU)

e. Managementul de caz și colaborarea inter-instituțională:

- Personalul medical tratează cazul din punct de vedere al afecțiunilor medicale și îl referă către servicii psihiatrice de specialitate sau către entități de psihoterapie.
- În general, se anunță DGASPC.
- Se colaborează cu CPECA, dar în manieră nesistematizată.
- Nu se aplică reglementările privind managementul de caz și raportarea către CPECA:

[Întrebare, operator de interviu: Ce se întâmplă cu un adolescent după externare? Mai primiți informații despre el și dacă îl monitorizează cineva?]

„Nu, după plecare, contactul s-a rupt. 90% din pacienții trimiși către alte servicii nu ajung acolo.” (medic pediatru, UPU)

[Întrebare, operator de interviu: Referiți vreodată pacienți la CPECA?]

„Nu pot să vă raspund la întrebarea asta, eu nu știu...” (medic, psihiatrie pediatrică)

„Nu. Pentru că nu știu ce activitate are CPECA [...]. Ei trebuie să vină să ne informeze cu ce pot face și noi să trimitem către ei. Doar că nu suntem informați. Nu am fost informați legat de serviciile lor. Știm că există, dar nu știm ce fac.” (medic pediatru, UPU).

„Eu am colaborat cu Protecția Copilului, cât am lucrat pe proiectul «Oportunități pentru toți adolescenții», atât am colaborat cu ei; în rest, da... în clinică, pe când eram rezidentă, sunt cazurile sociale pe care întotdeauna le semnalizăm.” (medic, psihiatrie pediatrică, gardă)

[Întrebare, operator de interviu: Care este procedura prin care referiți adolescenții care consumă droguri la aceste instituții?]

„Aaa... luăm legătura cu... instituția sau serviciul sau, eu știu?..., organizațiile respective, fie telefonic, fie prin alte mijloace și întrebăm, discutăm dacă se poate să colaborăm și... în felul asta...” (medic, CPECA)

„Nu am avut atât de multe cazuri încât să fie nevoie să colaborez. Nu am avut colaborări cu DGASPC sau ONG. Știu că pentru adulți există mai multe servicii, dar pentru copii și adolescenți... Nu a fost cazul, la cei pe care i-am avut.” (referiri, CPECA).

f. Sistemul informațional

- Există puțină preocupare pentru sistemul informațional.
- În general, nu se respectă legislația privind circuitul informației către ANA.

„Știu că se raportează [ANA], eu personal nu raportez, dar anunț cazurile și sunt raportate mai departe.” (medic, psihiatrie pediatrică, CSM)

4.3.3. Analiza furnizării de servicii de prevenire a consumului de droguri și de servicii psihologice pentru adolescentul consumator de droguri

Furnizarea de servicii de prevenire a consumului de droguri

În general, activitățile de prevenire a consumului de droguri sunt reprezentate de programele naționale dezvoltate de Agenția Națională Antidrog și implementate, la nivel local, de CPECA/CRPECA, în parteneriat cu diferite instituții. De asemenea, există sesiuni de informare desfășurate de CPECA, ONG-uri locale sau de către diferite categorii profesionale care își desfășoară activitatea în școli.

În școli, activitățile de prevenire sunt implementate *„de obicei, [de către] consilierul școlar, dar vin și multe asociații în sprijinul școlilor: ONG-uri, Agenția Națională Antidrog, Asociația Europeană Antidrog. Și în «Săptămâna altfel», cam avem oferte pe prevenirea consumului de droguri»* (consilier școlar). Profesorul diriginte are, de asemenea, atribuții în organizarea sesiunilor de informare despre droguri: *„dirigintele este obligat să țină în orele de dirigenție sesiuni despre droguri”* (consilier școlar).

Prevenirea indicată este realizată de către CPECA, în cadrul unui program cu o durată de aproximativ opt ore, prin care se realizează *„o comunicare interactivă și directă cu tinerii. Cele mai multe cursuri s-au realizat prin intermediul școlilor – în sensul că unitățile de învățământ de tip liceal au fost cele care au făcut sesizările – și prin intermediul psihologilor școlari. Pentru că avem o legătură foarte bună cu rețeaua psihologilor școlari, am putut să organizăm interviuri. Se organizează interviuri, înainte de a participa la curs, și apoi efectiv se desfășoară cursul, nu mai mult de 8-10 participanți la sesiunea de formare”* (specialist, CPECA).

Din interviuri reiese faptul că, în general, nu se cunosc standardele de calitate ale activităților de prevenire desfășurate la nivelul unităților de învățământ de către personalul didactic, de către profesorii consilieri școlari, deși există credința că activitățile derulate la nivel național *„cu siguranță, urmăresc niște standarde; acestea nu ar putea fi aprobate prin minister, dacă nu ar fi conform standardelor”* (consilier școlar).

Ca percepție asupra programelor de prevenire organizate în școală, se menționează faptul că acestea sunt supărătoare pentru elevi, prin repetiție: *„ei [adolescenții] deja sunt suprasaturați de informațiile despre consumul de droguri..., dar... toată lumea despre asta le vorbește, începând, în gimnaziu, cu consumul de tutun și alcool, continuând cu a VII-a și a VIII-a și liceu, cu droguri. Diriginți, consilieri, alte asociații, cel puțin la mine în școală, le-am făcut peste tot, fiecare generație de elevi o prind cel puțin în două-trei proiecte care merg puternic pe partea de informare a efectelor și a consecințelor, deja ei sunt suprasaturați de informațiile verbale pe care le oferim, pentru că există multe proiecte”* (consilier școlar).

Pregătirea persoanelor implicate în activități de prevenire variază; astfel, *„consilierul școlar nu este absolvent de psihologie exclusiv; el poate fi absolvent de pedagogie, de sociologie, de istorie, de asistență socială și religie, mai nou, așa. Vorbesc de cei care au făcut master, pentru că este, deci îți dă dreptul să... cu master în psihologie, să te duci ca și consilier sau în orice – și manager organizațional. Deci nu au competențe de intervenție, nici măcar de intervenție primară. Nu pot să facă asta, decât dacă fac cursuri”* (consilier școlar).

„Sunt anumite activități educative de prevenire, de consiliere în carieră, educație pentru sănătate, dezvoltare personală – cam astea sunt zonele de competență ale consilierului școlar”. (consilier școlar)

„Avem formare, o parte din consilierii școlari avem formare de psihologie clinică și psihoterapie, dar cred că puțini sau foarte puțini au specific pe adicții”. (consilier școlar)

Profilul adolescenților care consumă droguri, din perspectiva unităților de învățământ

Consilierii școlari consideră că mulți adolescenți consumă droguri chiar din perioada de preadolescență, de regulă marijuana, în scop recreativ sau pentru a fi parte din grupul de egali; pentru unii dintre cei care consumă, vulnerabilitatea psihologică poate favoriza dependența și complicații ale consumului de droguri. Au fost menționate ca droguri consumate și SNPP, medicamentele psihotrope, combinate cu alcool.

„Cred că, în ultima perioadă, a crescut numărul de adolescenți care consumă droguri de la o vârstă foarte mică. E din ce în ce mai alarmant. Sunt licee în [...] unde se consumă chiar și în timpul orelor droguri.” (consilier școlar)

„În gimnaziu, tentația mare, curiozitatea mare! Pentru că părinții cred că nu este vulnerabil, că e prea mic și că liceul este cel care îi... un pic îi tulbură [...]. Mai depinde și de [...] problemele lor, dezechilibrele lor emoționale, ca o curiozitate și poate să rămână o curiozitate, poate să... fumeze ... dar... și după aceea să renunțe.” (consilier școlar)

„[...] nu sunt conștienți de problemele pe care le pot crea acestea [...] Ei sunt un grup de prieteni care vor să încerce niște senzații tari despre care au auzit... care au fost mediatizate, pentru care nu s-a luat nicio măsură... și atunci, de aici și curiozitatea; și cred că... mmm... mai ales în liceu apare și scopul acesta recreativ.” (consilier școlar)

„Din câte știu eu, ei fumează marijuana, etnobotanice foarte multe și pastile cu alcool. Combinația asta.” (consilier școlar)

Contactarea și identificarea adolescenților care consumă droguri la nivelul unităților de învățământ

Profesorul diriginte are responsabilități (prin fișa postului) în furnizarea de informații și în prevenirea comportamentelor cu risc la modul general și, în acest context, și a consumului de droguri. Identificarea adolescenților vulnerabili, inclusiv a consumatorilor de droguri, este considerată a fi inclusă tot în categoria prevenirii și combaterii. Din punct de vedere practic, însă, nu se consideră că există o procedură exactă, deși se declară că *„de asemenea, nu avem o procedură exactă în ceea ce privește identificarea comportamentelor adolescenților vulnerabili. În mod normal, ca și mod de funcționare, există atribuții pentru fiecare procedură și proiect, dar în direcția combaterii și prevenirii nu avem un set clar de atribuții”* (consilier școlar).

În același timp, nu există o procedură de identificare și intervenție timpurie pentru elevii care consumă droguri, inclusiv de asistență și referire. Nici în regulamentul de ordine interioară nu există mențiuni specifice, ci doar mențiuni generale: *„în calitate de consilier, nu știu ce să fac. Nu e la îndemână. Nu avem instrumente de lucru. Dacă intervenim, o facem pe cont propriu, bazat pe intuiție și pe ce informații mai avem noi, obținute prin surse proprii.”* (consilier școlar).

Identificarea consumului de droguri la nivelul unităților de învățământ și acordarea de servicii sunt considerate o sarcină de echipă: „*diriginții pot să abordeze astfel de subiecte, dar nu sunt obligați*” (consilier școlar).

