



O abordare participativă la dezvoltarea unei curricule de învățare pentru persoanele adulte în recuperare din spațiul Uniunii Europene.

www.recoveu.org

Livrabila 3.4:

Politici și practici - Analiza finală

WP3: Stabilirea Contextului: Analiza politicilor și practicilor

Decembrie 2014

Co-finanțat de Uniunea Europeană



1



CUPRINS:

1	POLITICI ȘI PRACTICI ÎN ȚĂRILE PARTENERE	3
1.1	Introducere	3
1.2	Politici și practici în țările partenere	3
1.3	Definițiile pentru dependență, tratament și recuperare	7
1.4	Politică și răspuns strategic	12
1.5	Abordări ale reintegrării sociale	16
1.6	Oportunități actuale pentru adulții în recuperare de a se angaja cu programe de ocupare a forței de muncă	18
1.7	Oportunități actuale pentru adulți în procesul de recuperare de a se angaja cu învățare informală și formală	19
1.8	Oportunități actuale pentru adulți în recuperare de a se angaja în accesul la programele de învățare	21
1.9	Concluzie	21
2	ANEXĂ	23
2.1	Anexa 1	23
	Referințe	26

Acest proiect a fost finanțat cu sprijinul Comisiei Europene. Această publicație (comunicare) reflectă numai punctul de vedere al autorului, iar Comisia nu poate fi responsabilă pentru vreo utilizare a informațiilor conținute de aceasta.

2



1 Politici și practici în țările partenere

1.1 Introducere

Proiectul RECOVEU reunește parteneri din Marea Britanie, Cipru, România, Italia și Irlanda, cu scopul de a dezvolta accesul la resurse de învățare pentru persoanele aflate în recuperare în urma dependenței¹. Această analiză a politicii și practicii încearcă să sprijine partenerii de proiect să dezvolte o înțelegere mai nuanțată a impactului politicii și strategiei UE în materie de droguri în fiecare dintre țările partenere, cu un accent special pe modul în care acestea influențează practica în tratamentul împotriva toxicomaniei. Scopul nu a fost reproducerea bazei de dovezi existente, ci utilizarea acestora ca o fundație pentru a dezvolta o abordare tematică a proiectului în ansamblu. În acest sens, partenerii RECOVEU au efectuat analize individuale ale politicii actuale în materie de droguri și reflectate în practică în propria lor țară. Pentru a reflecta asupra problemelor similare, un chestionar structurat a fost elaborat, care s-a bazat pe Chestionarul structurat 28 al Centrului European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri (EMCDDA) referitor la reintegrarea socială și reducerea excluziunii sociale a consumatorilor de droguri (EMCDDA, 2012). Analiza se bazează, prin urmare, atât pe date existente (de exemplu, datele Punctului Național Focal²) cât și pe cunoașterea experimentală a partenerilor care lucrează în domeniul toxicomaniei. Acest proces a facilitat dezvoltarea unui cadru tematic pentru a informa activitatea viitoare și, cel mai important, a obține o înțelegere comună a unora dintre problemele contextuale și structurale care afectează fiecare partener. La finalizarea analizei (octombrie 2014), Comisia UE pentru stupefiante (EUCND) s-a întâlnit la Viena pentru a discuta despre contribuția sa în cadrul sesiunii speciale a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite. Consensul a fost sprijinirea unui accent sporit asupra cadrului internațional de control al drogurilor³. În cadrul proiectului RECOVEU, țările partenere nu au muncă forțată în locul tratamentului împotriva toxicomaniei sau pedeapsa cu moartea, dar acest lucru nu este valabil în întreaga lume. Ca atare, suntem norocoși să dezvoltăm resurse cu oameni aflați în recuperare care ajută accesul la educația adulților și o oportunitate de a face schimbări pozitive în viața lor.

1.2 Politici și practici în țările partenere

Care sunt problemele cele mai prevalente referitoare la politica și practica la nivel național?

Principalele preocupări legate de politicile și practicile în materie de dependență în cele cinci țări partenere variază într-o anumită măsură. În Italia, problema cheie este percepția scăzută a riscului asociat cu utilizarea de cannabis, în special în rândul populației tinere. În mod similar, utilizarea și abuzul de alcool în rândul generațiilor tinere sunt privite ca problematice deoarece pot acționa ca o substanță „de tranzit”. În timp ce situația este oarecum diferită în România, unde prevalența

¹ Detalii suplimentare cu privire la proiectul RECOVEU pot fi găsite pe site-ul proiectului: <http://recoveu.org/>

² Cu excepția cazului în care se prevede diferit, date prezentate în analiză sunt preluate din datele Punctului Național Focal

³ <http://www.eurad.net/en/Overview+of+United+Nations+Intersessional+Meeting%3A+23rd+October+2014.9+UFRDWWC.ips>

consumului de droguri ilicite este scăzută în comparație cu alte state membre ale Uniunii Europene, există indicii ale unei tendințe în creștere de utilizare a majorității drogurilor⁴. Deși se estimează că majoritatea consumatorilor de droguri folosesc heroină, proporția celor care își injectează noi substanțe psihoactive a crescut și poate constitui aproximativ o treime din totalul consumatorilor problematici de droguri (PDU)⁵. Ca în Italia, consumul de droguri ilicite în rândul tinerilor prezintă un interes special în România; în 2012 prevalența generală în rândul tinerilor cu vârsta de 16 ani era de 21,7% (Proiectul European de Cercetare în Școli privind Alcool și alte Droguri (ESPAD), 2012). Irlanda se confruntă, de asemenea, cu aceste tendințe în policonsumul de droguri. Utilizarea de alcool, canabis, cocaină, benzodiazepine și medicamente „Z” este semnificativă, cu cocaina în creștere evidentă. Medicamentele „Z” (sau non benzodiazepinele, de asemenea numite medicamente înrudite cu benzodiazepinele) sunt o clasă de medicamente psihoactive ale căror acțiuni farmacologice sunt similare cu cele ale benzodiazepinelor. Populația din Irlanda care folosește heroina s-a plafonat și îmbătrânește.

În 2010/11, existau aproximativ 298.752 de consumatori de opiacee și / sau cocaină în Anglia. Acest număr corespunde cu 0,87% din populația în vârstă de 15-64 de ani (Centrul de Informare Asistență Socială și Sănătate (HSCIC), 2013). Cu toate acestea, aproximativ 2,7 milioane de persoane cu vârste cuprinse între 16-59 au consumat un drog ilicit în ultimul an, ceea ce echivalează cu 8,2% din populația adultă (Agenția Națională de Tratament (NTA), 2012a). În 2012, 197.110 adulți erau în contact cu serviciile de tratament și 185.428 au rămas sub tratament timp de 12 săptămâni sau mai mult - momentul definirii unei sesiuni de tratament în Marea Britanie. Existau 29.855 persoane înregistrate că au abandonat tratamentul gratuit al dependenței de droguri (NTA, 2012b). Se estimează că peste 10 milioane de adulți din Marea Britanie au o problemă de alcool, variind de la periculoasă la dăunătoare și în cele din urmă dependentă. Un total de 109.683 adulți au beneficiat de tratament împotriva alcoolului în 2012 și 40.908 oameni au finalizat cu succes tratamentul împotriva alcoolului (NTA, 2012b).

În timp ce Italia se confruntă cu niveluri foarte similare cu cele din Marea Britanie și are o populație comparabilă de 61 de milioane, România are o prevalență de 0,18% dintr-o populație mult mai mică de 19.960.000. În 2012, în Republica Irlanda 8.923 de oameni se aflau sub tratament de substituție pentru opiacee, care a fost introdus în anul 1992⁶. Se consideră că Cipru se află la nivelul inferior al scalei de utilizare ilicită de droguri, canabis fiind drogul cel mai răspândit folosit, urmat de cocaină.

Care organizații și autorități sunt principalii factori politici?

Agenții specifice responsabile pentru dezvoltarea Planului Național de Acțiune există în fiecare dintre țările partenere. Cu toate acestea, aceste agenții se află în cadrul a diferite ministere guvernamentale. În România, Agenția Națională Antidrog (ANA) este o entitate juridică de specialitate, aflată sub coordonarea Ministerului Internelor și Reformei Administrative. ANA supraveghează dezvoltarea unei abordări standard pentru reducerea traficului și consumului ilicit de

⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro>

⁵ Vă rugăm să rețineți că, deși inițial se intenționa utilizarea termenului „Utilizatori de servicii” pentru a desemna persoane în recuperare, acesta nu avea întotdeauna sens în contextul textului. Termenul „consumatori de droguri” a fost folosit în loc.

⁶ www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overview/Ireland

droguri și este responsabilă pentru coordonarea aproape tuturor serviciilor și profesioniștilor care activează în domeniu. Centrul de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței se află în cadrul ANA. Prin urmare, cu toate că dependența este considerată ca fiind de o afecțiune medicală în România, ANA nu se află într-un minister de sănătate, deoarece aspectul infracționalității are prioritate în ceea ce privește elaborarea politicilor. În Italia, Departamentul pentru Politici Antidrog (DPA) este o structură permanentă a Președinției Consiliului de Miniștri. DPA este responsabil pentru definirea și monitorizarea Planului Național de Acțiune împotriva drogurilor conform directivelor UE. Deși nu se află în cadrul ministerului sănătății, DPA lucrează în sinergie cu serviciul de sănătate, care este responsabil pentru Tratament și reabilitare, operaționalizate prin Serviciul de Sănătate Regional prin intermediul serviciilor locale de sănătate.

În Cipru, Irlanda și Regatul Unit, agențiile responsabile pentru strategiile globale antidrog sunt conectate mai direct la un nivel de politică din departamente guvernamentale de sănătate. Consiliul Antidrog din Cipru (CAC), înființat în anul 2000, este responsabil pentru dezvoltarea și punerea în aplicare a Strategiei Naționale Antidrog și Planului Național de Acțiuni privind Drogurile aliniate cu Strategiei Antidrog UE. Acesta este reglementat și finanțat de Ministerul Sănătății. CAC este singurul responsabil pentru coordonarea programelor de prevenire și intervenție în domeniu și pentru monitorizarea serviciilor de dependență guvernamentale și neguvernamentale. CAC este, de asemenea, responsabil pentru servicii de finanțare, în special cele conduse de organizații non-profit.

În Irlanda, principalii factori politici provin din sectorul sănătății, care are un serviciu dedicat pentru dependență, distinct de îngrijirea medicală primară. Există un Forum de supraveghere în materie de droguri prezidat de Ministrul Sănătății și cu reprezentare pe mai multe sectoare, inclusiv reprezentanți voluntari și comunitari. Ministerul Sănătății este însărcinat cu operațiunile zilnice ale politicii în domeniul drogurilor, prin două unități: Unitatea de Politică Antidrog și Unitatea de Program Antidrog. Un grup Consultativ Antidrog (DAG) consiliază ministrul cu privire la punerea în aplicare a strategiei antidrog. Comitetul Național de Implementare a Reabilitării Antidrog (NDRIC) supraveghează punerea în aplicare a strategiei de reabilitare.