„Dacă apar probleme, suntem invitați să vorbim cu clasa, sau individual cu ei, cu părinții și să rezolvăm noi, dacă se poate.” (consilier școlar)

„Managementul, profesorul, dirigintele și noi și, în unele cazuri, și cadrul medical. Nu se poate spune că este atribuția unei singure persoane: dirigintele îl vede, îl observă, îl trimite la una dintre noi și, împreună, decidem ce referiri se fac.” (consilier școlar)

În general, nu există un standard al interviului cu adolescenții, „*de obicei, spun ei care e problema și facem o anamneză, cât de cât*” (consilier școlar).

„De obicei, se întreabă dacă a consumat alcool și ce alcool, dacă fumează sau dacă e în grup de fumători sau dacă sunt altele, și atunci, după reacția pe care o are, poți să mergi mai departe. Dacă nu, te oprești acolo.” (consilier școlar)

„Dacă ai o suspiciune dată de un comportament, de niște semne fizice, investighezi. Poți întreba și familia, vezi istoricul familiei, istoricul școlar, relația cu profesorii, cu clasa. Când e cazul, implici familia, să-l verifice, să fie atenți, că mulți îi scapă din frâu. Începi și o consiliere, cu voia părintelui. Ideea e să vină și să-l poți ajuta, și nu eticheta sau să bagi frica în el.” (consilier școlar)

Nu există o programă specifică după care se desfășoară activitățile individuale sau colaborative de informare.

„Facem din fiecare câte puțin – prevenire, identificare. În momentul când l-am depistat, l-am identificat, am încercat să stau de vorbă cu el, după care îl direcționez către specialist.” (consilier școlar)

Anuntarea și implicarea familiei

În cazul identificării unui caz de consum, în funcție de gravitate, este anunțată în primul rând familia.

În cazul neprezentării familiei, practicile menționate de către participanții la interviuri sunt diverse, iar unele, neconforme cu ROFUIP: *directorul instituției convoacă familia la școală, în scris, și, în funcție de caz, anunță Poliția sau Protecția Copilului*. Nu sunt referite întotdeauna cazurile de elevi consumatori de droguri către CPECA, pentru asistență și management de caz.

În alte situații, ședințele inițiale au loc fără înștiințarea părintelui, însă „*confidențialitatea are o limită, până în momentul în care nu este pusă integritatea lui [în pericol] și atunci, împreună cu elevul, eu așa procedez: uite, hai, eu cred că ar fi bine să comunicăm mamei... cu cine te înțelegi tu*

mai bine, cu mama, cu tata; și având o susținere din interior, atunci a fost mult mai ușor să vorbească despre problemă” (consilier școlar).

Referirea și managementul de caz

În cazul în care se cunoaște faptul că CPECA furnizează servicii de asistență pentru consumul de droguri, referirea se realizează către aceasta sau către alți furnizori de servicii, în special de asistență medicală.

„Noi lucrăm cu centrele de prevenire – cei de la antidrog – și avem parteneriat cu mai multe: clinica [...], un proiect nou, tot pe combatere și, în rest, serviciile medicale: urgența (camera de gardă).” (consilier școlar)

Consilierii școlari arată faptul că a face o referire către servicii de asistență nu implică automat că părinții și utilizează și accesează respectivele servicii.

„Acesta este un aspect destul de delicat, pentru că accesarea acestor servicii trebuie să fie voluntară. Chiar dacă tu consiliezi un elev, te poți lovi de refuzul său; tu poți doar să îndrumi.” (consilier școlar)

1. Servicii de asistență psihologică și consiliere pentru adolescenții care consumă droguri

La nivelul unităților de învățământ

În ceea ce privește consilierea, la nivelul unităților de învățământ se consideră că aceasta nu se poate face fără acordul părinților și, de cele mai multe ori, demersul nu are un rezultat pozitiv, elevul fiind necooperant în prezența părinților sau negând consumul: *„ideea e că, fără acordul lor, noi nu putem oferi servicii și atunci le luăm datele și atât. După care, în cazul în care considerăm că este necesar să facă o consiliere individuală, avem nevoie de un acord individual”* (consilier școlar).

Din punct de vedere al confidențialității, de asemenea, nu se cunoaște decât cadrul general de menținere a confidențialității, fără a exista clarificări în ceea ce privește situația în care un elev consumă droguri. Nu există un standard de circulație a informațiilor despre consumul de droguri al unui elev. Nu există niciun sistem din care să se știe în ce circumstanțe, când și cum se implică aparținătorii legali: *„Aceste lucruri rămân la latitudinea fiecărui cadru didactic, e subiectiv. „Notăm în registru: elevul cu care am vorbit, ce am aplicat, despre ce am vorbit. Și au acces la el consilierul școlar și directorul [școlar]”* (consilier școlar).

Din punct de vedere al confidențialității, aceasta este menținută în rândul profesorilor, însă dacă și colegii cunosc cazul, se discută la nivel de școală: *„Semnăm două declarații de confidențialitate, una la centru [CJRAE] și una se semnează la liceu, la fiecare început de an – secretarul, dirigintele*

și alte persoane care intră în contact cu datele personale semnează o declarație. O procedură nu avem, dar este în deontologia meseriei” (consilier școlar).

Din cercetare mai rezultă și faptul că nu există un sistem de monitorizare a adolescenților care utilizează droguri, ulterior identificării lor sau după referirea/ accesarea unor servicii (inclusiv cele de urgență).

Ca răspuns la această neclaritate evidentă în abordarea adolescentului consumator de droguri, se consideră că ar trebui să existe proceduri scrise: „*Eu cred că legile sunt generice și noi trebuie să venim cu proceduri, cu reglementări la nivel de școală, care să fie foarte clare*” (consilier școlar).

În ceea ce privește serviciile adresate părinților, acestea sunt de informare și consiliere, fără a exista însă un set minim, standard, de informație ce ar trebui transmisă și o abordare, în cadrul consilierii, care să aibă puncte de referință standardizate.

Colaborarea cu alte instituții, la nivel local, se face în baza unor protocoale sau este informală:

„Nu există o procedură. Informal, se anunță profesorul de serviciu, se ia legătura cu consilierul școlar, care ia legătura cu DGASPC-ul și CPECA” (consilier școlar);

„Trimitem elevii către cabinetul de consiliere, iar acesta colaborează cu cabinetul medical. Cabinetul medical îi direcționează către CPECA sau CJRAE. Doar cu acordul părintelui sau al tutorelui legal. Situația se complică atunci când părintele este plecat din țară și nu lasă un act oficial cu un împuternicit în poziția de tutore legal” (cadru didactic).

Un aspect important este legat de formarea și abilitatea personalului didactic și de specialitate (psiholog, medic, asistent) de a oferi informații și servicii de consiliere. În cele mai multe cazuri, din punct de vedere formal, această instruire este sumară sau nu există, de cele mai multe ori fiind vorba de o informare personală, ceea ce nu asigură nici măsurarea calității intervențiilor, și nici stabilirea unui standard minim de calitate. De asemenea, calitatea informațiilor/ procesului de consiliere are de suferit prin abordarea, de cele mai multe ori, subiectivă.

De altminteri, nevoia formării se resimte și la nivelul personalului însuși, dorindu-se explicit *„formare în domeniu, ținută pe probleme, proceduri clare, creșterea capacității serviciilor existente”* (consilier școlar).

Din punct de vedere al nevoilor legate de îmbunătățirea intervențiilor, se consideră că ar fi necesare:

„Mai multe activități de informare/ prevenire în școli, desfășurate de diferite instituții/ organizații”;

„Să fie și o formare a cadrelor didactice, ca să ajungem la unison. Să existe o procedură standard și foarte clară, făcută împreună: ce facem noi, ce faceți dvs.”;

„O formare a diriginților – ei nu au partea asta de pregătire, nu știu ce să le spună, cât să le spună în problematica asta a drogurilor”;

„O programă flexibilă pentru consilieri, din care să se poată lua diverse lucruri, și un cabinet metodic”.

La nivelul CPECA

Accesarea serviciilor de asistență psihologică de către adolescenți nu se face în urma unei identificări directe, ci prin trimitere de la alte instituții, prin solicitare din partea familiilor adolescenților sau din propria inițiativă a adolescentului.

Procedura de lucru cu adolescenții este aceeași ca și pentru adulți, respectându-se aceiași pași. În cazul în care nu există personal de specialitate (există situații în care schema de personal CPECA este incompletă, „posturile fiind înghețate”), se face evaluarea inițială și, dacă se consideră necesar, se face referire către servicii specializate de profil. Nu reiese că ar exista o procedură standard pentru referiri/ trimiteri.

Ca percepție asupra problematicii existente, se menționează: *„în momentul în care e descoperit adolescentul cu astfel de probleme, automat familia ar trebui să suporte niște consecințe, să fie obligată la un anumit nivel să ia măsuri și să vină în terapie și în consiliere. Problema adolescentului nu este o problemă doar a lui, este una de sistem, și atunci, în momentul în care îi obligi și pe părinți, aceștia sunt mai atenți”* (psiholog, CPECA).

De asemenea, în ceea ce privește identificarea și pașii următori, se menționează: *„identificarea se poate face de către școală, trimiterea se poate face către noi sau către un centru de școală, nu trebuie neapărat să se justifice în fața nimănui”* (psiholog, CPECA), iar ca pași următori, adolescenții ar trebui trimiși *„probabil către niște servicii de consiliere. Dacă noi nu putem să îi consiliem, din cauza faptului că suntem sufocați, ar fi important ca rolul psihologilor să fie extins și, legislativ, să li se permită să facă astfel de consiliere, pe dependență. Să fie cu trimitere, încât părintele să nu fugă și să aștepte a se rezolva de la sine. Să existe o trimitere către psiholog. Ar trebui să fie de datoria părinților să înceapă acest proces”* (psiholog, CPECA).

Nu există un sistem de monitorizare a adolescenților după încheierea programului de servicii.