Situația din Marea Britanie este destul de complexă și pune provocări la prezentarea și interpretarea datelor. Guvernul britanic este responsabil pentru stabilirea strategiei generale antidrog și pentru livrarea acesteia către administrațiile descentralizate numai în aspectele în care deține jurisdicție; politicile privind sănătatea, educația, locuințele și asistența socială sunt limitate la Anglia, în timp ce cele pentru poliție și sistemului de justiție penală acoperă atât Anglia, cât și Țara Galilor. Un număr de competențe sunt transferate către Irlanda de Nord, Scoția și Țara Galilor, și fiecare dintre aceste țări are propria sa strategie. Strategiile din Irlanda de Nord și Țara Galilor abordează atât drogurile ilicite, cât și alcoolul. În aprilie 2013, o campanie de Sănătate Publică în Anglia (PHE) a fost înființată și Agenția Națională de Tratament (NTA), anterior parte a Serviciului Național de Sănătate (NHS), care a condus la punerea în aplicare a strategiei în materie de droguri, a devenit parte a acestui organism național global, înființat pentru a proteja și a îmbunătăți sănătatea și bunăstarea națiunii și pentru a reduce inegalitățile (PHE, 2013). Există trei teme în strategia în materie de droguri din Marea Britanie: reducerea cererii, restricționarea aprovizionării și construirea recuperării. Strategia se referă numai la droguri ilicite; există o strategie separată pentru abuzul de alcool, concentrată pe „consum excesiv ocazional de alcool”. În Marea Britanie, consumul excesiv ocazional de alcool pentru bărbați înseamnă a bea mai mult de 8 unități de alcool și pentru femei mai mult de 6 unități de alcool (NHS, 2012).

Care este discursul dominant în jurul răspunsului național la consumul problematic de droguri?

În fiecare dintre țările partenere, persoanele cu probleme de dependență sunt evocate diferit. Această „etichetă” reflectă discursul dominant în jurul dependenței. În Italia de exemplu, sunt evocate ca „consumatori de droguri”. Discursul dominant în jurul răspunsului la problema consumului de droguri este că dependența de droguri este o boală care poate fi prevenită, tratabilă și vindecabilă. Prin urmare, toate politicile și strategiile sunt create pentru a recunoaște că această afecțiune nu este doar o problemă socială, ci și o problemă publică gravă de sănătate, care afectează nu numai starea de sănătate a persoanelor dependente de droguri, ci și terți care pot fi afectați de ceea ce este considerat ca fiind comportament de asumare de riscuri. În cadrul acestui discurs, consumul de droguri ilicite nu este considerat parte a drepturilor individului, deoarece consecințele unui astfel de comportament pot afecta drepturile altora. Cu toate acestea, această problemă este controversată și dezbateră rămâne aprinsă.

În România și Cipru, discursul dominant include noțiunile de infraționalitate. Există o definiție clară a dependenței de droguri, care implică consumul de droguri ilegale în România; reducerea cererii și a ofertei este cea mai importantă parte a strategiei antidrog. În consecință, se acordă o mai mică prioritate tratamentului și recuperării consumatorilor de droguri. Percepția publică a dependenței de droguri este faptul că demonstrează o lipsă de voință de a controla comportamentul; consumatorii de alcool / droguri sunt considerați „păcătoși” incurabili și mai puțin de încredere. Acest punct de vedere moral este larg răspândit și încurajat de unele biserici și profesioniști care nu lucrează în cadrul contextului Minnesota⁷. Vocile acestor organizații și profesioniști religioase care lucrează în sectorul privat în cadrul contextului Minnesota sunt mai puține și nu au încă puterea să influențeze politica și procedurile. Cu toate acestea, principalele orașe, cum ar fi Cluj-Napoca, Iași și București au o rețea bună de organizații non-guvernamentale (ONG-uri) care furnizează servicii care se axează mai mult pe reabilitarea psiho-socială și reintegrarea socială folosind modelul bolii dependenței.

În Cipru există, de asemenea, un nivel ridicat de tabu social în jurul dependenței de droguri. O încercare de a aborda această problemă are loc prin promovarea reintegrării sociale, deși acest lucru este în prezent, doar în fază incipientă. De exemplu, CAC intenționează să reintegreze în mod eficient din punct de vedere social persoanele cu antecedente de dependență de droguri, oferindu-le locuință, educație și slujbe și servicii de tratament specifice în funcție de sex. Unele centre de tratament acordă o mai mare importanță reintegrării sociale decât altele cu scopul de a elimina stigmatul social prin reintegrarea eficientă. CAC a încercat, de asemenea, să elimine dimensiunea de „infraționalitate” a dependenței de droguri, care a acționat ca un factor de descurajare pentru PDU care accesează servicii de tratament, de exemplu, prin furnizarea de orientări pentru mass-media privind terminologia adecvată de utilizat.

Pe teritoriul Irlandei discursul cu privire la modul de abordare a problemei consumului de droguri rămâne dominat de modelul medical, care favorizează o abordare de gestionare prin metadonă și intervenții scurte, cu accent redus pe îmbunătățirea calității vieții individului. Cu toate acestea, în

⁷ Modelul Minnesota a evoluat de la modelele de tratament precoce preocupate cu abținerea și cadrul bolii. Informații suplimentare pot fi găsite în Anderson, D.J., McGovern, J.P. și Dupont, R.L. (1999). The origins of the Minnesota model of addiction treatment—a first person account, *Journal of Addiction Disorders*, 18 (1): 107-14

Irlanda există în prezent un discurs de recuperare în curs de dezvoltare influențat de evoluțiile din America și Marea Britanie.

În Anglia discursul dominant este o combinație între infracționalitate și sănătate publică. Ca în Irlanda, o abordare concentrată pe reducerea riscurilor pentru a proteja sănătatea publică a fost inițiată la sfârșitul anilor 1980 și începutul anilor 1990, ca răspuns la creșterea îngrijorărilor legate de transmiterea HIV. Reducerea riscurilor este o abordare pragmatică care ia în considerare disponibilitatea sprijinului față de consumul de droguri cât mai sigur posibil ca fiind cheia pentru sprijinirea oamenilor. Percepțiile abordărilor de reducere a riscurilor au devenit tot mai problematice și sunt înlocuite cu strategii concentrate pe recuperare care promovează în special abținerea. Cu toate acestea, abordarea reducerii riscurilor rămâne fundamentală pentru serviciile în materie de dependență în care orice tratament încearcă să reducă efectele nocive și abordează alte zone de risc, cum ar fi transmiterea hepatitei. Există, de asemenea, sprijin pentru introducerea de camere pentru consumul de droguri, cu scopul de a reduce decesele asociate cu consumul de droguri (BMJ, 2013). Furnizarea de Naloxonă, un antagonist opioid care inversează efectele supradozajului, este în prezent disponibilă pentru persoanele cu risc și, în unele zone, pentru membrii familiilor acestora. Începând cu luna mai 2012, Consiliul Consultativ privind Abuzul de Droguri a facilitat restricțiile privind furnizarea de Naloxonă pentru a sprijini obiectivul strategiei în materie de droguri de reducere a deceselor asociate consumului de droguri.

1.3 Definițiile pentru dependență, tratament și recuperare

Stabilirea de definiții clare pentru dependență, tratament și recuperare reprezintă o provocare în toate țările partenere.

Dependență

Există definiții în literatura de specialitate și rapoartele anecdotice, dar pentru toți partenerii discuția este umbră de paradigmele morale care au un impact asupra abordărilor, intervențiilor și percepțiilor a ceea ce înseamnă a fi dependent și ceea ce spune acest lucru despre un individ și locul său în comunitate. În 2012, Comisia de politică în materie de droguri din Marea Britanie (UKDPC) s-a referit la dezbaterile politicii în domeniul drogurilor din Marea Britanie ca „toxică”, condusă de o nevoie de a menține status quo-ul și afectată de lipsa unui acord cu privire la ceea ce constituie, de fapt, baza de dovezi (UKDPC, 2012). Toate țările partenere par să împărtășească caracteristici similare în jurul unui model medical dominant. În plus, toți partenerii recunosc existența aspectelor psiho-sociale ale dependenței, deși cu niveluri diferite de accent. Cu toate acestea, ceea ce este clar din această revizuire a politicii și practicii este un subtext moral care influențează această dezbateră, de multe ori în detrimentul nevoilor persoanelor care se confruntă cu probleme legate de abuzul de droguri, inclusiv alcool.

Un exemplu al impactului acestui subtext moral este explorat de către partenerii români și italieni, care descriu modul în care abuzul de alcool este tratat ca o chestiune separată. În aceste țări, la fel ca în Europa, consumul de alcool este larg acceptat, dar dobândirea dependenței nu este. În Italia această dependență este tratată ca un alt tip de dependență din cauza statutului juridic al alcoolului. Modalitatea de răspundere la dependență este, prin urmare, influențată de normele culturale din fiecare țară; în timp ce unele au o capacitate mare de răspuns, altele au o capacitate redusă. Unele țări partenere, cum ar fi Marea Britanie, abordează în general alcoolul și abuzul de droguri în moduri

foarte similare; de exemplu, datele privind consumul problematic de droguri în Marea Britanie se referă de multe ori la abuzul de droguri și alcool.

În Marea Britanie, dependența este predominant definită fie ca o afecțiune cronică recidivantă în paradigma medicală sau ca utilizarea obișnuită compulsivă a substanțelor în paradigma comportamentală. Cu toate acestea, există un consens general că o combinație a celor două elemente biologice și comportamentale contribuie la un comportament dependent. Această complexitate este recunoscută în toate țările partenere. Dependența este, în general, clasificată în literatura de specialitate în unul din cele trei moduri: o boală, o alegere sau o strategie de adaptare. Acest lucru poate influența abordările pentru tratamente în răspunsurile strategice și individuale (Russell și colab., 2011). În Cipru, dependența este considerată o tulburare de dependență nu numai față de substanțe ilegale, ci și față de consumul nociv de alcool. Strategia Națională acceptă legătura condițiilor individuale, sociale și economice care duc la dependență și parcursul îndelungat pentru a o depăși. Este nevoie de o abordare holistică a tratamentului dependenței, care include toate substanțele care dau dependență, legale și ilegale, precum și tratarea dependenței ca o politică prioritară de sănătate.

Irlanda împărtășește opinia dominantă din Regatul Unit că dependența este o afecțiune cronică recidivantă caracterizată în primul rând de un răspuns medicalizat. DSM⁸ 5 este folosit ca instrument de diagnosticare pentru a determina prevalența. Cu toate acestea, există o acceptare tot mai mare că un răspuns bio-psiho-social este mai adecvat. Consumul de droguri este ilegal și foarte stigmatizat și, în mod paradoxal, este un stigmat uriaș pentru dependentul de droguri, dar simpatizant pentru alcoolic.

În România, dependența este privită ca o tulburare psihiatrică și tratată predominant în cadrul instituțiilor medicale. Modelul bolii dependenței (de exemplu, necesitatea unei abstenențe totale) a fost introdus recent de ONG-uri care oferă servicii psiho-sociale, care consideră că dependența este o boală bio-psiho-social-spirituală complexă. O mai mare claritate există în ceea ce privește definiția dependenței care implică consumul de droguri ilegale. Oamenii sunt definiți ca dependenți (toxicomani) atunci când se află în mod evident într-o stare de dependență fizică.

Deși dependența are o definiție comună în contextele juridice și terapeutice în Italia, există dificultăți în schimbarea punctelor de vedere. Mulți oameni consideră că un toxicoman este un infractor mai degrabă decât că este bolnav. Dependența este caracterizată de o dorință puternică și căutarea unei substanțe, capacitatea scăzută de a recunoaște problemele individuale și un răspuns emoțional disfuncțional. Poziția guvernului italian este că unele persoane pot fi caracterizate printr-un profil specific neuro-psiho-biologic, social și de mediu și că sunt mult mai susceptibile să dezvolte o dependență. În cadrul acestui model de dependență, chiar și consumul ocazional este considerat periculos. Ca urmare, strategia și practica sunt orientate spre intervenție timpurie, pentru a evita o dependență reală: nu doar prin activități de sensibilizare, ci, de asemenea, pentru a promova un stil de viață mai bun și responsabilizarea individului.