Psihologii activi din cadrul CPECA au beneficiat de formare în domeniul drogurilor, în cadrul ANA, iar unii au parcurs și stagii de formare masterale/ doctorale de profil; de asemenea, formările în diverse tipuri de psihoterapie sunt aplicate în cadrul lucrului cu persoane care consumă droguri.

Specialiștii intervievați percep ca dificultăți în oferirea serviciilor lipsa de pregătire a diferitelor categorii profesionale și lipsa de clarificări legate de circuitul adolescentului în diferite circumstanțe. De asemenea, se remarcă *„lipsa unei reglementări legale, deși există Legea nr. 272 de protecție a copilului, sub umbrela căreia se oferă servicii pentru adolescenți, pentru copii în general; trebuie să se facă distincție între categoriile de vârstă ale copiilor și elaborate reglementări specifice”* (specialist, CPECA). O idee propusă pentru eficientizarea serviciilor este

cea a inițierii de activități online: „Tinerii sunt foarte atrași de mediul online și mai puțin de mediul direct de lucru, și atunci, apariția unui astfel de serviciu ar putea constitui un pas înainte” (specialist, CPECA).

La nivelul DGASPC

Nici în cadrul acestei instituții, pentru consilieri sau psihologi nu există o procedură standard de identificare a adolescenților consumatori de droguri. Deoarece nu există nici capacități de a oferi servicii în sfera consumului de droguri, această activitate se bazează pe sistemul de colaborare/referire către alte instituții specializate. În cadrul organismului intersectorial de intervenție nu sunt incluse, conform legislației, toate instituțiile abilitate, acest organism fiind înființat prin hotărârea Consiliului Județean. Sistemul de referire are, potrivit legii, ca punct central CPECA, a cărei capacitate nu este întotdeauna corespunzătoare, comunicarea dintre servicii nefăcându-se nici ea în cadrul unui sistem organizat.

Ca un factor-cheie în ceea ce privește acordarea de servicii se menționează lipsa de perfecționare/pregătire profesională.

„Nu știu câți dintre colegii și asistenții sociali sau personalul din centrele rezidențiale știu să lucreze cu astfel de copii. Totul este empiric.” (psiholog, DGASPC)

De asemenea, există situații în care nu se cunosc responsabilitățile legale de a transmite informații pentru constituirea de planuri de asistență și management de caz: „cine este responsabil, care este procedura? ne puteți da detalii?” (personal DGAPS).

În ceea ce privește sistemul de trimiteri, se consideră ca reprezentând o problemă în accesarea serviciilor faptul că „această decizie o iau părinții; tu poți face hârtii și acte necesare și poți rămâne la acest nivel, fără să se intervină în fapt” (asistent social, SPAS) .

„Nicio altă instituție nu va chema copilul să îl întrebe dacă consumă și să îl trimită în terapie. La CPECA nu se procedează la fel: ei oferă servicii doar dacă părintele merge și solicită ajutorul. Dacă ei au identificat un caz și părintele cere să fie chemat copilul prin instituție, nu îl cheamă. Aici eu văd un mare vid legislativ, pentru că această consiliere psihologică este benevolă, pe care să și-o dorească clientul; ca instituție, nu se preia inițiativa.” (personal DGAPS)

În mod similar, la nivel de SPAS sau DGASPC, din punct de vedere al consilierii și asistenței psihologice, există o serie de bariere în acordarea de servicii adolescenților care consumă droguri:

- lipsa formării/ pregătirii personalului în domeniul consumului de droguri („În domeniul drogurilor nu avem nicio formare specializată, doar din mers am învățat câte ceva”);
- lipsa/ necunoașterea procedurilor clare de lucru/ dificultăți în aplicarea legislației, necunoașterea legislației în domeniul consumului de droguri de către personal;

- lipsa centrelor/serviciilor specializate pe consumul de droguri;
- condiționarea serviciilor de acordul reprezentantului legal al copilului.

La nivelul furnizorilor privați/ ONG-urilor

În cazul unora, nu există deloc competență în acest domeniu („*avem psiholog, care le prezintă diferite filmele, cu asta se ocupă acesta, dar vă dați seama că e foarte greu pentru ei să prindă ceva*”) și nu există proceduri clare de referire: „*doar prin telefon, nu avem o procedură standard*” (personal ONG).

În cadrul cabinetelor private de psihoterapie, accesarea serviciilor se face, de regulă, prin accesarea individuală de către părinții adolescentului. Tehnicile utilizate sunt variabile (se menționează interviul motivațional), fără a exista obligatoriu și pregătire specifică în domeniul drogurilor. Nu există corelare cu alte instituții, doar colaborare directă cu alte categorii profesionale (medici psihiatri).

La nivelul ONG-urilor cu pregătire de profil, se acordă asistență structurată pe pachete de servicii (asistență medico-psihosocială), în cadrul unui plan individualizat. Nu există o procedură standard de referire către alte instituții – „*nu avem o procedură, îi spunem doar unde să caute*” (personal ONG) – și nu există o procedură de contactare a părinților/ reprezentanților legali.

Ca principală barieră în cadrul oferirii și accesării serviciilor se menționează dificultatea adolescenților de a recunoaște consumul în fața părinților.

La nivelul CSM

În centrul de sănătate mintală, adolescenții ajung de obicei atunci când se suspicionează un consum sau în urma testării [antidrog]. În prezent, accesul la servicii se face prin bilet de trimitere de la medicul de familie sau direct, în cazul unui episod psihotic datorat consumului. Procedura urmată este cea a unei evaluări medico-psihosociale, iar în cazul problemelor psihologice și sociale, se apelează la serviciile corespunzătoare existente la nivel local, servicii sociale și ONG-uri.

„În cadrul instituției în care lucrez, tinerii se adresează medicului psihiatru cu o trimitere de la medicul de familie, însoțiți de părinți/ tutori/ aparținători, după care medicul psihiatru îi redirecționează către serviciul de asistență psihologică: evaluarea, prima dată; în urma evaluării, intră într-un proces de consiliere și/ sau psihoterapie.” (psiholog, CSM)

Procesul de consiliere este mai mult de informare și discutare a situației cu adolescentul și cu părinții săi. În ceea ce privește psihologul, acesta nu are obligatoriu pregătire specifică în domeniul drogurilor: „*în domeniul drogurilor nu am nicio formare, sunt psiholog clinician,*

am terminat Facultatea de Psihologie[...], Master în Psihologie clinică și formare în Psihoterapii scurte” (psiholog, CSM).

În ceea ce privește colaborarea CSM cu CPECA – pentru management de caz – sau cu alte instituții, situația diferă de la un județ la altul:

„Eu îi spun medicului psihiatru ce am observat, ce recomandări am, și medicul face trimiterea. Nu știu dacă există colaborare; eu, din funcția mea, nu pot să dau trimitere, nici o recomandare oficială.” (psiholog, CSM)

„Noi, ca centru de sănătate mintală, nu avem protocoale de colaborare nici cu DGASPC-ul, nici cu Centrul județean de resurse, nici cu CPECA, cu nimeni!” (medic CSM)

Dificultățile în lucrul cu adolescenții sunt legate de negarea adolescenților și de abordarea familiei, care își pune speranțele în psiholog pentru rezolvarea problemei: *„Nu sunt foarte motivați să vină, nu sunt dornici să facă această schimbare, de cele mai multe ori sunt aduși de părinți, ei nu consideră că acest lucru îi afectează [...] e foarte greu de relaționat/ interacționat, atunci când nu își doresc și pun această barieră – «nu am de ce să vin» – și vin pentru că sunt aduși și să se liniștească părinții că vin la psiholog și se rezolvă, deși el nu își dorește și în continuare el consumă” (psiholog, CSM).*

La nivelul psihologilor din UPU

Abordarea din punct de vedere psihologic se poate baza și pe instrumente create de personalul respectiv:

„Am teste de personalitate, de inteligență, putem urmări deteriorarea cognitivă. Se poate identifica ușor adicția la substanță, chiar dacă ei nu recunosc. Sunt foarte puține cazuri când vin și recunosc lucrul ăsta.”

De asemenea, în ceea ce privește ghidurile de practică:

„ghidul clinic și-l creează fiecare specialist în parte, după nevoile lui, după stilul personal. Eu, din punctul ăsta de vedere, mi-am creat chiar ghid de interviu, apoi ghidurile standardizate SCIDUL, ASEBA sunt materialele mele personale, pe care le folosesc în astfel de situații, pentru a identifica (teste de inteligență, de atenție). Făcând profilul complet, poți să identifici, și fiecare specialist merge pe structura lui pe care și-a creat-o. Și la Colegiul Psihologilor, dacă vă uitați, nu sunt clarificate și standardizate niște ghiduri, sunt generalități, așa că rămâne la latitudinea specialistului” (psiholog, unitate urgențe).

Demersul principal al psihologului de la UPU este acela de a obține cooperarea și deschiderea adolescentului:

„Inițial, merg cu alte consumuri în cadrul interviului, «uite: simptomele tale sunt... » «bei cafea? tutun?», «fumez, dar foarte puțin». «Mai departe, colegi de-ai tăi consuma și altceva? Țigările le ai de la cine?». Foarte multe rezultate de deschidere, de a spune adevărul le-am avut când spuneam «noi avem niște teste speciale» – nu știu dacă este deontologic neapărat, dar aveam mare nevoie să-și asume, să accepte că e o problemă și să recunoască, să verbalizeze lucrul ăsta – «care ne arată consumul de droguri, de etnobotanice din ultimele trei luni. Dar chiar dacă nu ai consumat acum, poate altădată, aminteste-ți, ar fi foarte frumos dacă ne-ai spune, astea sunt foarte scumpe. În cazul în care iese pozitiv, o să plătească părinții». Mulți copii erau ușor anxioși: «bine, dar vă spun doar dvs., există o problemă» și așa, încet-încet, se deschideau pentru a discuta problema asta a drogurilor.”