Tratament

⁸. Manual de diagnosticare și statistică pentru tulburări mintale - clasificarea standard a tulburărilor mentale utilizate de profesioniștii din domeniul sănătății mintale din Statele Unite și referință internațională în numeroase cazuri

Termenul „tratament” este folosit în Marea Britanie pentru a descrie o serie de intervenții farmacologice și comportamentale. Acesta include informații și consiliere, screening-ul inițial, programe pentru ace și seringi, tratament psihosocial și farmacologic, detoxifiere și reabilitare rezidențială. Tratamentul de substituție rămâne principalul tratament în Marea Britanie pentru consumatorii de opiacee și este în mare parte oferit prin intermediul serviciilor ambulatorii de specialitate pentru droguri, de obicei prin acordurile de îngrijire comune cu medicii de familie. Metadona orală este medicamentul care trebuie ales pentru tratamentul de substituție, dar buprenorfina este, de asemenea, disponibilă în Marea Britanie din 1999. În Anglia, metadona și diamorfina injectabilă prescrisă sunt, de asemenea, disponibile, deși acest lucru este rar.

Abordarea tratamentului și intervenției în Marea Britanie este o combinație de măsuri de sănătate publică și interdicere. În timp ce prescrierea este dominantă în principal pentru dependența de heroină, există, de asemenea, intervenții de reducere a riscului și recunoașterea din ce în ce mai pregnantă a faptului că ajutorul reciproc este o sursă valoroasă de sprijin în recuperare (Institutul Național pentru Excelență Clinică (NICE), 2012). Crearea „campionilor de recuperare” este susținută de o mișcare de promovare dinamică a recuperării. Mișcarea de recuperare din Marea Britanie (UKRW) este o companie cu interes comunitar creată pentru a sprijini persoanele aflate în recuperare și oferă exemple vizibile de succes. Această organizație promovează rolul campionilor de recuperare ca promotori pentru persoanele care intră în recuperare. Acest lucru oferă oportunități pentru „învățare socială” atunci când oamenii se întâlnesc cu alte persoane aflate în recuperare și informează, de asemenea, comunitatea în ansamblu că oamenii se pot și se recuperează din dependența de droguri și de alcool.

În Anglia, un raport recent (NTA, 2011) al unui grup de experți privind tratamentul orientat spre recuperare oferă un nou cadru național pentru cele mai bune practici pentru medici și actualizează și înlocuiește în mod eficient documentul Modele de îngrijire (2009 și 2012), precum și cadrul de tratament precedent cu patru niveluri din Anglia. Aceste noi orientări subliniază intervenții de recuperare personalizate, care lucrează cu indivizii pentru a obține abținerea prin niveluri crescute de reintegrare socială. Acest lucru presupune pentru mulți că o lipsă de capital cu caracter personal și social împiedică persoanele să se integreze în comunitățile lor, dar nu abordează în mod specific nevoile populației care abuzează de droguri și alcool, care își păstrează locurile de muncă și care au o capacitate mai mare de implicare comunitară. În acest sens, reflectă alte strategii axate pe persoanele cele mai problematice în ceea ce privește crearea dificultăților în comunitățile cu infracțiuni minore, de siguranță publică și de sănătate publică fiind preocupări importante.

Scopul general al tratamentului în Italia este de a crește posibilitatea dependenților de a duce o viață mai satisfăcătoare, de a fi independenți și responsabili și de a se elibera de droguri. Cheia este restaurarea / dezvoltarea unei imagini de sine pozitive și a relațiilor pozitive. Există o distincție între rezultatele globale și cele specifice; primele se referă la comportamentul unui individ în timp, cu accent pe obiective pe termen lung și integrare socială crescută, în timp ce rezultatele specifice sunt obiectivele pe termen scurt de tratament și încetarea consumului de droguri. În Italia, medicii au început să adopte o schimbare ideologică informată de baza de dovezi și au început să promoveze ideea că consumatorii de droguri nu ar trebui să fie izolați și discriminați. Mai mult, ei au dreptul de a primi asistență medicală gratuită care se extinde, de asemenea, la cei aflați în detenție pentru infracțiuni penale. Scopul este fundamentarea tuturor intervențiilor pe măsuri treptate, dar continue orientate spre recuperare și vindecare. Tratamentul trebuie să fie accesibil, echitabil și personalizat, cu scopul pe termen scurt de a stabili problema și, pe termen lung, de a reabilita și restaura o viață sănătoasă și autonomă.

Scopul tratamentului în Irlanda este de a le permite oamenilor să acceseze servicii clinice și de a reduce riscurile asociate consumului de droguri la persoane, familiile lor, comunitate și societate. Setările constau din trei tipuri; clinici, medici de nivelul 1 (până la 15 pacienți) și nivelul 2 (până la 35 de pacienți). Serviciile de tratare există și în închisori. Clinicile reprezintă un amestec de facilități cu stil de mari dimensiuni cu clinici mici de tip satelit, înființate în anii 1990 pentru a aduce cât mai mulți oameni în serviciu cât mai repede posibil. Tratamentul include furnizarea de metadonă, împreună cu opțiunea de detoxifiere, stabilizare și reabilitare. De asemenea, se oferă servicii de consiliere. Acesta este susținut de evaluare, planificarea îngrijirii și opțiunea de a se angaja într-o cale de îngrijire integrată și rezultatul de monitorizare integrat sub egida guvernării clinice. Scopul este de a normaliza serviciile prin creșterea implicării generale a medicilor, pentru a aborda policonsumul de droguri ca o prioritate, inclusiv medicamentele cu prescripție medicală și disponibile fără rețetă și alcool. Cadrul Național de Reabilitare în materie de Droguri (Doyle și Ivanovic, 2010), Proiectul Raportului de Evaluare al Pilotului Național de Reabilitare în materie de Droguri (Barry și Ivers, 2013), precum și Revizuirea Zonei Nordice HSE (Pirc / UCL Partners, 2013) promovează toate reorientarea către o sesiune de servicii centrată pe client, integrată și responsabilă.

Metodele dominante de tratament din Cipru sunt intervențiile psihosociale care sunt utilizate de către toate programele de consiliere, ambulatoriu și spitalizare. Există 23 de programe de tratament în Cipru, dintre care nouă sunt finanțate de guvern și includ programe de droguri prescrise legal, în timp ce 14 sunt private. Majoritatea centrelor de tratament abordează comportamente dependente, indiferent că este vorba de consumul de heroină sau de jocuri de noroc, prin psihoterapie și medicație. Centrele de consiliere subliniază importanța dezvoltării motivaționale și a sprijinului, în timp ce programele de reabilitare în ambulatoriu și spitalizare se axează pe consiliere, terapie și psihoterapie individuală și de grup. Printre programele oferite, doar două (unul staționar și unul ambulatoriu) vizează consumatorii de droguri în mod specific. În mod similar, există doar două centre (o facilitate guvernamentală și o clinică privată) care oferă servicii de dezintoxicare. În cele din urmă, trei programe oferă servicii de substituție / de întreținere (dintre care una este o clinică privată, iar celelalte două sunt programe guvernamentale). Deși există adăugiri în curs de desfășurare la serviciile de tratament, există o lipsă semnificativă a serviciilor specializate de tratare pentru alte droguri decât heroina. Tratamentul de substituție a fost introdus în Cipru în 2007, iar aproximativ 44% dintre beneficiarii eligibili au intrat în serviciu după punerea sa în aplicare (date NFP).

În România, strategia națională se concentrează pe reducerea consumului de droguri ilegale, programe de reducere a efectelor nocive și servicii primare de tratament medical pentru consumatorii de droguri (de exemplu, servicii de tratament de renunțare). Există trei niveluri de tratament din România:

1. unități de asistență medicală primară și camere de urgență și servicii sociale generice prin unități publice, private și ONG-uri.
2. servicii de îngrijire integrate (centre de trimitere exploatate exclusiv de serviciile de tratament publice) și unități de psihiatrie pentru asistență medicală primară sau de specialitate și tratament pentru sănătate mintală.
3. tratament de dezintoxicare staționar și comunități terapeutice rezidențiale. (Metadona a fost introdusă în 1998, buprenorfina în 2007 și combinația buprenorfină / naloxonă în 2008.)

Dependența de alcool (în cazul în care este considerată o dependență⁹) este privită diferit de dependența de droguri. În timp ce alcoolul este acceptat cultural și considerat banal, dependența este asociată cu un grad ridicat de stigmatizare și rușine, atât pentru „alcoolic”, cât și pentru familia sa. Comunitatea profesională este de acord și acceptă definiția internațională că dependența este o boală, dar la nivel practic nu există cunoștințe despre intervenție și tratament, cu excepția tratamentului medical de retragere. Cele mai multe dintre servicii sunt concentrate pe detoxifiere și nu răspund nevoilor psiho-sociale ale individului cu post-îngrijire. Comunitatea medicală recunoaște, de asemenea, problema abuzului de alcool și a dependenței, așa cum sunt definite în DSM, dar din nou nu există cunoștințe despre intervenție și tratament la un nivel practic, cu excepția tratamentului medical de retragere. Persoana este considerată bolnavă psihic și tratamentul este furnizat de unități de psihiatrie unde este supusă unui tratament medical pe termen lung, mai ales cu benzodiazepine. În prezent, nu există instrumente oferite profesioniștilor (de exemplu, medicul de familie) pentru a evalua consumul de alcool, pentru a facilita intervenția timpurie pentru consumatorii abuzivi de alcool.

Recuperare

Nu există un consens clar cu privire la definirea recuperării din dependență în Marea Britanie; există o tensiune între cei care consideră abstinerea totală de la toate substanțele și comportamentele compulsive ca recuperare și cei care sugerează că recuperarea este o stare de sine autodefinitoare cu potențial pentru medicamente sau utilizare controlată. Cu toate acestea, în 2008 Comisia de Politici Antidrog din Marea Britanie a publicat o declarație de consens privind recuperarea:

Procesul de recuperare din consumul problematic de substanțe este caracterizat printr-un control voluntar asupra consumului de substanțe care maximizează sănătatea și bunăstarea și participarea la drepturile, rolurile și responsabilitățile societății.
(UKDPC, 2008, p6)

Raportul din 2012, „Punerea pe primul loc a recuperării”¹⁰, subliniază foaia de parcurs a Guvernului britanic pentru construirea unui nou sistem de tratament bazat pe recuperare și ghidat de trei principii generale: bunăstare, cetățenie și libertatea față de dependență. Aceste principii generale sunt orientative pentru o înțelegere sporită a ideii că recuperarea este un proces și nu neapărat unul cu același punct final fix. Cu toate acestea, discursul cel mai dominant este că recuperarea reprezintă abstinerea totală.

În Marea Britanie, recuperarea este considerată un proces personalizat în jurul bunăstării și calității vieții; o experiență trăită, mai degrabă decât ceva diagnosticat. Recuperarea tinde să includă niveluri crescute de speranță și aspirație, o oarecare implicare comunitară sau cetățenie și o doză de sobrietate; poate include, de asemenea, abstinerea, consumul redus sau recuperarea susținută medical și poate fi supusă modificărilor în timp (RSA, 2014). O definiție similară există în Irlanda, unde recuperarea este definită ca o revenire la o stare normală de sănătate și bunăstare prin dezvoltarea activelor personale și sociale de care oamenii au nevoie pentru a iniția și a-și susține

⁹ În unele țări dependența de alcool nu este universal recunoscută ca o dependență. În schimb, este percepută mai degrabă ca o slăbiciune pentru alcool

¹⁰https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/98010/recovery-roadmap.pdf

recuperarea. În Irlanda există un discurs în curs de dezvoltare, care se bazează pe modelul conceptual de recuperare a capitalului a lui Cloud și lui Granfield (2009) și activitatea lui Strang (Grupul expert de tratament în materie de droguri orientat spre recuperare, 2012). Reabilitarea este considerată episodică în timp ce recuperarea este considerată ca fiind pe tot parcursul vieții. Mai recent, o revizuire a Serviciilor de Dependență din Zona Nordică HSE (HSE, 2013) a recomandat o mai mare implicare a utilizatorilor de servicii cu structuri care răspund nevoilor lor și le facilitează obiectivele. Principiile care stau la baza sa se fundamentează pe percepția că există multe căi de recuperare, care este autoghidantă și consolidantă și implică transformare și schimbare personală. Mai mult decât atât, recuperarea este privită ca un continuum de sănătate și bunăstare îmbunătățită și este susținută de colegi și aliați și implică (re)alăturarea și (re)construirea unei vieți în comunitate.