În unele dintre județele incluse în cercetare, există o colaborare strânsă între UPU și CPECA, pentru referirea, asistența și managementul cazurilor adolescenților care consumă droguri. În alte cazuri însă, nu există colaborare în asigurarea asistenței.

4.3.4. Analiza furnizării de servicii de asistență socială și protecție pentru adolescenții care consumă droguri; managementul de caz și colaborarea instituțională

1. Profilul adolescenților care consumă droguri

Majoritatea cazurilor de consumatori de droguri cu care se confruntă serviciile sociale din cadrul SPAS sau DGASPC se referă la adolescenții care stau pe stradă; ei consumă SNPP, heroină, aurolac:

„Consum de droguri este mult spus pentru [...] Tipologia consumatorilor de droguri [...] este diferită de București. La [...] nu sunt drogurile clasice de care știm noi, realmente; încă se mai folosește aurolacul, produse ieftine.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

„Noi lucrăm exact pe partea de copiii străzii și vă dați seama că procentul cel mai mare de minori consumatori de droguri fac parte din această categorie. Tot din rândul copiilor străzii am avut și avem consumatori de droguri care s-au și infectat HIV pe acest fond al consumului. Cel mai des consumă etnobotanice, 90% sunt etnobotanice și 10% cu punga. De fapt, consumul la pungă e mult mai frecvent, consumă și una, și alta.” (asistent social, DGASPC)

„Eu nu aș spune nici mulți, nici puțini, ci destui. Cred că are mai puțină importanță dacă în centrul X avem trei sau șapte; și unul dacă avem, trebuie să facem ceva cu el.” (asistent social, DGASPC)

„Este inevitabil, este foarte clar că orice copil care suferă o traumă se va duce înspre droguri [...]. Consumul în sine e o tulburare psihică din punctul meu de vedere și nu spun degeaba chestia asta, niciun copil și niciun adult nu se apucă de droguri sau de orice altceva ce face parte din zona adicției, dacă nu are o durere interioară pe care nu o poate duce și are nevoie să scape cumva de ea, asta îi și determină.” (psiholog, DGASPC)

„Legat de consum, au rămas cazurile vechi. Lucrând pe [serviciul] stradal, copiii străzii pe care îi știam ca fiind consumatori au devenit adolescenții străzii consumatori.” (asistent social, DGASPC)

2. Contactarea și identificarea adolescenților care consumă droguri

Există mai multe modalități prin care furnizorii de servicii sociale intră în contact cu adolescenții cu risc de consum de droguri:

1.1. Prin aducerea de către poliție

„Ei sunt găsiți de poliție, în cele mai multe cazuri, și sunt aduși către noi, îndrumați către noi, iar din adăpost trec în celelalte servicii, în centrele de tip rezidențial, și se întâmplă să avem și consum de droguri.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

„Nu, cred că în astfel de cazuri [adolescenți care consumă droguri] este chemată poliția. Dar nu o fac atât de vizibil încât să fie prinși, se ascund sau consumă la ore foarte târzii, când oamenii nu au curaj să intervină.” (asistent social, DGASPC)

1.2. Prin intermediul serviciilor de intervenție/ teren (serviciu stradal)

„De la canal. Sunt unele zone unde sunt mii de seringi împrăștiate în jurul canalului. Este și un pericol să lași seringile, e nevoie să faci ceva. Cureți zona și apoi vezi că se reorganizează și îi regăsești în alt loc, în alt parc, în altă casă părăsită. La [...], acum vreun an, erau vreo 30 și ceva.” (asistent social, DGASPC)

Serviciul stradal este, în unele locuri, funcțional cu personal insuficient, dependent de bugetul limitat disponibil: *„în funcție de buget și de timp, [o echipă] foarte mică, dacă pe standarde spun 10 lucrători sociali stradali, pe organigramă – șase, în practică – trei.”* (asistent social, DGASPC)

„Așa și la noi, pe lângă trei stradali, mai sunt 10-12 pe intervenții. Noi suntem buni la toate.” (asistent social, DGASPC)

„Păi, nu mai avem [serviciu stradal], l-au comprimat. Este serviciul regim urgență, trafic, migrații, telefonul copilului.” (asistent social, DGASPC)

Ieșirile pe teren nu pot fi zilnice și nu beneficiază de posibilitatea utilizării unui automobil:

„Servește toată Direcția. La trei persoane, nu avem cum să facem și documentația, și ieșiri zilnice.” (asistent social, DGASPC)

O problemă în abordarea copiilor sau adolescenților pe teren este de mult cunoscuta împărțire teritorială a zonelor de intervenție:

„În vară am cunoscut un grup la [...], cu siguranță îl știți și voi, dar ei dorm în [sectorul] 3, stau în 5 și se duc și în 4. Se va pasa responsabilitatea de la un sector la altul, nimeni nu o să facă nimic.” (asistent social, DGASPC)

1.3. Sesizare de la UPU, spitale, poliția comunitară, școli, comunitate (părinți), furnizori de servicii medico-sociale pentru persoane vulnerabile

Unități de asistență medicală: *„Noi primim sesizări de la spital, unde ajung sub diverse forme: duși de părinți sau prieteni, pentru că li se face rău, sau merg singuri, acuzând anumite stări, iar spitalul, dacă e [vorba de un] minor, are obligația să ne sesizeze. Nu foarte multe, și vin marea majoritate de la spitalul județean, pentru că a ajuns un minor la spital cu diferite simptome, pentru că a fost găsit dormind lângă troiță, pentru că a fumat, dar nu se știe ce. Am constatat și alte probleme în aceste cazuri, nașteri nedeclarate și altele.”* (asistent social, SPAS)

Furnizorii de servicii pentru persoanele vulnerabile: din partea unora dintre furnizorii de servicii pentru persoane vulnerabile (inclusiv pentru copiii străzii) se manifestă o rezervă în referirea cazurilor la DGASPC/ SPAS, din cauza riscului perceput de a pierde încrederea adolescentului care a apelat la serviciile furnizorului respectiv, fără șansa de a primi servicii adecvate nevoilor adolescentului consumator de droguri (în lipsa serviciilor specializate pentru adolescenții străzii care consumă droguri).

Sesizarea se poate face telefonic sau în scris, pe adresa DGASPC: *„telefonic, în principal. Părinții, uneori, solicită în scris. [...] avem un număr unde se poate adresa toată lumea, inclusiv copiii”* (asistent social, SPAS).

„Noi avem telefonul de urgență, la care primim diferite sesizări, ne deplasăm, vedem; [un telefon] poate oferi informații despre dinamica lor, unde s-au mai dus. Când au spart un grup și s-au mutat, nu-i dibuim din prima, de aceea o sesizare la telefon ne poate ajuta. Este un serviciu non-stop.” (asistent social, SPAS)

1.4. Solicitare directă: *„mai vin părinții cu astfel de situații și noi ne putem da seama dacă vedem un copil care este potențial consumator, dar nu cred atât de dur. Facem o evaluare, o discuție cu copilul și, în astfel de situații, se poate și testa”* (asistent social, SPAS).

Identificarea adolescenților care consumă droguri se bazează pe evaluare, pe interviu, nu pe testarea prezenței drogurilor în organism, deși există și această posibilitate, prin colaborarea cu alte instituții, în special cu CPECA: *„de regulă, luăm legătura cu cei de la CPECA, noi lucrăm cu tot ce înseamnă antitrafic și antidrog, avem o colaborare foarte bună și există acces”* (asistent social, SPAS).

„De cele mai multe ori spun ei, dar se întâmplă să aibă și simptome vizibile, chiar dacă ascund. Mai exact, intră în sevraj. Sau cineva care a consumat recent aurolac, chiar dacă

recunoaște sau nu, oricum are un miros specific, mai ales la 20-30 de minute după ce a consumat. Spun și se și vede. Au și semne de înțepare sau răni purulente.” (specialist, DGASPC)

„Se întrebă de rutină: «consumi droguri?», «și ce folosești?», «fumezi, bei?». Ca să nu pară că îl catalogăm direct ca consumator de droguri, doar pentru că stă pe stradă. De obicei, ne spun dacă consumă sau nu.”(specialist, DGASPC)

„Ei, în general, nu se ascund de noi, ne spun. Chiar le face plăcere uneori...” (asistent social, DGASPC)

3. Intervenția serviciilor de protecția copilului – furnizarea serviciilor

Reprezentanții serviciilor stradale și de intervenție în regim de urgență, telefonul copilului, au arătat că nu există servicii reale și adaptate pentru nevoile adolescenților care consumă droguri, în special pentru ale celor care sunt sau au fost copii ai străzii. Legislația face dificilă instituirea unor măsuri de protecție specială (procedura ar presupune citarea în instanță a adolescentului de peste 14 ani, dacă acesta nu dorește să accepte măsura propusă).

„Lipsa serviciilor reale, deci nu există servicii reale pentru acești copii. În afara consilierii pe care o oferi acolo, în centrul în care oricum nu poate sta, pentru că trebuie să se drogheze și are comportamente specifice și nu vrea să se lase, nu ai ce să-i oferi. Nu ai ce să faci cu el. Concret, nu putem să le oferim nimic.” (asistent social, DGASPC)

„Dacă îi iei din stradă, îi duci într-un centru, legea nu-ți permite nici măcar o perioadă să-i ții, asta înseamnă că pot pleca din nou în stradă. Oricând, oricum.” (șef de centru, DGASPC)

„Peste 14 ani, nici măcar nu ai voie să-l ții cu forța, ai nevoie de acordul lui, dacă nu ai hotărâre judecătorească. Dar fiind în stradă, e imposibil să-i dai hotărâre în instanță, trebuie să-l citezi nu știi cum.” (șef de centru, DGASPC)

„Centrul [de primire în regim de urgență] nu este o metodă care să le ofere absolut nimic, deci nici în stradă, nici în centru, pentru că ei nu se pot adapta condițiilor unui centru, mai ales dacă vin din stradă. Dacă vin dintr-o familie dezorganizată, mai discuți cu ei și se poate face ceva, dar luați din stradă, consumatori de droguri, și aduși în centru, 48 de ore e mult dacă rezistă! Sunt oboșiți, vin să doarmă, să mănânce și pleacă. Ne-ar trebui un centru specializat și un centru intermediar, un centru de tranzit între stradă și centrul de urgență. Este imposibil să se poată adapta la programul unui centru.” (șef de centru, DGASPC)

„[Într-un astfel de centru] ar trebui să fie personal medical ca să acopere patru ture. Grupe de patru-cinci, cu un instructor supraveghetor, patru-cinci psihologi, patru-cinci asistenți sociali.” (asistent social, CPECA)

Durata procedurilor judecătorești pentru întocmirea actelor de identitate face, de asemenea, dificilă intervenția și furnizarea de servicii pentru adolescenții care consumă droguri.

„Avem copii în centru cu vârste de 15 ani, 15 ani și, și nu au buletine, tocmai pentru că s-a intrat de anul trecut în tribunal cu ei și nici până acuma nu ne-a parvenit hotărârea judecătorească, să putem să le facem documente. Despre asta discutăm.” (asistent social, DGASPC)

Pentru adolescenții cu o perioadă de consum destul de lungă nu există servicii adaptate:

„Copiii care ajung la noi sunt într-un stadiu al consumului avansat, ori acolo nu este suficient, este nevoie de cel puțin un centru rezidențial, unde să poată să se facă terapie și intervenție, pentru că, copilul, în momentul în care este consiliat, nu o să vină niciodată la consiliere la cabinet, pentru că îl consiliezi tu [...], el are nevoie de altă intervenție [...] Chiar acum avem un caz, nu știm ce să facem cu el..., este deja într-o stare avansată a consumului.” (șef de centru, SPAS)

„Direcția are un serviciu de intervenție în caz de abuz, neglijare și violență în familie, dar acel serviciu preia și aceste cazuri, pentru că vorbesc de tot ce înseamnă familie și fac inclusiv consiliere, a copilului, a familiei. În momentul în care aceste cazuri ajung la direcție, ele sunt redirecționate și către noi și se face o verificare, o analiză a situației familiei, dar de regulă consilierea psihologică o fac [specialiștii] de la Direcție [DGASPC]. Primul serviciu oferit e cel de la Direcție. [...] Noi, ca Direcție, într-o astfel de situație, începem cu vizita la domiciliu, neanunțată. Dacă nu îi găsim, le lăsăm invitație. Dacă aceștia nu răspund la invitație, revenim noi la domiciliu, ulterior vin ei, vorbesc cu d-na psiholog.” (asistent social, SPAS)

„Noi încercăm să ducem serviciile cât mai aproape de comunitate. Acest lucru se poate face și pe partea de consum de droguri. Să stai la birou și să faci hârtii nu este o atribuție care scade consumul sau previne consumul și nu ești aproape de cetățean și de nevoile lui.” (asistent social, SPAS)

„La noi, facem partea de consiliere și, dacă se dorește ceva rezidențial, încercăm să aflăm unde ar putea fi primit.” (asistent social, SPAS)

„Serviciile de consiliere nu sunt adaptate nevoilor celor afectați, adolescenți și părinți: consilierea are loc între 8 și 16...” (asistent social, DGASPC)

„Dacă acceptă să meargă la consiliere, bine... dacă nu, cu forța nu îi putem aduce. Ajung la spital, iar ne sesizează, iar îi indrumăm, chemăm... dacă vor să vină, bine... luați-l și duceți-l într-un centru...” (asistent social, DGASPC)

4. Referirea cazurilor către instituții specializate, management de caz

În urma identificării, se realizează referirea către instituțiile abilitate. Au fost enumerate CPECA și/ sau CSM, respectiv spitalul de psihiatrie/ secția de psihiatrie, centre ale unor organizații ale societății civile.

„Cu cele două spitale, [...], dar e foarte dificil, pentru că foarte puțini copii doresc să fie tratați de droguri.” (asistent social, DGASPC)

„Sunt limitări date de legislația în vigoare. Nici spitalul nu poate să-l țină.” (asistent social, DGASPC)

„Spitalul îl ține doar cu supraveghere, cu însoțitor. Asta înseamnă să existe personal de supraveghere, și aici suntem într-un impas. Asta înseamnă ca Direcția să plătească patru oameni ca să supravegheze un singur copil în spital, pentru că sunt patru ture, trebuie asigurate toate.” (asistent social, DGASPC)

Legislația specifică adresată consumatorilor de droguri prevede ca toate cazurile de consumatori să fie referite către CPECA, iar aceasta să colaboreze cu DGASPC în vederea elaborării PIP și a completării gamei de servicii, după caz. Experiența personalului care lucrează efectiv în teren, atât cel din instituțiile publice, cât și cel din mediul privat, arată că raportarea cazurilor către CPECA și DGASPC nu se realizează întotdeauna, din diferite motive:

- parte din personal nu cunoaște rolul CPECA și metodologia de stabilire a managerului de caz:

„Cine este responsabil, care este procedura? Ne puteți da detalii?” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

„Noi am discutat cu ei [CPECA], dar doar pe partea de prevenire. O să întreb și de asistență, de aceste servicii de care nu am auzit până în prezent.” (asistent social, DGASPC)

- nu există în toate cazurile incluse în cercetare (sub aspect regional) parteneriate/ convenții de colaborare încheiate între instituții;
- dificultatea obținerii acordului reprezentantului legal, precum și al copilului.

Dificultățile întâmpinate de specialiști în practică sunt legate de condiționarea prestării serviciilor de acordul reprezentantului legal al copilului, acesta fiind **un alt obstacol** în furnizarea serviciilor pentru adolescenții consumatori de droguri. Pentru realizarea evaluării de către CPECA, în vederea stabilirii tipurilor de servicii adecvate, este necesar acordul părintelui/ reprezentantului legal. În situația în care copilul este din familie sau cu măsură de plasament în regim de urgență (drepturile părintești sunt suspendate și preluate de reprezentantul DGASPC), nu sunt probleme în obținerea

acordului; dificultățile apar atunci când nu este identificat părintele și nu este instituită măsura de protecție (cazul copiilor străzii care au peste 14 ani și nu sunt de acord cu instituirea măsurii de protecție, dar care doresc servicii de consiliere, evaluare, includerea în programe de *harm reduction*).

Obligativitatea de a referi consumatorul de droguri către CPECA poate fi un impediment în dezvoltarea relației dintre adolescent și profesionist, ducând la renunțarea minorului la serviciile furnizate și la pierderea contactului cu el.

Specialiștii serviciilor sociale (SPAS, DGASPC – Protecția Copilului) intervievați arată faptul că rezultatul referirii nu este întotdeauna cel dorit, respectiv accesarea serviciilor specializate de către părinții adolescentului care consumă droguri, servicii către care a făcut referirea specialistul DGASPC, nu se realizează:

„Problema este că această decizie o iau părinții, tu poți face hârtii și acte necesare și poți rămâne la acest nivel, fără să se intervină în fapt. Nici o altă instituție nu va chema copilul să îl întrebe dacă consumă și să îl trimită în terapie.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

„Aici eu văd un mare vid legislativ, pentru că această consiliere psihologică este benevolă, pe care să și-o dorească clientul, că instituția nu [...] preia inițiativa.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

Specialiștii din DGASPC/ SPAS sunt de părere că procesul de asistență pentru consum de droguri trebuie urmărit, respectiv că managementul de caz exercitat de către CPECA este esențial. Mai mult, consideră că este important ca măsurile terapeutice recomandate de către CPECA să fie stimulate prin trimiterea de înștiințări pe adresa părinților sau să fie chiar obligatorii. Specialiștii CPECA ar trebui să se deplaseze pentru furnizarea serviciilor de asistență psihologică.

„Dacă ai apelat la serviciile de psihiatrie pentru consum, atunci CPECA să emită o hârtie care se trimite acasă și cheamă copilul la consiliere. Dacă nu vine copilul, merge un reprezentant la copil.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

„Eu aș vedea pentru CPECA niște atribuții mai specifice, pentru a putea pătrunde în comunitate. Serviciile nu ar trebui limitate doar la situația în care vine părintele și cere ajutorul. Să se emită o bază de date lunară cu cei identificați drept consumatori de către celelalte instituții, iar ei, ca instituție CPECA, să meargă în teren și să investigheze care este situația. Altfel, totul rămâne doar la nivel de informații.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

5. Colaborarea inter-instituțională

Poliția a fost menționată ca fiind un colaborator al serviciilor sociale/ de protecția copilului.