În Cipru, ca în România, există o lipsă de consens și de explorare în jurul recuperării care reprezintă o breșă în baza de cercetare. Potrivit CAC, recuperarea este un proces deschis, în care individul poate recidiva chiar și după un tratament de succes. Centrele de tratament nu privesc neapărat recidiva ca pe un eșec, deoarece poate servi ca o experiență remediabilă, care poate ajuta, de asemenea, centrele să identifice factorii de risc și să își îmbunătățească în mod continuu serviciile. În Italia, termenul reabilitare este rezultatul programelor terapeutice care se ocupă cu dezvoltarea de competențe sociale, în scopul de a promova reintegrarea socială completă și poate fi privit ca recuperare. Nevoile grupurilor specifice, de exemplu, femei și consumatori de polidroguri, încep, de asemenea, să fie abordate cu un accent sporit pe reducerea vârstei primului contact cu drogurile și pe mobilizarea persoanelor mai tinere ca o măsură preventivă care abordează și consumul de alcool.

1.4 Politică și răspuns strategic

La nivel național, fiecare dintre țările partenere a elaborat un Plan Național de Acțiune sau Strategie în materie de droguri. Tabelul 1 identifică elementele definitorii în cadrul strategiilor fiecărei țări.

Domeniul politicii	Cipru	Irlanda	Italia	România	UK
Prevenire	x	x	x	x	x
Reducerea consumului de droguri și a consecințelor asupra sănătății și ordinii publice și siguranței		x	x	x	
Îngrijirea & prevenirea bolilor conexe		x	x	x	
Construirea recuperării prin asigurarea de sprijin					x
Reabilitare & reintegrare	x	x	x	x	
Tratament	x	x	x	x	
Observarea / monitorizarea / evaluarea rezultatelor tratamentului pentru a informa răspunsul / cercetarea politicii		x	x	x	
Reducerea / reglementarea furnizării / Reducerea traficului și a contrabandei cu droguri	x	x	x	x	x
Facilitarea cooperării între instituțiile publice și sectorul non-guvernamental		x	x	x	
Colaborare internațională	x	x	x	x	

Tabelul 1: domeniile cheie ale politicii identificate în Planurile Naționale de Acțiune / Strategiile Naționale Antidrog pentru țările partenere.

Care este obiectivul general al politicii?

Obiectivul general al Planului Național de Acțiune Italian (PAN) este de a încuraja o abordare interdisciplinară a tratamentului. Accentul este pus pe mobilizarea precoce și utilizarea procesului de evaluare a diagnosticării pentru a plasa oamenii în programe de tratament personalizate și integrate adecvate. Pentru a facilita acest tratament pentru droguri, unități dedicate exclusiv reintegrării sociale au fost înființate și numărul de activități care vizează implicarea sferelor sociale / interpersonale ale consumatorilor de droguri și îmbunătățirea competențelor educaționale și profesionale este în creștere. De asemenea, au fost luate măsuri pentru a asimila activitățile de reintegrare în activitatea agențiilor locale (de exemplu, autoritățile de sănătate și comunitățile terapeutice locale). În plus, s-a pus accent pe implicarea în mod direct a companiilor publice în activitățile de reintegrare prin alocarea de contracte către cooperativele sociale și încurajarea organizațiilor de a deveni auto-finanțate prin dezvoltarea programelor de responsabilitate socială corporativă.

Strategia Națională din Cipru urmărește, de asemenea, încurajarea și sprijinirea activității multi-agențiilor care se concentrează pe servicii sociale, profesioniști, consumatori de droguri și sectorul public și de voluntariat care acționează împreună. Cu toate acestea, punerea în aplicare a strategiei ar putea fi afectată de criza economică recentă, care poate duce la închiderea unor centre de tratament non-guvernamentale cu impact atât asupra calității serviciului oferit, cât și asupra eficacității abordării multi-agenție.

În România, un grad de tensiune se manifestă în Strategia Națională Antidrog în încercările de a realiza un echilibru între acțiunile de reducere a cererii și ofertei și furnizarea de servicii de reducere a riscurilor și reintegrare socială. ANA este puternic axată pe reducerea traficului și consumului de droguri ilicite, cu prevenirea și serviciile orientate în principal către persoanele care sunt dependente de droguri ilegale. Campanii importante de prevenire a consumului de droguri au fost realizate, adresate populației adolescente în școli. Cu toate acestea, se pune un accent mai mic pe recuperarea psiho-socială și dezvoltarea unui sistem integrat de îngrijire. Ca și în Italia și Cipru, strategia românească (2013-2020) caută să adauge valoare prin sprijinirea cooperării inter-instituționale și dezvoltarea unei abordări integrate. Acest lucru nu a fost încă obținut și se dovedește a fi problematic în unele zone. De exemplu, în timp ce nevoia unui centru de coordonare a serviciilor integrate a fost acceptată în unanimitate, părerea este împărțită cu privire la instituția care ar trebui să își asume un asemenea rol complex. Unii cred că ANA ar trebui să acționeze în calitate de coordonator, în timp ce alții sunt de părere că ar trebui să fie în responsabilitatea Ministerului Sănătății. Profesioniștii care lucrează în unele dintre diferitele agenții implicate par, de asemenea, să nu fie de acord, unele susținând că coordonarea ar trebui să ia forma unei colaborări mai solide între serviciile de asistență socială și de sănătate, în timp ce alții prevăd că această sarcină trebuie efectuată de către o „instituție independentă” (Copoeru și colab., 2013).

Strategia Națională Antidrog din Marea Britanie are două obiective globale: reducerea consumului ilicit și dăunător de droguri și creșterea numărului de persoane care se recuperează după dependență. În cadrul acestora, strategia are trei componente comune¹¹. Prima dintre acestea, „reducerea cererii”, se concentrează pe educație și prevenire pentru a opri prima utilizare. Vizează în primul rând oprirea tinerilor, cu accent pe cei implicați în justiția penală, servicii de sănătate mintală

¹¹ Descentralizarea administrațiilor din Marea Britanie așa cum se evidențiază în analiza anuală 2013 Strategia Antidrog (Drug Strategy Team, 2013) înseamnă că abordări diferite față de abuzul de substanțe pot exista în Țara Galilor, Anglia, Scoția și Irlanda de Nord

și utilizări în scopuri recreative. Cea de a doua componentă, „restricționarea furnizării”, are ca scop creșterea forțelor poliției de frontieră și perturbarea ofertei de droguri în Marea Britanie prin intermediul poliției și Agenției Naționale de combatere a crimei organizate nou înființată. Cea de a treia componentă, „construirea recuperării”, se concentrează pe acordarea de sprijin pentru a ajuta oamenii să se recupereze, ceea ce înseamnă să fie liberi de dependența de droguri și alcool în contextul strategiei. Obiectivul strategic este ca serviciile să fie mai receptive la nivel local, cu zone locale care oferă servicii integrate care cuprind toate elementele de recuperare a unui individ: locuințe la prețuri accesibile și stabile, angajare și sprijin pentru a menține o viață de familie stabilă și un trai fără ilegalități.

Obiectivul strategic al Strategiei Naționale Antidrog irlandeze (2009-2016) este de a aborda prejudiciile cauzate indivizilor și societății de abuzul de droguri printr-un accent concertat pe cinci piloni - reducerea ofertei, prevenire, tratament, reabilitare și cercetare. Obiectivele sunt reducerea furnizării și disponibilității drogurilor pentru uz ilicit; minimalizarea consumului problematic de droguri în întreaga societate; furnizarea de tratament și servicii de reabilitare în timp util; asigurarea disponibilității datelor cu privire la natura și amploarea consumului de droguri; punerea în aplicare a unui cadru eficient de implementare a strategiei. Alcoolul a fost inclus în strategie, deoarece este asociat cu atât abuzul de polidroguri, cât și cu lipsa de adăpost și din cauza prejudiciului pe care îl provoacă individului, familiei și societății. Strategia identifică o nevoie de detoxifiere, servicii rezidențiale și de îngrijire, folosind un continuum de model de îngrijire.

Cum este politica adoptată în practică?

Un accent pe reacția locală este evident în strategia Italiei, care este adoptată prin Planuri de Acțiune Regionale (PAR). Administrațiile regionale sunt autonome și își stabilesc politicile și strategiile specifice, și, de asemenea, organizarea serviciilor, în funcție de nevoile lor specifice. Cu toate acestea, până în prezent doar trei din douăzeci de regiuni au adoptat un PAR, deoarece fiecare regiune operaționalizează Planul Național de Acțiune la un alt nivel. Prin urmare, strategia națională este, în general, fragmentată și neuniformă, cu elemente de excelență și mediocritate. Tratamentul împotriva toxicomaniei și reabilitarea este realizat de către Serviciul Regional de Sănătate prin Unități de tratament antidrog (SerT) bazate pe echipe multi-agenție, Servicii Publice de Dependență și Departamente pentru Dependență. Servicii acreditate sunt, de asemenea, furnizate de instituții private, asociații de voluntari, cooperative sociale și comunități terapeutice. Caracterul fragmentat al strategiei naționale este exacerbă de tendința serviciilor de livrare disparate de a avea diferite tipuri de intervenții. În plus, numeroase comunități terapeutice și organizații private au programe de recuperare specifice, bazate pe propria lor viziune și care sunt derulate pe o perioadă limitată de timp. Ca urmare, un nou cadru de livrare este necesar deoarece diversitatea inerentă din cadrul sistemelor regionale a slăbit punerea în aplicare și impactul acțiunii. Unele agenții pot fi, de asemenea, reticente în a lucra cu PDU, ceea ce este un obstacol în calea activității multi-agenție. De exemplu, în timp ce o asociere între patologii psihiatrice și dependență ar necesita o abordare integrată care implică cooperarea Serviciilor de psihiatrie, acestea nu doresc să achiziționeze PDU ca utilizatori de servicii.

Pe teritoriul României, ANA are 47 de filiale locale (Centre de Evaluare și Consiliere Antidrog), care sunt însărcinate cu elaborarea strategiei locale. Fiecare centru găzduiește o echipă multi-disciplinară alcătuită dintr-un medic, psiholog, asistent social și un ofițer de poliție. Coordonatorii de la toate nivelurile sunt ofițerii de poliție și activitățile legate de prevenirea consumului de droguri și de consiliere ar trebui să se desfășoare sub autoritatea lor. Cu toate acestea, deși toate Centrele de Evaluare și Consiliere Antidrog funcționează, nu au pus încă în aplicare niciun centru de tratament

14

pentru reabilitare; cele patru centre de tratament care există sunt toate ONG private, afiliate Bisericii. În 2014, Departamentul Național de Asigurări de Sănătate a emis un nou „pachet medical de bază”, care conține elemente de prevenire pentru boli cronice (eHTA - risc cardiovascular). Acesta crește posibilitatea depistării consumului de alcool și alte droguri. Cu toate acestea, Camera de gardă și medicii de familie nu au nici instrumente standardizate și nici instruirea de a oferi consiliere pe termen scurt și test de screening și nu există încă proceduri clare privind modul în care prevenirea va fi pusă în practică. În acest moment, de asemenea, nu vorbesc despre tratamentul dependenței / consiliere ca fiind integrate în pachetul de bază de servicii medicale.

CAC este responsabilă pentru coordonarea generală și punerea în aplicare a strategiei în Cipru. Un domeniu specific pe care se concentrează CAC este cel al intervențiilor dezvoltate special pentru femei, deoarece astfel de programe nu au existat în prealabil; Agia Skepi, unul dintre principalele centre de tratament, a fost sponsorizat pentru a dezvolta un program în acest scop. CAC lucrează, de asemenea, pentru a stabili un acces mai bun la centrele de tratament prin extinderea programului de lucru și creșterea gradului de conștientizare prin intermediul unui site web pentru utilizatorii de servicii și familiile lor. Punerea în aplicare a planului este în curs de evaluare de către CAC care raportează că toate ministerele nu s-au implicat activ în plan. De exemplu, un obiectiv a fost stabilirea centrelor de tratament de substituție pe teritoriul Ciprului. Deși acest lucru a funcționat cu succes în cele mai multe orașe, nu s-a putut extinde în două orașe, deoarece Ministerul Sănătății nu a oferit educația și formarea necesare pentru a configura aceste centre. Deci, deși CAC promovează o dezvoltare mai largă a acestor programe de tratament de substituție, eficacitatea depinde în mare măsură de Ministerul Sănătății.

Administrația Serviciilor de Sănătate din Irlanda (HSE) utilizează Acorduri de servicii de nivel pentru a mandata și monitoriza activitatea serviciilor și Comitetul Național Implementare a Reabilitării Antidrog (NDRIC) oferă un cadru prin care funcționează serviciile. Paisprezece echipe speciale antidrog locale și zece regionale sunt implicate în punerea în aplicare a strategiei antidrog pe teren. Părțile cheie sunt sectoarele statutare, de voluntariat și comunitare. Așa cum s-a discutat anterior, principalii factori ai politicii emană din sectorul sănătății, care are servicii dedicate pentru dependență diferențiate de îngrijirea medicală primară.

Fiecare oraș din Anglia are un Parteneriat de Siguranță pentru Orașe, un parteneriat de strategie antidrog sau un organism similar care articulează un plan pentru servicii antidrog în zona lor pentru a satisface nevoile consumatorilor de droguri, atât cei aflați sub tratament și cei care încă nu au intrat sub tratament. Comisarii sunt încurajați să susțină serviciile care asigură cea mai bună potrivire la obiectivele strategiei din Marea Britanie, pentru a sprijini persoanele aflate în abinență și reintegrarea în muncă și locuințe stabile. Furnizorii de servicii licitează pentru servicii într-un proces de cerere de oferte competitiv axat pe parteneriat și activitate integrată (NTA, 2010b). Deși liniile directe clinice din Marea Britanie (Departamentul de Sănătate și autoritățile regionale, 2007) oferă îndrumări bazate pe dovezi cu privire la tratamentul abuzului de droguri, protocoale rigide cu privire la modul în care ar trebui furnizat tratamentul nu sunt oferite. În schimb, sunt furnizate îndrumări despre ceea ce reprezintă o gamă echilibrată de servicii axate recuperare în fiecare zonă.

Până în 2010 serviciile erau organizate în patru niveluri (NTA, 2006), de la educație și prevenire la servicii rezidențiale și medico-legale. Revizuirea Serviciului de Sănătate și Îngrijire Socială (HASC) din 2012, s-a concentrat pe serviciile orientate spre recuperare și formarea de Comisii de Sănătate și Bunăstare, care vor dezvolta o abordare holistică și integrată în fiecare zonă (NTA, 2012b). În

practică, acest lucru înseamnă că fiecare oraș are în prezent o gamă diferită de servicii și că furnizorii se pot modifica la fiecare câțiva ani. Nu există o singură abordare clară și în timp ce acest lucru poate oferi servicii receptiv la nivel local, poate conduce, de asemenea, la o lipsă de coerență în furnizare, instabilitate în forța de muncă și provocări pentru utilizatorii de servicii în ceea ce poate fi un proces prelungit și deschide sa încheiat de recuperare. Constrângerile financiare ale economiei actuale duc, de asemenea, la dificultăți în furnizarea de servicii flexibile, receptiv și echipe bine instruite și sprijinite pentru a oferi intervenții.

Guvernul Marii Britanii realizează un sistem pilot de Plată după rezultate (PbR). Acesta reprezintă un nou mod de punere în funcțiune de servicii de tratament care implică plata furnizorilor de tratament pentru asigurarea a trei tipuri de rezultate:

- utilizatorii de servicii se eliberează de dependența de droguri și / sau alcool
- recidivă scăzută sau lipsa consumului continuat de lungă durată
- sănătate și bunăstare îmbunătățită

Sistemul pilot PbR reprezintă o provocare în unele zone, deoarece plăți parțiale sunt efectuate pentru servicii care trebuie să aibă fonduri suficiente pentru a asigura personal și infrastructură. Există un accent energetic pe asistarea persoanelor în vederea accesării ajutorului reciproc.

1.5 Abordări ale reintegrării sociale

Cum este reintegrarea socială definită la nivel național?

În Marea Britanie, rolul Ajutorului Reciproc în dezvoltarea reintegrării sociale beneficiază de o importanță crescută atât în literatura de specialitate, cât și în adoptarea politicii. Ajutorul reciproc se referă la sprijinul social, emoțional și informațional oferit de membrii grupului în diferite stadii de recuperare, de exemplu, grupe cu 12 pași cum ar fi Alcoolicii Anonimi și Narcomanii Anonimi. Există, de asemenea, dovezi emergente în jurul grupurilor de recuperare Formare pentru Recuperarea din Dependență și Autogestionare (SMART), care oferă membrilor Terapie cognitivă comportamentală și consiliere cu privire la deprinderi de viață terapeutice.

Conceptele teoretice din jurul capitalului de recuperare devin parte a discursului dominant în Marea Britanie și sunt esențiale pentru înțelegerea abordării Marii Britanii privind reintegrarea socială. Cloud și Granfield (2009) și-au revizuit recent conceptul inițial de Capital de Recuperare argumentând că acesta are patru componente: socială, fizică, umană și culturală. Există, de asemenea, dovezi în literatura de specialitate ca intervențiile care vizează dezvoltarea Capitalului de Recuperare nu pot veni numai de la serviciile antidrog, ci și de la o rețea socială mai largă. De exemplu, Laub și Sampson (2005), raportându-se la predictorii abținerii pe termen lung de la infracțiune, au constatat că nu efectele tratamentului direct sunt cele care declanșează creșterea Capitalului de Recuperare, ci că este mai probabil să fie o serie de evenimente de viață și tranziții personale și interpersonale, de exemplu, loc de muncă stabil, înaintarea în vârstă, abilități interpersonale, de viață și de gestionare a situației, transformarea identității și atașamentul față de o persoană convențională (soț/soție).

Irlanda nu are o definiție oficială pentru reintegrarea socială. În urma crizei financiare recente, a existat o reducere semnificativă a cheltuielilor de reintegrare socială, resurse și accent; acele categorii de populație care sunt cele mai marginalizate au fost cele mai afectate de aceste reduceri.

Se pune un accent scăzut pe reintegrarea socială în cadrul actual de reducere a riscurilor și acest lucru este, de asemenea, evident, la un nivel medical din cauza hegemoniei medicale care a regizat această politică. În contextul crizei financiare, există o lipsă de locuințe publice sau sociale, care a atins atât publicul, cât și persoanele fără adăpost care se bazează pe piață. Există, de asemenea, un deficit de cazare la prețuri accesibile, în special pentru cei care sunt în prezent fără adăpost și / sau asistați. Mulți dintre ei sunt consumatori de droguri care se chinuiesc să intre în recuperare și să aibă un acoperiș deasupra capului ca un prim pas în acest proces. În timp ce asigurarea de programe de detoxifiere și reabilitare poate fi de ajutor pentru integrarea socială, nu sunt concepute deliberat pentru a îndeplini acest obiectiv; au fost de sine stătătoare din punct de vedere organizațional și cultural.

În Italia, reintegrarea este puternic orientată spre autonomie socială și ocuparea forței de muncă. Cheia acestei definiții sunt programele de reabilitare pentru ocuparea forței de muncă care ajută persoanele să-și dezvolte competențele și aptitudinile necesare pentru a le permite să obțină cu succes slujbe. Aproximativ o treime din beneficiarii SerT erau șomeri în 2011, femeile având cea mai mare rată a șomajului (Dipartimento Politiche Antidroga, 2011). În același an, trei sferturi din regiunile au raportat că au definite strategii specifice pentru reintegrarea socială și ocupațională. Jumătate din ele au dezvoltat, de asemenea, programe de locuințe, de exemplu locuințe sau centre de primire temporare și locuințe pe termen lung. Cu toate acestea, un studiu recent (Relazione Annuale al Parlamento, 2013) care a analizat cele mai bune practici în regiuni, a constatat că măsura în care și-au respectat obiectivele legate de reabilitarea socială și reintegrare a fost mult mai mică în comparație cu celelalte obiective. Finanțarea a scăzut, de asemenea, dramatic pentru aceste programe. În mod similar, puține programe destinate reintegrării ocupaționale au fost inițiate în ciuda faptului că acest lucru fusese identificat ca un obiectiv de mare prioritate. Societatea exprimă, de asemenea, un nivel ridicat de neîncredere și scepticism față de consumatorii de droguri, ceea ce împiedică angajarea și reintegrarea socială.

În 2010 Cipru a implementat programul Integrarea socială și ocupațională a grupurilor de populație vulnerabilă, care oferă angajatorilor 65% din costurile salariale pentru primul an de angajare al membrilor grupurilor vulnerabile. Planul de asistență financiară pentru Reabilitarea foștilor dependenți de substanțe (elaborat de Ministerul Muncii) acoperă taxele pentru programele de formare sau educaționale profesională, precum și pentru frecventarea instituțiilor de învățământ superior. Locuințe de urgență au fost, de asemenea, utilizate pentru a acoperi nevoile consumatorilor de droguri aflați sub tratament. Majoritatea serviciilor de tratament pentru dependență poziționează reintegrarea socială ca fiind unul dintre principalele obiective. Cu toate acestea, deși oferă informații cu privire la procedurile activităților de reintegrare socială, cum ar fi în ce fază sunt efectuate și perioada de timp în care beneficiarii sunt supravegheați după tratament, există puține informații cu privire la conținutul activităților.

În România, termenul de reintegrare socială este folosit în legătură cu persoanele cu handicap și infractori. Pentru toate celelalte grupuri vulnerabile termenul folosit este incluziune socială. Acest termen se referă la un set multidimensional de acțiuni și măsuri în domeniul protecției sociale, ocupării forței de muncă, adăpost, educație, sănătate, comunicare, mobilitate, securitate, justiție și cultură, al căror scop este să reducă excluziunea socială și să promoveze participarea activă în toate aspectele legate de societate. Grupurile cele mai vulnerabile sunt considerate a fi populația romă, persoanele cu dizabilități, persoanele sărace, orfanii și copiii crescuți în orfelinate. Consumatorii de droguri nu sunt considerați a fi un grup vulnerabil propriu-zis, și, prin urmare, sunt clasificați ca vulnerabili numai în cazul în care se încadrează într-un astfel de grup. Există puține date cu privire la

17

succesul încercărilor de a sprijini reintegrarea socială a consumatorilor de droguri și persoanelor dependente de alcool. Conform unui studiu recent (ANA, 2013) consumatorii de droguri din București care nu au fost incluși în serviciile de asistență specifice oferite de sistemul public sau privat au fost în principal șomerii sau cei care au rămas acasă. Puțini consumatori de droguri (6%) se considerau excluși din punct de vedere social din cauza lipsei de educație sau formare.