„Dar să știți că noi facem permanent sesizări la secțiile de poliție, îi anunțăm. Inclusiv, mai nou, faptul că etnobotanicele se vând la liniuță, la 3 lei, 5 lei liniuța, astfel devin foarte accesibile. Și de obicei fură, ori fiare vechi, tot felul de chestii ca să le vândă și să-și cumpere. Așa și apare delincvența.” (asistent social, DGASPC)

„La nivelul județului există echipă locală intersectorială, care, inițial, se ocupa doar de situațiile de exploatare prin muncă, apoi de abuz și ne-am extins astfel încât toți reprezentanții instituțiilor publice care vin în contact cu copilul, inspectoratul școlar județean, direcția de sănătate publică, jandarmeria, poliția, inclusiv ONG-uri, sunt în acest grup și colaborează. Colaborarea este foarte bună. [CSM] nu sunt cu noi în acest grup. Există și o hotărâre de consiliu județean, care a decis componența, pentru că, inițial, legislația pune poliția ca responsabil și am adăugat și jandarmii, și ONG-urile, am încercat să strângem cât mai mulți actori, care să facă prevenire pe toate domeniile, care ulterior diseminează informația.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

DGASPC relevă utilitatea și calitatea colaborării cu organizațiile societății civile, care furnizează servicii copiilor vulnerabili, din familii defavorizate:

„Avem un sistem de ONG-uri destul de bine structurat, cei care ne sunt aproape sunt puțini, dar sunt serioși și oferă exact serviciile complementare de care avem nevoie și ne sprijină foarte tare. [...] centru de zi, servicii de tip rezidențial, [...] servicii și în stradă, un centru de activități pentru copiii din comunitate, de zi, unde își fac temele, [...] școală de vară pentru peste 400 de copii [...]. Cu [...] am colaborat, când aveau buget și proiecte, pe partea de prostituție și am colaborat foarte bine.” (asistent social, SPAS/ DGASPC)

Asistentul social explică și mecanismul de colaborare dintre SPAS și DGASPC:

„A apărut o hotărâre de guvern de curând, care prevede colaborarea dintre DGASPC și SPAS-uri, pe care noi va trebui să o punem în aplicare pe-repede-înainte. Suntem în procesul de gândire a unei strategii, pentru că se menționează că Direcția poate delega reprezentanți sau poate crea un compartiment specializat, care să ofere coordonare metodologică SPAS-urilor.”

6. Dificultățile întâmpinate în furnizarea serviciilor pentru adolescenții care consumă droguri, menționate de către specialiștii serviciilor sociale (SPAS/ DGASPC – Protecția Copilului):

- lipsă formare/ pregătire personal în domeniul consumului de droguri – unii dintre specialiștii participanți la cercetare nu au nicio formare în domeniul drogurilor: *„În domeniul drogurilor nu avem nicio formare specializată, doar din mers am învățat câte ceva”*;

- lipsa/ necunoașterea procedurilor clare de lucru;
- lipsa centrelor/ serviciilor specializate pe consumul de droguri;
- condiționarea serviciilor de acordul reprezentantului legal al copilului;
- necunoașterea legislației în domeniul consumului de droguri de către personal/ dificultăți în aplicarea legislației.

La nivelul DGASPC, se constată că nu există suficient personal specializat pe furnizarea de servicii copilului consumator de droguri; personalul nu participă la programe de formare continuă în lucrul cu adolescenții cu adicții sau un număr mic de asistenți sociali au beneficiat de cursuri de specializare organizate de către ANA.

De asemenea, profesioniștii din domeniu, public și privat, au constatat din practică faptul că, atunci când adolescentul cu vârsta peste 14 ani, care este deja consumator, nu dorește servicii de consiliere, evaluare, găzduire, este inutilă stabilirea unei măsuri de protecție, întrucât acesta va fugi din centru și va ajunge să trăiască tot în stradă. Profesioniștii care au participat la interviu au concluzionat că programele de distribuire a seringilor către adolescenții consumatori ar veni în sprijinul acestora, protejându-i de contractarea unor boli transmisibile. Există însă o barieră legală în ceea ce privește schimbul de seringi pentru adolescenții cu vârsta peste 14 ani – obținerea acordului părinților/ reprezentantului legal.

7. Recomandări

Se constată nevoia dezvoltării și încheierii de parteneriate atât între instituțiile publice, cât și între instituții publice și ONG-urile de profil pentru acordarea de suport reciproc, de servicii complementare, care să vină în sprijinul adolescentului consumator.

Personalul din cadrul centrelor de primire în regim de urgență/ adăposturi pentru copiii străzii/ reprezentanți DGASPC consideră oportună înființarea de centre specializate pentru adolescenții consumatori, din mai multe motive: acestea ar dispune de personal specializat; minorii cu probleme de comportament, provocate de consumul de droguri, nu i-ar influența negativ pe ceilalți adolescenți aflați în centru, care nu sunt consumatori; ar exista proceduri clare de intervenție și referire către alte tipuri de instituții ce pot acorda sprijin.

„Ne-ar trebui un centru specializat și un centru intermediar, un centru de tranzit între stradă și centrul de urgență. Este imposibil să se poată adapta la programul unui centru.”
(șef de centru, DGASPC)

„[Într-un astfel de centru] ar trebui să fie personal medical, ca să acopere patru ture. Grupe de patru-cinci, cu un instructor supraveghetor, patru-cinci psihologi, patru-cinci asistenți sociali.” (asistent social, CPECA)

Programele de schimb de seringi sunt considerate, de specialiștii DGASPC, ca o modalitate de prevenire a infecțiilor cu transmitere sanguină, care însă ar trebui să fie o conexiune între consumator și servicii de asistență socială și medicală.

„Nu neapărat ideea de a le da seringi trebuie să fie finalitatea, ci intrarea. Dacă vorbim de minori peste 14 ani, e OK. Sub această vârstă, nu.” (specialist, DGASPC)

Ar fi util ca specialiștii CPECA să aibă activități de teren, eventual în colaborare cu alți furnizori de servicii autorizați, întrucât, adeseori, beneficiarii adolescenți nu pot fi aduși la centru pentru furnizarea de servicii.

5. Concluzii

5.1. Bariere legale în accesarea serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri

Legislația¹⁰⁸ referitoare la furnizarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri, precum și standardele sistemului național de asistență a acestora nu includ prevederi specifice pentru identificarea precoce și motivarea adolescenților care consumă droguri în a accesa serviciile de asistență pentru consumul de droguri (cu anunțarea prealabilă a familiei sau reprezentantului legal), prevederi care să orienteze activitatea furnizorilor de servicii de asistență pe nivelul I (pre-tratament) și a unităților de învățământ. Acest lucru determină evitarea identificării adolescenților consumatori de droguri de către profesioniștii din cadrul unităților de învățământ, sănătate, servicii sociale, existând posibilitatea creării de probleme de natură juridică cu părinții care neagă situația de consum a fiului/ fiicei. Implicațiile acestei lipse metodologice și legislative se resimte la nivelul unităților de învățământ la modul general, școlile încercând să elimine problema elevilor consumatori fie evitând să o repereze, fie căutând să transfere în alte școli pe cei bănuți de consum.

Nu există prevederi legale care să permită o depistare activă a adolescenților consumatori de droguri în cadrul serviciilor medicale. Examenul de bilanț al adolescentului nu include un instrument de *screening* privind consumul de droguri (medicină de familie); în legislație, depistarea adolescentului consumator de droguri este una de tip pasiv, prin apelarea familiei sau reprezentantului legal la servicii de asistență medicală, psihologică, socială.

Nu există reglementări specifice care să faciliteze accesul beneficiarilor către servicii de asistență a consumatorilor de droguri în situații cum sunt lipsa actelor de identitate, absența reprezentantului

¹⁰⁸ HG nr. 860/2005, Ordin nr. 1.389/2008, Decizie MAI/ ANA nr. 16 și nr. 17/2006.

legal; prevederile legale¹⁰⁹ referitoare la furnizarea serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri prevăd obligativitatea obținerii acordului parental/ al reprezentantului legal pentru furnizarea serviciilor, ceea ce este o limitare a accesului la servicii pentru adolescenții consumatori și încalcă un principiu fundamental în domeniul adicțiilor, anume acela că *a sta în contact cu un consumator este o bătălie câștigată*. Această prevedere legală este corelată cu cea din domeniul asistenței medicale și psihologice, care fac referire la vârsta de 18 ani ca limită minimă pentru accesarea independentă a serviciilor de asistență medicală¹¹⁰, respectiv psihologică. Aceste prevederi corelate determină reticența cu care profesioniștii abordează problematica adolescentului cu risc de consum de droguri sau care consumă droguri și împiedică adolescenții care ar dori să obțină ajutor să beneficieze de acesta, în situația în care părinții sau reprezentantul legal este unicul care semnează fișa de consimțământ pentru servicii.

Prevederile legale¹¹¹ referitoare la furnizarea serviciilor de reducere a riscurilor nu sunt suficient de clare. Încadrarea programului de asistență într-unul dintre cele patru programe de asistență integrată (PIT) prevăzute în legislația care descrie sistemul național de asistență pentru consumatorii de droguri face referire la criteriile de *orientare* și menționează pentru PIT 4 (de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri), vârsta peste 18 ani. Pe de altă parte, criteriile specifice de organizare și funcționare a centrelor care furnizează tratament de substituție cu agoniști de opioacee (care este unul dintre cele două programe prevăzute în cadrul PIT 4) prevede drept criterii de acces vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare, și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal.

Nu există prevederi legale cu privire la standardele de asistență a consumatorilor de droguri minori, altele decât cele care privesc aplicarea metodei managementului de caz. Acestea prevăd colaborarea CPECA cu DGASPC în toate situațiile (chiar și în aceea în care familia adolescentului consumator colaborează la furnizarea serviciilor adresate acestuia). Lipsa unor prevederi mai specifice în ceea ce privește asistența pentru consumatorii minori/ adolescenți – cum sunt cele care privesc formarea specialiștilor, detalierea specificităților legate de problematica copilului/ adolescentului în diferitele etape ale procesului de asistență (prezența unui părinte/ tutore pe durata procesului, limite ale confidențialității, relația dintre servicii, rolul psihiatriei pediatrice, responsabilitățile serviciilor din comunitate în ceea ce privește raportarea cazurilor de minori etc.), spațiul de lucru – produce, în fapt, o renunțare la a mai acorda anumite tipuri de servicii, în loc să favorizeze tocmai dezvoltarea și acordarea lor.

Rolul major pe care managerul de caz de la nivelul CPECA (Nivelul al II-lea) îl are este dificil, dacă nu imposibil, de implementat, din mai multe motive:

¹⁰⁹ HG nr. 860/2005, art. 15, anexe 6, 7, Ordin comun nr. 1.389/513/282 /2008.