1.6 Oportunități actuale pentru adulții în recuperare de a se angaja cu programe de ocupare a forței de muncă

În 2010, Job Centre Plus și NTA din Marea Britanie au publicat împreună un protocol pentru a promova abordări mai eficiente pentru persoanele aflate sub tratament împotriva toxicomaniei. Acest schimb centrat pe informații a promovat și utilizarea „Campionilor de recuperare” locali pentru a instrui și a sensibiliza personalul. Mai recent, această abordare a fost înlocuită cu „Programul de lucru”, o plată după sistemul rezultatelor orientat spre persoanele cele mai susceptibile să fie șomeri pe termen lung (NTA, 2012b). Există programe în cadrul sistemului de justiție penală care pot include lucru în jurul recuperării din dependență, dar care nu sunt programe specifice de recuperare din dependență. În 2013, Strategia Guvernului pentru transformarea reabilitării a recunoscut că problemele sociale-cheie legate de recidivă erau calificările deficitare și lipsa locurilor de muncă. Un rezultat suplimentar a fost în axarea Marii Britanii pe angajarea persoanelor aflate în recuperare. Ca rezultat, unele zone din Marea Britanie au dezvoltat întreprinderi sociale ca o modalitate de a depăși barierele din calea ocupării forței de muncă pentru foști infractori. Un raport recent (Clinks and Social Firms UK, 2014) a examinat foștii infractori care au înființat întreprinderi sociale, analizând modul în care procesul de învățare ar putea informa și ajuta alte persoane să-și creeze propriul loc de muncă. Raportul identifică o serie de obstacole, inclusiv o lipsă de calificări formale, dificultăți de alfabetizare și competențe numerice și o lipsă de vechime în muncă.

Situația este similară și în alte țări partenere. În Irlanda există programe de abilități altele decât cele tehnice pentru consumatorii de droguri, numite Scheme speciale comunitare de ocupare a forței de muncă (CE), care sunt adesea sponsorizate de organizații comunitare. Există 47 de astfel de scheme, dintre care 35 sunt situate în Dublin. Indivizii sunt alocați trei ani în total pe schemă și accesul este restricționat la cei care sunt șomeri, peste 18 ani și care beneficiază de indemnizații sociale și care au fost supuși evaluării de adecvare. Cu toate acestea, locurile disponibile s-au redus (Lawless, 2006) și datele privind progresia nu sunt colectate. Aceste programe au fost, de asemenea, intens criticate de pe o serie de motive, inclusiv o lipsă de coordonare între agenții, teritorialism, lipsă de transparență și responsabilitate, facilități și programe deficitare, nivelul de personal și calificări, precum și nesiguranță pe rutele de progres (a se vedea, de exemplu, Bruce, 2004; Lawless, 2006; Keane, 2007; Van Hout, 2011). Mai recent, în 2013, indemnizația prevăzută pentru femei fost redusă de la 208 € pe săptămână la 20 €, iar numărul CE speciale a scăzut în mod substanțial.

Un program numit Instanțe Antidrog există, de asemenea, în Dublin pentru consumatorii de droguri care se confruntă cu acuzații penale, care pot opta pentru acesta în locul sistemului de justiție penală principal. Instanțele Antidrog pot impune condiții dependențelor privind recuperarea pentru a urma un plan care include un angajament de a presta muncă sau a face cursuri. Există, de asemenea, Centre Locale pentru Ocuparea Forței de Muncă (LEC), cu sediul în zone defavorizate, care au experți în carieră la fața locului pentru clienți, dintre care mulți provin dintr-un mediu cu droguri. LEC poate trimite persoanele la scheme sau plasări și există opțiuni de la rețelele de voluntari la stagii pentru a

18

implica persoanele pe piața forței de muncă. Multe dintre aceste centre asigură fonduri discreționare care pot fi utilizate pentru a ajuta evoluția individuală. Din nou, există o lipsă de date a acestei activități în ceea ce privește recuperarea consumatorilor de droguri.

Lipsa datelor specifice este evidentă și în ceea ce privește România, unde ONG-urile și departamentul Public de Asistență Socială a asigurat programe finanțate de UE pe perioada 2010-13 pentru clienții vulnerabili adulți pentru a avea acces la formare profesională pentru a obține un loc de muncă în cadrul comunității. Prin colaborarea cu programe locale de tratament împotriva toxicomaniei, clienții aflați în recuperare din dependența de droguri au fost incluși în aceste programe de formare și de angajare, dar nu există date dacă reintegrarea a avut succes.

În Italia, nivelul de disponibilitate al serviciilor de ocupare destinate exclusiv pentru consumatorii actuali și foștii consumatori de droguri a primit, în medie, o evaluare pozitivă (Relazione Annuale al Parlamento, 2013). Programele de ocupare a forței de muncă și de formare care au fost deschise altor grupuri au primit evaluări deosebit de pozitive. Consumatorii de droguri sunt incluși în categoria „persoanelor defavorizate” și sunt eligibili pentru programele de care vizează astfel de grupuri, chiar dacă acestea nu sunt identificate în mod specific ca defavorizate. Conform legislației italiene, oportunitățile pentru formare profesională pentru a sprijini reintegrarea socială sunt disponibile, deși pentru o perioadă limitată de timp. Cu toate acestea, deoarece regiunile au autonomie în modul în care este operaționalizată această lege, acest lucru nu este universal valabil pe întreg teritoriul țării.

În Cipru nu există programe exclusive create pentru actualii și foștii consumatori de droguri; există doar programe generale de învățare pentru adulți în cadrul cărora grupurile vulnerabile, cum ar fi foștii și actualii consumatori de droguri au prioritate. Când sunt instruite de aceste grupuri, programele de învățare pentru adulți folosesc o abordare mai sensibilă, care își propune să țină seama de vulnerabilitatea indivizilor.

1.7 Oportunități actuale pentru adulți în procesul de recuperare de a se angaja cu învățare informală și formală

Învățare formală

În Marea Britanie există numeroase titluri oficiale de calificare oferite pentru persoanele care doresc să lucreze în domeniul toxicomaniei. Unii furnizori pun la dispoziție și învățământ superior, care susține foarte mult persoanele aflate în recuperare. Un exemplu este de Acțiunea Antidrog, care oferă cursuri de formare pentru Consilierea în materie de toxicomanie la Centrul pentru Studiile tratamentului împotriva toxicomaniei (CATS). CATS oferă diplome pentru grade universitare în Consiliere Antidrog în parteneriat cu Universitatea din Bath. CATS este parte a Acțiunii Antidrog, care prevede tratamentul dependenței rezidențiale și comunitare și este singular ca furnizor de învățământ superior. 60% din studenții CATS sunt auto-raportați ca fiind în recuperare din dependență, cu un procent semnificativ de raportare de la membri ai familiei sau prieteni care au dificultăți legate de dependență. Cu toate acestea, oferta CATS se referă la acei oameni aflați în recuperare care doresc să devină lucrători antidrog sau consilieri de dependență și mulți oameni aflați în recuperare ar putea beneficia de o gama mai variată de cursuri, pentru a-și putea alege o carieră după bunul lor plac. Participanții la tratament și care beneficiază de ajutor social pot avea dreptul să participe la cursuri Abilități de bază în alfabetizare, aritmetică și tehnologia informației, dar, în general, este de așteptat să participe la „cluburile de slujbe” pentru a dobândi abilități legate

19



de locul de muncă, redacta un curriculum vitae și completa formularele de cerere. Indivizii angajați pot rareori accesa cursurile finanțate. În ciuda accesului general la învățare formală, persoanele în recuperare se confruntă și cu dificultăți în obținerea angajării deoarece numeroși angajatori sunt reticenți să angajeze persoane cu un trecut de dependență, în special cei cu cazier penal. În Marea Britanie, Ban the Box¹² este o organizație care lucrează pentru a schimba percepția persoanelor cu condamnări penale, solicitând angajatorilor să le dea oamenilor o șansă să-și explice condamnările penale, mai degrabă decât să fie concediate din cauza unei rubrici bifate. Corelația dintre droguri și dependența de alcool și infracțiune înseamnă că această campanie ar trebui să ajute, sperăm, persoanele care se confruntă cu o gamă variată de alte bariere la muncă, inclusiv abuzul anterior de droguri și de alcool (BITC, 2014).

Oportunitățile de învățare formală pentru recuperarea consumatorilor de droguri din Irlanda au loc în primul rând prin intermediul Schemei speciale CE, care, deși aparent este o intervenție pe piața muncii, are numeroase rezultate educaționale și constituie marea majoritate a proiectelor care oferă educație pentru adulți. Soilse, unul dintre partenerii din cadrul proiectului RECOVEU, este un program de reabilitare în materie de droguri, care este unic prin faptul că se află sub auspiciile autorităților statutare de sănătate și este separate de CE Special. Soilse utilizează o abordare de învățare pentru adulți pentru a construi capitalul persoanei și a aborda dependența sa. Oferă, de asemenea, orientare în carieră, alfabetizare și servicii de sprijin educațional în pregătirea pentru o tranziție către colegiu. Sprijin specific este disponibil de la un Antrenor de Recuperare din cursul comunitar administrat de Serviciul de Asistență pentru Toxicomanie Finglas (FAST), în asociere cu Dublin City University (DCU), aflat acum în al treilea an, pentru persoanele aflate în recuperare de droguri. Există, de asemenea, opțiuni pentru a lua parte la cursuri introductive de consiliere și sensibilizare față de droguri, care atrag recuperarea consumatorilor de droguri. Comisiile de Educație și Formare nou create oferă anumite cursuri de învățare formală. Burse limitate sunt, de asemenea, disponibile de la grupuri de lucru locale în materie de droguri pentru studiu și finanțarea pentru cursuri este adesea acumulată prin donații de la instituții caritabile.

În România, Facultățile de Psihologie și Asistență Socială din cadrul Universității Babeș-Bolyai au creat curricule despre dependență, care sunt disponibile pentru oricine posedă o diplomă de liceu, inclusiv pentru persoanele aflate în recuperare. Seminariile teologice ortodoxe vor integra asemenea curricule în cursurile lor regulate. Programul St Dimitrie este în procesul de dezvoltare a unui curs de formare academică pentru cadrele didactice, care, atunci când va fi introdus, va juca un rol important în dezvoltarea înțelegerii modelului bolii dependenței și va schimba punctele de vedere ale profesioniștilor. Aceasta, la rândul său, poate avea un impact asupra percepțiilor publice din România. În Cipru, oportunitățile de învățare formală pentru persoanele aflate în recuperare includ burse universitare finanțate complet oferite de CAC persoanelor aflate în recuperare și consumatorilor actuali de droguri și sponsorizare pentru învățământul liceal.

În Italia, 70% din consumatorii de droguri tratați în serviciile publice sunt raportați ca având un nivel scăzut de educație, și doar 1,5% au o diplomă universitară. În 2011 reintegrarea a primit un grad de prioritate crescut pentru Regiunile și Provinciile Autonome. În ciuda acestui fapt, programele de ocupare a forței de muncă și de formare create exclusiv pentru foștii și actualii consumatori de droguri au fost puse în aplicare în doar 35% din aceste zone. În Italia, Centrele Teritoriale Permanente - educație pentru adulți (CTP-EDA) sunt responsabile pentru educația în rândul adulților, inclusiv alfabetizare pentru acei adulți care s-au aflat în imposibilitatea de a-și finaliza

¹² <http://www.bitc.org.uk/programmes/ban-box>

parcursul liceal sau care au nevoie să-și dezvolte abilitățile pentru angajare, din motive personale sau sociale. În general, oportunitățile sunt legate de învățarea formală. În 2011, jumătate din Regiunile și Provinciile Autonome au creat programe / servicii educative care vizează mai mult de un tip de grup defavorizat social și programe cu scopul de a ajuta persoanele să-și finalizeze educația de bază, care au fost destinate exclusiv actualilor și foștilor consumatori de droguri.