¹¹⁰ Cu excepția situațiilor de urgență și a celor privitoare la sănătatea reproducerii, Legea nr. 95/2006.

¹¹¹ HG nr. 860/2005, art. 15, anexe 6, 7, Ordin comun nr. 1.389/513/282 /2008.

- existența, în fapt, a două sisteme publice paralele de asistență pentru consumatorii de droguri (cel al ANA și cel al Ministerului Sănătății – serviciile de psihiatrie); ANA nu autorizează, în fapt, serviciile/ centrele altor instituții publice (MS, DGASPC).
- absența, în fapt, a unora dintre responsabilitățile, asumate prin reglementările în vigoare, ale managerului de caz, mai ales cele de ordin proactiv: identificare precoce și intervenție timpurie (prin legătura cu serviciile de prevenire sau *harm reduction*), colaborare (cu serviciile de protecție a copilului, cu serviciile de psihiatrie) etc.;
- confuzia creată de existența a două instituții cu rol de autorizare (ANA și MS);
- poziția pe care o are ANA în organigrama Guvernului (la nivel de Direcție în cadrul MAI) nu îi permite un rol de coordonator național și nici local;
- sistemul de referire al copilului care consumă droguri și continuitatea îngrijirilor medicale nu sunt clar reflectate de legislația în domeniul serviciilor medicale;
- prevederile legale referitoare la transmiterea de documente cu privire la consumatorul de droguri în procesul managementului de caz creează premisele încărcării nejustificate a personalului CPECA¹¹² sau a altor furnizori de servicii;
- ignorarea (necunoașterea sau nerecunoașterea), de către majoritatea furnizorilor de servicii, a legislației cu privire la sistemul de asistență pentru consumatorii de droguri și a rolului CPECA în managementul de caz din domeniul asistenței consumatorilor de droguri.

Procedurile de autorizare a centrelor de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri și a serviciilor sociale destinate consumatorilor de droguri sunt laborioase și insuficient reglementate (serviciile pentru consumatori de droguri nu au existat în nomenclatorul de servicii sociale până în noiembrie 2015; în prezent există, dar se pot licenția numai cele pentru adulți). Pentru funcționarea unui astfel de serviciu/ centru de servicii este necesară obținerea de autorizații și licențe de funcționare succesiv, de la autoritățile de sănătate publică, de la Ministerul Muncii, respectiv de la Agenția Națională Antidrog.

5.2. Recomandări privitoare la modificările legislative

Elaborarea, în cadrul metodologiei de lucru cu adolescenții care consumă droguri, de proceduri specifice de identificare activă a adolescenților cu risc de consum de droguri și a celor care consumă droguri, de proceduri de informare, motivare și sprijinire a acestora pentru a-și implica familia, în scopul accesării de servicii de asistență pentru consumul de droguri. Includerea în legislație a prevederilor cu privire la identificarea activă a adolescenților care consumă droguri și furnizarea serviciilor de informare, motivare și sprijin în etapa de pre-tratament. Este recomandat ca

¹¹² HG nr. 860/2005, art. 26, par. 3.

metodologia de includere în servicii a adolescenților care consumă droguri să faciliteze accesul lor la servicii medicale, psihologice și sociale. Accesul direct și fără condiția solicitării/ acordului parental, de la 16 ani în sus, înregistrarea codificată pot fi luate în considerare pentru stimularea accesării de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri de către adolescenți.

Clarificarea metodologică și legală a prevederilor referitoare la modalitatea de furnizare a serviciilor de reducere a riscurilor în cadrul continuumului de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri adolescenți, având în vedere riscurile de infectare cu HIV și alți agenți patogeni cu transmitere sanguină, în special pentru adolescenții care stau pe stradă și consumă droguri prin injectare. Includerea în legislație a serviciilor de reducere a riscurilor (inclusiv cu schimb de seringi) ca servicii de nivel I, cu acces direct, înregistrare pe coduri și regim de urgență, cu durată limitată și ca o componentă de asistență în situația recăderilor sau pe parcursul pregătirii pentru abținere și stabilizării biomedicale, psihologice, sociale.

Simplificarea procedurilor de autorizare a serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri în general și pentru adolescenții care consumă droguri în particular.

Modificarea prevederilor legale referitoare la transmiterea de documente cu privire la consumatorul de droguri în procesul managementului de caz¹¹³ sau al altor furnizori de servicii, prin înlocuirea prevederilor legate de transmiterea raportului de evaluare, a acordului de asistență medicală psihologică și socială și a planului individualizat de asistență.

Modificarea legală a obligativității colaborării CPECA cu DGASPC în toate situațiile de asistare a adolescenților consumatori de droguri cu obligativitatea de colaborare numai în cazurile adolescenților a căror familie sau reprezentant legal nu cooperează pentru furnizarea asistenței de specialitate sau în care adolescenții și familiile au probleme de ordin psihosocial și economic ce necesită intervenția SPAS/ DGASPC.

5.3. Bariere legate de condițiile furnizării serviciilor

Necunoașterea situației adolescenților care consumă droguri și a accesării de către aceștia a serviciilor – absența unui sistem specific de colectare de date privind adolescenții care sunt identificați și referiți și care accesează serviciile de asistență pentru consumul de droguri.

Lipsa unei practici profesionale unitare, a unor ghiduri de practică; de exemplu, interviurile profesioniștilor nu au relevat utilizarea vreunui instrument de *screening* pentru identificarea riscului de consum sau existența unor proceduri în acest sens.

¹¹³ HG nr. 860/2005, art. 26, par. 3.

Managementul de caz și colaborarea inter-instituțională:

- bariera majoră în accesul real la tratament este reprezentată de lipsa continuității în acordarea de servicii, atât între diferite niveluri ale asistenței medicale, cât și între serviciile medicale și alte categorii de servicii (psihologice, sociale etc). Personalul medical nu știe unde s-au dus pacienții tratați, cum au progresat sau dacă au rezolvat problema de sănătate. Nu se realizează *follow-up*-ul consumatorilor. Personalul medical tratează cazul din punct de vedere al afecțiunilor medicale și îl referă către servicii psihiatrice de specialitate, entități de psihoterapie sau chiar către CPECA;
- lipsa unor centre de servicii de asistență specifice pentru adolescenții care consumă droguri, în cadrul cărora serviciile de asistență (medicală, psihologică și socială) să fie furnizate ținându-se cont de specificitatea de dezvoltare și de tipul de intervenție recomandată: nu există, printre altele, centre de zi pentru adolescenții care consumă droguri și nu există comunități terapeutice pentru adolescenții care consumă droguri;
- lipsa asigurării unor servicii în cadrul centrelor de asistență socială și protecție a copilului. Nu sunt asigurate servicii de asistență de psihiatrie pediatrică în cadrul tuturor serviciilor de primire în regim de urgență, acolo unde sunt aduși adolescenți consumatori din stradă, aflați sub influența drogurilor; sevrajul neasistat, experimentat de adolescenții dependenți în unele centre de primire în regim de urgență (CPRU), este de natură a-i face să evite serviciile de protecție a drepturilor copilului;
- lipsa centrelor care să ofere alternative de petrecere a timpului liber și dezvoltare: activități sportive, educative, de grup, centre care pot contribui la dezvoltarea adolescenților și la prevenirea inițierii consumului de droguri;
- insuficiența dezvoltare, în unitățile de învățământ, ale asistenței medicale primare, în serviciile sociale și de protecție a copiilor; a intervențiilor de identificare activă a adolescenților care consumă droguri;
- insuficiența acută a resurselor umane și a logisticii din dotarea unităților de asistență existente (CPECA, serviciile de asistență socială și de protecție a copilului, în unitățile de învățământ – medici școlari, profesori consilieri școlari);
- necesitatea formării în problematica drogurilor și în domeniul lucrului cu adolescenții și familia a celor mai mulți dintre profesioniștii care furnizează servicii pentru consumatorii de droguri, respectiv pentru copii și adolescenți, inclusiv la nivelul unităților de învățământ;
- insuficiența colaborare dintre instituții și profesioniști, în primul rând din cauza necunoașterii legislației în domeniul asistenței pentru consumatorii de droguri;
- insuficiența promovare prin publicitate și colaborare inter-instituțională a serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri;

- nerespectarea confidențialității și stigmatizarea adolescenților care consumă droguri și a familiilor lor, în special în cadrul unităților de învățământ;
- insuficienta dezvoltare a serviciilor de intervenție pe teren, a centrelor de asistență pentru copiii străzii și de primire în regim de urgență pentru reducerea fenomenului „copiii străzii”;
- insuficiența fondurilor pentru crearea, dezvoltarea și susținerea serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri;

Sistemul informațional – prin acte normative inițiate de ANA, este definit un flux informațional privind consumul și consumatorii de droguri, iar prin prevederile generale privind sistemul de sănătate, este definit un alt flux informațional. Concordanța dintre cele două fluxuri informaționale este scăzută și nu este clar gradul și modul de raportare.

5.4. Recomandări

Crearea unui sistem specific de colectare de date privind adolescenții care consumă droguri, care sunt identificați și referiți și care accesează serviciile de asistență pentru consumatorii de droguri.

Crearea unor ghiduri de practică unitare, pe domenii de asistență, care să cuprindă toate etapele, de la identificare până la reintegrarea socială a adolescenților consumatori de droguri.

Crearea de centre de servicii de asistență specifice pentru adolescenții care consumă droguri.

Asigurarea serviciilor de asistență de psihiatrie pediatrică în cadrul serviciilor de primire în regim de urgență pentru adolescenții aflați sub influența drogurilor, aduși din stradă, pentru asistența sevrajului și a tulburărilor de comportament asociate, în unele cazuri, consumului de droguri.

Crearea, dezvoltarea și susținerea centrelor care să ofere alternative de petrecere a timpului liber și dezvoltare pentru adolescenți: activități sportive, educative, de grup.