Învățare informală

Oportunitățile de învățare informală sunt disponibile în majoritatea unităților de tratament din Marea Britanie. Acestea includ: grupuri de Prevenire a Recidivei, grupuri de interes general de multe ori axate pe activități sportive și unii furnizori care oferă activități Artistice și Meșteșugărești într-un context terapeutic. Caritatea UKRW a publicat, de asemenea, un Manual de instruire pentru antrenare în recuperare în colaborare cu fundația McShin, care sprijină oamenii aflați în recuperare să se implice în antrenarea persoanelor aflate în etapele anterioare ale parcursului lor de recuperare (UKRW, 2014). În Irlanda, învățarea poate părea informală în burse sau la un nivel mai formal prin cei „12 pași”. De asemenea, are loc în are grupuri de suport sau sesiuni de informare, cum ar fi Hep Cats pentru hepatită / conștientizare pentru sănătate mintală / MABS sfaturi referitoare la bani și buget etc. Accesul la învățarea orientată spre sine este disponibil prin intermediul „e” aplicațiilor pentru subiecte precum dezvoltarea personală, Safe Pass, evaluarea riscurilor etc.

Învățarea informală nu este disponibilă pe scară largă în Italia sau România. Există oportunități de învățare informală disponibile în Cipru furnizate ca parte a programelor terapeutice, de exemplu, o serie de programe psiho-educaționale și programe îmbunătățite de reintegrare socială care servesc pentru acordarea de oportunități de învățare informală, atât pentru PDU și persoane aflate în recuperare.

1.8 Oportunități actuale pentru adulți în recuperare de a se angaja în accesul la programele de învățare

Nu există oportunități specifice pentru persoanele aflate în recuperare de a se angaja în programe de Acces la Învățare în niciuna dintre țările partenere. Deși unii adulți pot accesa cursuri în cadrul agendei de participare largite, nu există date disponibile pentru a măsura participarea acestui grup special. În timp ce persoanele aflate în recuperare se pot confrunta cu unele dintre problemele cu care se confruntă elevii aceleași în lărgirea grupurilor de participare, acestea pot avea nevoi specifice sau se pot confrunta cu obstacole suplimentare, în cazul în care doresc să se angajeze în procesul de învățare. În prezent nu există programe de Acces la Învățare proiectate special pentru persoanele aflate în recuperare sau care să ia în considerare problemele sau barierele specifice cu care se confruntă.

1.9 Concluzie

Scopul acestei analize a fost de a identifica asemănările și diferențele culturale între țările partenere, nu doar în ceea ce privește esența politicii, ci și adoptarea sa. Acest aspect este legat de scopul specific al revizuirii, și anume informarea dezvoltării unui pachet de curs „Acces la învățare” pentru

adulții aflați în recuperare din dependență. Este evident din această recenzie că toate țările partenere sunt ghidate de politici și strategii UE privind drogurile și dependența. Cu toate acestea, există diferențe clare între ceea ce a fost pus în aplicare și concentrarea în cadrul țărilor partenere individuale. Un exemplu în acest sens este situația din România, unde discursul dominant include noțiuni de criminalitate și definirea dependenței de droguri implică consumul de droguri ilegale. Acest punct de vedere este exprimat în politica care acordă prioritate diminuării ofertei și cererii de droguri ilegale.

În efectuarea analizei am încercat nu numai să colaționăm informații generale cu privire la politici și practici, dar și să împărtășim interpretări ale provocărilor practice care pot afecta consumatorii de droguri și alcool și, ulterior, persoanele aflate în recuperare. Una dintre provocările identificate în cadrul analizei este lucrul în cadrul unei definiții medicale a recuperării și lipsa de recunoaștere rezultantă a modului în care intervenții specifice nemedicale și care nu au legătură cu dependența pot contribui la tratament și la dezvoltarea capitalului social și a reintegrării sociale. Această situație este diferită pentru toți partenerii care sunt fiecare în diferite etape, în măsura în care discursul de recuperare este recunoscut la nivel de politici. Acest lucru va avea în mod clar implicații pentru utilizarea resurselor dezvoltate ca rezultate ale proiectului RECOVEU.

De asemenea, este evident că, indiferent de diferențele și ratele demografice ale incidenței și prevalenței consumului de droguri și abuzului de alcool, toate țările partenere sunt afectate de lipsa de consens asupra tratamentului dependenței și recuperării. Acest lucru are loc în contextul diferitelor paradigme morale care afectează profund modul în care politica, și, prin urmare strategia, este adoptată și, ca atare au legătură cu aspectele pe care proiectul RECOVEU le va explora. Moralitatea Sănătății Publice, de exemplu, are ca scop promovarea stării bune de sănătate și oferirea de beneficii pentru publicul larg, prin limitarea practicilor dăunătoare. Moralitatea comercială se referă la impactul financiar al consumului licit și ilicit de droguri ilustrat, de exemplu, în Marea Britanie, unde există în prezent un apel pentru a adăuga o „taxă de tratament” la prețul alcoolului (Centrul pentru Justiție Socială, 2014).

Dovezile din această analiză sugerează că consumatorii de droguri pot fi de multe ori ținta hotărârilor moraliste în contexte de tratament predominant medicale. Mai mult decât atât, putem spune că aceste opinii pot afecta modul în care este adoptată politica, direcția de finanțare și disponibilitatea serviciilor în toate țările partenere. Am putea argumenta, de asemenea, că este necesară o focalizare continuă asupra a ceea ce înseamnă recuperarea din dependență. Numai prin obținerea acestui consens furnizorii de servicii pot merge mai departe cu furnizarea unei game variate de intervenții necesare pentru a sprijini recuperarea susținută din dificultățile cauzate de dependență și care vor include asistență medicală și psiho-socială. Este concluzia noastră că accesul la învățământul superior poate oferi oportunități pentru ca oamenii să-și reevalueze și restabilească viața după dependență. Accesul RECOVEU la resurse de învățare care le permit oamenilor să se dezvolte și să depună eforturi pentru obiectivele lor proprii de învățare în recuperare va fi dezvoltat în acest context.

2 Anexă

2.1 Anexa 1

Sistemele de educație din țările partenere

Sistemul de învățământ din Italia se bazează pe grădiniță neobligatorie (3-6 ani), urmată de alte două faze. Prima etapă este obligatorie și constă în învățământ primar (5 ani) și învățământ gimnazial (3 ani). A doua fază este împărțită în două; liceul care durează de 5 ani și se află sub jurisdicția statului și se desfășoară în cadrul liceului, școli tehnice sau institute profesionale și educație și formare profesională, care intră sub jurisdicția Regiunilor. Formarea profesională poate fi împărțită în formarea profesională inițială pentru tineri care intră în câmpul muncii pentru prima dată și formarea profesională continuă pentru persoanele care se află deja în câmpul muncii și doresc să își îmbunătățească abilitățile sau persoane excluse de pe piața forței de muncă și care doresc să se recalifice pentru un loc de muncă nou sau mai bun. Aceste cursuri, care sunt în mare parte gratuite, le permit participanților să obțină competențele și calificările cerute de piața forței de muncă. Accesul la studii universitare este rezervat studenților care promovează examenul de stat la sfârșitul școlarizării liceale. Programele universitare sunt împărțite în două cicluri; trei ani plus doi ani de specializare. Cursanții adulți plătesc pentru educația lor.

În Cipru, învățământul este obligatoriu de la etapele de admisie de nivel pre-primar, primar și secundar inferior până la vârsta de 15 ani. Învățământul superior secundar este asigurat de licee și în cadrul acestora unele școli tehnice asigură instruire profesională. Școlile tehnice oferă două programe separate de trei ani, care acoperă parcursuri teoretice și practice. Educația și formarea adulților este asigurată de Ministerul Educației și Culturii, Ministerul Muncii și Asigurărilor Sociale, Ministerul Finanțelor și instituții private. Educația adulților se referă la învățarea formală și informală, precum și educația și formarea profesională. Formarea profesională pentru adulți este disponibilă la scară largă pentru angajați, șomeri și alte grupuri vulnerabile printr-un amestec de prevederi publice și private. Angajații participă la programe de formare care abordează abilități specifice slujbei derivate din nevoile companiei, în timp ce șomerii dobândesc competențe orizontale și specifice locurilor de muncă pentru a-și îmbunătăți capacitatea de inserție profesională. Cu toate acestea, procentul de persoane cu vârste cuprinse între 25 și 64 ani care participă la educație și formare profesională este mai mic decât media UE (Cedefop, 2012). Cursanții adulți sunt finanțați de către Ministerul Educației și Culturii, Ministerul Muncii și Asigurărilor sociale, Ministerul Finanțelor și instituții private.

În Anglia există cinci etape de învățământ: preșcolar, primar, secundar, formare continuă (FE) și învățământul superior (HE). Educația este obligatorie pentru copiii cu vârste cuprinse între cinci și șaisprezece ani. Termenul FE se referă la toate cursurile neavansate efectuate după perioada învățământului obligatoriu. În Anglia, formarea continuă este adesea privită ca făcând parte dintr-un sector de învățare și abilități mai extins, alături de educație la locul de muncă, educația din închisoare și în alte tipuri de educație și formare în afara școlii și universității. Responsabilitatea pentru finanțarea învățământului după 16 ani în Anglia este împărțită între Departamentul pentru Educație (DfE) și Departamentul pentru Afaceri, Inovare și Competențe (BIS). Agenția pentru Finanțarea Educației (organizația mamă este DfE) este responsabilă pentru distribuirea finanțării de la stat pentru persoanele cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani. Agenția pentru Finanțarea

Competențelor (organizația mamă este BIS) finanțează FE adulților și formarea abilităților. Consiliul pentru Finanțarea Învățământului Superior în Anglia (HEFCE) este organismul public neministerial al BIS responsabil pentru distribuirea de fonduri către universități și colegii de formare continuă și învățământ superior.

Cursanții adulți din Anglia pot aplica pentru o serie de subvenții, împrumuturi și burse care să îi ajute să își plătească cursurile și formarea, cu toate acestea, suma disponibilă depinde de multe ori de venit sau alte criterii (de exemplu, persoanele cu handicap, copiii aflați în întreținere). Taxele de școlarizare pentru HE au fost introduse pentru prima dată în 1998 ca o modalitate de finanțare a taxelor de școlarizare pentru studenții universitari și postuniversitari din cadrul universităților. Ca urmare a înființării administrațiilor naționale descentralizate pentru Scoția, Țara Galilor și Irlanda de Nord, aranjamente diferite există acum în ceea ce privește taxele de școlarizare din Marea Britanie. Sprijinul financiar este disponibil pentru costul studiilor universitare printr-un sistem de granturi (care depind de veniturile familiei) și împrumuturi (plătite înapoi pe baza unei formule în funcție de venitul din viitor). Universitățile oferă, de asemenea, sprijin financiar direct prin burse care variază de la instituție la instituție, atât în ceea ce privește cuantumul, cât și criteriile de eligibilitate.

Departamentul de Educație și Aptitudini (DES) supraveghează sistemele de educație formală din Irlanda la nivel primar, secundar și terțiar. Învățământul obligatoriu acoperă vârstele cuprinse între patru / cinci și șaisprezece ani. În ultimii ani a existat o schimbare semnificativă în furnizarea de educație pentru adulți, cu noi forme de organizare în curs de dezvoltare. Acestea se deosebesc de sectorul tehnologic universitar / informațional;

Formarea continuă este acum asigurată prin următoarele organisme;

- Comisii de formare în educație (ETB), care asigură cursuri de pregătire la zi pentru adulți prin Cursuri de Absolvire (PLC), Schema Oportunităților de Formare Profesională (șomeri peste 21 de ani) și Cursuri pentru Tineret (sub 25 de ani, care sunt la școală sau care au nevoie de educație). Pregătirea cu frecvență redusă are loc prin intermediul Inițiativei Înapoi la Educație (BTEI), cursurilor de Educație Comunitară și Alfabetizare a Adulților.
- Solas, autoritatea de educație și formare continuă, care oferă stagii și formare pentru competențe.
- Departamentul de Protecție Socială (DSP) este interconectat cu PLC și supraveghează, de asemenea, Inițiativa Bridge to Work / Job Bridge și Schema Comunitară de ocupare a forței de muncă. Deoarece aceste organisme sunt noi, domeniile de responsabilitate și relațiile de raportare sunt încă în curs de definire.

Întreg învățământul post-obligatoriu, în special la nivel de colegiu, se bazează foarte mult pe finanțarea studentului; de exemplu, costurile cursului pentru PLC și Nivelul Trei includ taxele de înmatriculare (de exemplu, până la 1.000€ pentru un PLC) și studenții de nivel universitar trebuie să plătească un Tarif de Contribuție Student și o Taxă de Centru Student. Mijloace de subvenții testate sunt disponibile pentru anumiți studenți pentru a-și compensa costurile.

Sistemul educațional românesc este format din patru niveluri: grădiniță, învățământ primar, secundar și superior. Grădinița este opțională pentru copiii cu vârste între trei și șase ani.

Învățământul formal, obligatoriu, numit și școala primară, începe la vârsta de șase sau șapte ani. Acest nivel de educație (trecerea la învățământul secundar) este obligatoriu până în clasa a zecea (16 ani). La nivelul post-obligatoriu, există 3 opțiuni incluse în sistemul public finanțat de guvern:

1. Școlarizare profesională de nivel doi timp de doi ani (de la 16 la 18) și patru ani (de la 15 la 18)
2. Educație de specialitate tehnică profesională de trei ani (de la 18 la 21)
3. Programe de învățământ superior timp de patru - șase ani (de la 19).

În plus față de sistemul de finanțare de stat, Agenția Națională pentru Adulți stabilește standardele de educație continuă și instruire formală. Formarea profesională și educația adulților sunt furnizate prin intermediul instituțiilor publice sau private. Taxele sunt plătite de către cursanți și admiterea necesită ca cerință minimă o diplomă de bacalaureat. Ministerul Muncii oferă programe de angajare, finanțate de UE sau de guvern, pentru orice adult care este șomer și foști angajați care beneficiază de ajutor de șomaj pentru un an de la încetarea angajării.

Referințe

- Consiliul consultativ pentru Abuzul de droguri. (2012). *Consideration of Naloxone*. Disponibil la https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119120/consideration-of-naloxone.pdf. Accesat 29/07/14.
- BMJ. (2013). *Brighton considers opening UK's first safe drug consumption rooms*. Disponibil la <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2550>. Accesat 5/12/14.
- BITC, 2014. <http://www.bitc.org.uk/programmes/ban-box>. Accesat 05/12/14.
- Barry, J. and Ivers, J. (2013) *Draft Evaluation Report of the National Drug Rehabilitation Framework Pilot*. Trinity College Dublin: Department of Public Health and Primary Care.
- Bruce, A. (2004). *Drugs task force project activity for FÁS Community Employment and Job Initiative participants*. Dublin: FÁS.
- Afaceri în comunitate. (2014). *About Us and What We do*. Disponibil la <http://www.bitc.org.uk/about-us/what-we-do/our-priorities>. Accesat 18.10.14.
- Cedefop. (2012). *Vocation education and training in Cyprus: a short description*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații: Centrul European pentru Dezvoltarea Formării Profesionale
- Centru pentru Dreptate Socială. (2014). *Penny on a unit' treatment tax to fund rehab revolution, report urges*. Comunicat de presă de la Centrul pentru Dreptate Socială 17 august 2014. Disponibil la <http://www.centreforsocialjustice.org.uk/UserStorage/pdf/Press%20releases%202014/CSJ-addiction-press-release-15.08.14.pdf>. Accesat 16.08.14.
- Cloud, W. și Granfield, W. (2009). 'Conceptualising recovery capital: expansion of a theoretical construct', *Substance use and misuse*, 42, 12/13: 1971-1986.
- Copoeru, I., Moldovan, S., Agheorghiesei, D. T., Ciuhodaru, T., Seghedin, E. și Iorga, M. (2013). 'The Inter-Agency Cooperation in Healthcare and Social Services for Substance Misuse and Addiction in Romania: A Case Study', *Social Work Review*, 2.
- Consiliul Uniunii Europene (2013) *EU Action Plan on Drugs 2013-2016*. Disponibil la: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_215054_EN_ST12809.EN13.PDF. Accesat 13/5/2014.
- Clinks and Social Firms UK. (2014). *Providing employment and training opportunities for offenders. Growing sustainable work integration social enterprises. A report of learning from this programme*. Disponibil la https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/305974/Providing_employment_training_opportunities_for_offenders.pdf. Accesat 24/11/14.
- Departamentul de Sănătate (Anglia) și administrațiile descentralizate. (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. Londra: Departamentul de Sănătate (Anglia), Guvernul Scoțian, Guvernul Adunării din Țara Galilor și Executivul din Irlanda de Nord
- Dipartimento Politiche Antidroga. (2011). *Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento, e consumo di sostanze: Relazione annuale al Parlamento*. Departamentul de Politici de control al drogurilor, timp de latență între debutul consumului și primul tratament, și consumul de substanțe. Raport anual către Parlament 2011.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2013) *Relazione Annuale al Parlamento 2013: Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*. Departamentul de Politici de control al drogurilor, Raport anual către Parlament 2013.

Doyle, J. și Ivanovic, J. (2010). *National Drug Rehabilitation Framework*. Dublin: Serviciul Executiv de Sănătate.

Proiectul European de Cercetare în Școli privind Alcool și alte Droguri (ESPAD). (2012). *The 2012 ESPAD Impact Survey*. Disponibil la http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2012/2012%20ESPAD%20Impact%20Survey.pdf

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCCDA). (2003). *Standards and quality assurance in treatment related to illegal drugs and social reintegration in EU Member States and Norway*. Lisabona: EMCCDA.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCCDA). (2010). *Annual report 2010: The state of the drug problem in Europe*. Raport anual Lisabona: EMCCDA.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCCDA). (2012). *Insights. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users and treatment*. Lisabona: EMCCDA.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCCDA). (2013). *European Drug Report: Trends and developments*. Disponibil la: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>. Accesat 17/2/2014.

Freidman, S.R. (1998). 'The political economy of drug user scapegoating and the philosophy and politics of resistance', *Drugs Education, Prevention and Policy*, 5, 1: 15-32.

FuoriLuogo. (2013) *Libro Bianco sulla legge Fini Giovanardi* (Cartea albă privind Legea 46/2006). Disponibil la http://www.fuoriluogo.it/sito/home/mappamondo/europa/italia/rassegna_stampa/v-libro-bianco-sulla-fini-giovanardi-i-dati-in-pillole.

Serviciul Executiv de Sănătate (HSE). (2013). *Review of the Dublin North East Addiction Service*. Dublin: UCL Partners, HSE.

Sănătate și asistență socială. (2012). *Home Affairs Committee Drugs: Breaking the Cycle Ninth Report of Session 2012-13*. Disponibil la <http://www.clear-uk.org/wp-content/uploads/2012/12/Breaking-the-cycle.pdf>. Accesat 24/11/14.

Centrul de Informare și Asistență Socială de sănătate (HSCIC). (2013). *Drug Misuse in England*. Disponibil la <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12994/drug-misu-eng-2013-rep.pdf>. Accesat 8/8/14.

Keane, M. (2007). *Social reintegration as a response to drug use in Ireland. Overview 5*. Dublin: Comisia de Cercetare de Sănătate.

Laub, J.H. și Sampson, R.J. (2005). *Human agency in the criminal careers of 500 Boston men, circa 1925-1995*. Lucrare prezentată în cadrul atelierului privind Agenția de Dezvoltare Umană în condiții de Schimbare Socială, Jena, Germania, 4-6 iunie

Lawless, K. (2006). *Listening and learning: evaluation of Special Community Employment programmes in Dublin North East*. Dublin: Dublin North East Drugs Task Force.

Serviciul Național de Sănătate (NHS). (2012). *Binge drinking. The Information Standard member organisation*. Disponibil la <http://www.nhs.uk/Livewell/alcohol/Pages/Bingedrinking.aspx>. Accesat 31/12/2012.

Agenția Națională de Tratament. (2006). *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. UK Clinical Guidelines, 2007. Disponibil la http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf. Accesat 31/07/14.

Agenția Națională de Tratament (NTA). (2010a). *What Treatment is Available?* Disponibil la <http://www.nta.nhs.uk/service-available.aspx>. Accesat 29/07/14.

Agenția Națională de Tratament (NTA). (2010b). *Commissioning for recovery. Drug treatment, reintegration and recovery in the community and prisons: a guide for drug partnerships.* Disponibil la http://www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_for_recovery_january_2010.pdf. Accesat 31/07/14.

Agenția Națională de Tratament (NTA). (2011). *Interim Report on Recovery Orientated Drug Treatment.* Disponibil la http://www.nta.nhs.uk/uploads/rodt_an_interim_report_july_2011.pdf. Accesat 21/11/14.

Agenția Națională de Tratament (NTA). (2012a) *Statistics for Alcohol Treatment in England 2012-2013.* Disponibil la <http://www.nta.nhs.uk/uploads/alcohol1213statsrelease.pdf>. Accesat 29/07/14.

Agenția Națională de Tratament (NTA). (2012b). *NTA supplementary note for HASC 2012 drug policy review.* Disponibil la <http://www.nta.nhs.uk/uploads/ntahasc-supplementary-note-general.pdf>. Accesat 31/07/14.

Institutul Național pentru Excelență Clinică (NICE). (2012). *Quality standard for drug use disorders. NICE quality standard 23.* Londra: Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică.

Parteneri PIRC/UCL. (2013) *Review of the Dublin North East Addiction Services.* Dublin: Serviciul Executiv de Sănătate.

Sănătate Publică Anglia (PHE). (2013). *Commissioners Guide to Mutual Aid Mutual Aid.* Disponibil la <http://www.nta.nhs.uk/uploads/commissioners-guide-to-mutual-aid.pdf>. Accesat 31/07/14.

RSA. (2014). *Whole Person Recovery.* Disponibil la http://www.thersa.org/_data/assets/pdf_file/0011/362099/RSA-Whole-Person-Recovery-report.pdf. Accesat 24/11/14.

Grup Expert de Tratament împotriva toxicomaniei orientat pe recuperare. (2012). *Medications in Recovery: Reorientating Drug Dependence Treatment.* Marea Britanie: Agenția Națională de Tratament pentru Abuzul de Substanțe, NHS.

Russell, C., Davies, J.B. și Hunter, S.C. (2011). 'Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction', *Journal of Substance Abuse Treatment.*, 40, 2: 150-64. Disponibil la <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036516>. Accesat 15/08/14.

Comisia Politicii Antidrog UK (2008). *A vision of Recovery.* Recovery Consensus Group.

Comisia Politicii Antidrog UK. (2012) *Evidence Review. Characteristics of Good Governance for Drug Policy.* Disponibil la <http://www.ukdpc.org.uk/publication/characteristics-of-good-governance-for-drug-policy/>. Accesat 24/11/14.

UK Recovery Walk (UKRW). (2014) *The Recovery Coaching Manual.* Disponibil la <http://www.ukrecoverywalk.org/uk-recovery-coach-manual>. Accesat 15/08/14.

Van Hout, M.C. și Bingham, T. (2011). *Holding Pattern: An exploratory study of the lived experience of those on methadone maintenance in Dublin North East.* Dublin: Dublin North East Drugs Task Force.