Dezvoltarea, în cadrul unităților de învățământ, al structurilor de asistență medicală primară, în serviciile sociale și de protecție a copiilor, a intervențiilor de identificare activă a adolescenților care consumă droguri.

Asigurarea și suplimentarea resurselor umane conform schemei de personal prevăzute de legislație și a logisticii (automobile) din dotarea unităților de asistență existente (CPECA, serviciile de asistență socială și de protecție a copilului).

Asigurarea stagiilor de formare și coordonare regulate în domeniul drogurilor și în domeniul lucrului cu adolescenții și familia a profesioniștilor care furnizează servicii pentru consumatorii de droguri, respectiv pentru copii și adolescenți, inclusiv la nivelul unităților de învățământ.

Asigurarea colaborării dintre instituții și profesioniști.

Asigurarea promovării serviciilor de asistență pentru adolescenții consumatori de droguri prin publicitate (online, telefonică, materiale publicitare) și prin colaborare inter-instituțională.

Realizarea de activități de informare, educație și conștientizare a cadrelor didactice și părinților, la nivelul unităților de învățământ, cu privire la consumul de droguri, pentru reducerea fenomenului de negare, stigmatizare și rejecție a adolescenților care consumă droguri.

Dezvoltarea serviciilor de intervenție pe teren și a centrelor de primire în regim de urgență, pentru reducerea fenomenului „copiii străzii”.

Asigurarea fondurilor pentru crearea, dezvoltarea și susținerea serviciilor de asistență pentru adolescenții care consumă droguri prin finanțarea programelor naționale și de interes național de către ANA, MS, MMFPSPV, ANPDC și de la bugetele locale.

6. Anexe

Anexa 1: Grupul de lucru inter-instituțional

- ANA – Agenția Națională Antidrog
- ANPDCA - Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
- MAI – Ministerul Afacerilor Interne
- MS – Ministerul Sănătății; reprezentanți ai CSM pentru minori „Prof. Dr. C. Gorgos”, INBI „Prof. Dr. Matei Balș”, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Al. Obregia”
- MMFPSPV – Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
- MENCS – Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice
- Organizații ale societății civile: fundația „Parada”, respectiv asociația ALIAT

Anexa 2: Lista instituțiilor incluse în eșantionul cercetării

(București, sectoarele 1-6; Bacău, Cluj, Constanța, Iași)

- Agenția Națională Antidrog, CPECA
- Unități de asistență medicală: UPU, medicină de familie, specialitate psihiatrie pediatrică – spital și CSM pentru minori
- DGASPC, DAS
- CJAP/ CMAP, CJRAE, CMBRAE
- Organizații care furnizează servicii pentru persoane în situații de risc și vulnerabilitate (adulți, copii): fundația „Parada”, organizația „Salvați copiii”
- Organizații care furnizează servicii de prevenire a consumului de droguri, de educație și dezvoltare: asociațiile „Preventis” și „Caritas” (Cluj), Centrele de resurse pentru adolescenți (ALIAT)
- Organizații care furnizează servicii de reducere a riscurilor pentru consumatorii de droguri (ARAS)
- Furnizori privați de servicii de asistență psihiatrică și psihologică (clinica ALIAT, psiholog cu practică privată)

Anexa 3: Lista autorităților naționale cu responsabilități¹¹⁴ în prevenirea consumului de droguri și asistența consumatorilor de droguri

- ANA – Agenția Națională Antidrog
- MAI – Ministerul Afacerilor Interne
- MS – Ministerul Sănătății
- MMFPSPV – Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
- MENCS – Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice
- Ministerul Tineretului și Sporturilor

¹¹⁴ HG nr. 461/2011, Legea nr. 272/2004, republicată 2014, art. 93, HG nr. 784/2013, Legea nr. 95/2006 ș.a.m.d.

7. Bibliografie

Agencia Națională Antidrog – *Prevalența consumului de droguri în România – studiu în populația generală – 2004*, București, iunie 2005, disponibil online la: <http://stopfumat.eu/wp-content/uploads/2014/10/StudiuANA.pdf>

Agencia Națională Antidrog – *Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri*, București, 2005, disponibil online la: <http://www.ana.gov.ro/tratament/standardele-sistemului-national-de-asistenta-medicala-psihologica-si-sociala-a-consumatorilor-de-droguri.pdf>

Agencia Națională Antidrog – *Studiu privind prevalența consumului de droguri în România – studiu în populația generală – 2007*, București, f.a., disponibil online la: <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%202007.pdf>

Agencia Națională Antidrog – *Studiu privind prevalența consumului de droguri în România – studiu în populația generală – 2010*, București, f.a., disponibil online la: <http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%202010.pdf>

Agencia Națională Antidrog – *Studiul național în populația generală privind consumul de tutun, alcool și droguri, GPS 2013 – raport de cercetare*, București, 2015, disponibil online la: <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>

Agencia Națională Antidrog – *Studiul național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri, ESPAD 2011 – raport de cercetare*, București, 2013, disponibil online la: http://www.ana.gov.ro/studii/ESPAD_2013.pdf

Agencia Națională Antidrog, Romanian Harm Reduction Network și UNICEF – *Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul copiilor și tinerilor din România – raport de cercetare*, București, 2011, disponibil online la: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/rhrn_carte-final_cu-bt.pdf

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 elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, publicată în *M. Of. - I*, nr. 899/6 noiembrie 2006

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Agencia Națională Antidrog – *Raport național privind situația drogurilor, 2014. România – noi evoluții și tendințe*, București, 2015, disponibil online la: http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RO_RN_2014.pdf

Hotărârea Colegiului Psihologilor din România (COPSI) nr. 4CN/2013 – Codul deontologic al profesiei de psiholog cu liberă practică, publicată în *M. Of.* - I, nr. 715/20.11.2013

Hotărârea Guvernului nr. 784/16 octombrie 2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020, publicată în *M. Of.* - I, nr. 702 bis/15 noiembrie 2013

Hotărârea Guvernului României nr. 1.113/12 decembrie 2014 pentru aprobarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014-2020 și a Planului operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2016, publicată în *M. Of.* - I, nr. 33/15 ianuarie 2015

Hotărârea Guvernului României nr. 144/23 februarie 2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, publicată în *M. Of.* - I, nr. 139/2 martie 2010

Hotărârea Guvernului României nr. 154/6 februarie 2003 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog pentru anii 2003-2004, publicată în *M. Of.* - I, nr. 111/21 februarie 2003

Hotărârea Guvernului României nr. 206/25 martie 2015 privind aprobarea Programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, publicată în *M. Of.* - I, nr. 208/30 martie 2015

Hotărârea Guvernului României nr. 400/13 mai 2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, publicată în *M. Of.* - I, nr. 366/19 mai 2014

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. 539/9 iunie 2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, publicată în *M. Of.* - I, nr. 535/23 iunie 2005

Hotărârea Guvernului României nr. 73/27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog pentru anii 2005-2012, publicată în *M. Of.* - I, nr. 112/3 februarie 2005

Hotărârea Guvernului României nr. 784/2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea strategiei în perioada 2013-2020, publicată în *M. Of.* - I, nr. 702/15 noiembrie 2013

Hotărârea Guvernului României nr. 784/9 octombrie 2013 privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020, publicată în *M. Of.* - I, nr. 702/15 noiembrie 2013

Hotărârea Guvernului României nr. 788/14 iulie 2005 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, publicată în *M. Of.* - I, nr. 721/9 august 2005

Hotărârea Guvernului României nr. 860/13 august 2008 privind aprobarea Strategiei naționale în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului, publicată în *M. Of.* - I, nr. 646/10 septembrie 2008

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

Hotărârea Guvernului României nr. 867/14 octombrie 2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, publicată în *M. Of.* - I, nr. 834/9 noiembrie 2015

Inspectoratul General al Poliției Române, Agenția Națională Antidrog, Forumul European pentru Securitate Urbană – *Metodologie privind asistența integrată a minorilor consumatori de droguri*, București, 2011, disponibilă online la: <http://www.ana.gov.ro/METODOLOGIE%20DOD%20II.pdf>

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. 213/27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, publicată în *M. Of.* - I, nr. 492/1 iulie 2004

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. 46/21 ianuarie 2003 a drepturilor pacientului, publicată în *M. Of.* - I, nr. 70/3 februarie 2003

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

Ordin comun al MS nr. 388/31 martie 2015 și al CNAS nr. 186/30 martie 2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, publicat în *M. Of.* - I, nr. 220/1 aprilie 2015

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

Ordinul CNAS nr. 185/30 martie 2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, publicat în *M. Of.* - I, nr. 219/1 aprilie 2015

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 MECI nr. 5.132/10 septembrie 2009 pentru aprobarea Prevederilor metodologice privind organizarea și desfășurarea activităților specifice funcției de diriginte, publicat în *M. Of.* - I, nr. 680/9 octombrie 2009

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 MS nr. 1.030/20 august 2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației, publicat în *M. Of.* - I, nr. 603/1 septembrie 2009

Ordinul MS nr. 1.078/27 iulie 2010 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, publicat în *M. Of.* - I, nr. 550/5 august 2010

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. 386/31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016, publicat în *M. Of.* - I, nr. 221/1 aprilie 2015

Ordinul MS nr. 386/31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016, publicat în *M. Of.* - I, nr. 221/1 aprilie 2015

Ordonanța de urgență a Guvernului României nr. 162/12 noiembrie 2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, publicată în *M. Of.* - I, nr. 808/3 decembrie 2008

Organizația Mondială a Sănătății – *Maternal, newborn, child and adolescent health – Adolescent health*, disponibilă online la: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/

Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, UNICEF – *Studiul privind adolescenții cu risc crescut HIV/ SIDA*, București, 2010, disponibil online la: <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/rezumat-studiul-privind-adolescentii-cu-risc-crescut-hivsida.pdf>