UNIVERSITATEA BUCUREŞTI
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ŞI ASISTENŢĂ SOCIALĂ
ŞCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE

- TEZĂ DE DOCTORAT -
REZUMAT

REINTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI

COORDONATOR:
Prof. univ. dr. Pavel ABRAHAM

DOCTORAND:
Mariana Mihaela BITULEANU
(BEBU)

Bucureşti, 2009

CUPRINS

CAPITOLUL I
DELIMITĂRI CONCEPTUALE PRIVIND DROGURILE 9
I.1. Ce este dependenţa de o substanţă ? 9
Consecinţe 10
Tratament 11
I.2. Identificarea şi evaluarea relaţiilor-capcană în familie 13
I.2.1. Evaluarea sistemică a familiei 13
I.2.2. Evaluarea grupului familial 15
I.3. Ce este recuperarea? 17
Modelul Progresiv de Recuperare (MPR) – scurtă descriere 18
Modelul Progresiv de Recuperare vs. Modelele tradiţionale 20
I.4. Ce este recăderea? 22
Clasificarea în funcţie de istoricul recuperare/ recădere 22
I.5. Ce este prevenirea recăderilor? 23
I.6. Sumar 29

CAPITOLUL II
DIMENSIUNEA MONDIALĂ ŞI NAŢIONALĂ A CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI 30
II.1. Dimensiunea mondială a fenomenului consumului de droguri 30
II.1.1. Realizări internaţionale şi europene în domeniul politicilor pe droguri 30
II.1.2. Tendinţe privind consumul de droguri la nivel mondial şi european 32
II.2. Dimensiunea naţională a fenomenului consumului de droguri 39
II.2.1. Dezvoltarea legislativă în domeniul drogurilor 39
II.2.2. Prevalenţa consumului de droguri 43
II.2.3. Consumul problematic de droguri 53
II.2.4. Admiterea la tratament ca urmare a consumului ilicit de droguri 54
II.3. Sumar 57

CAPITOLUL III
MODELE TEORETICE CU APLICABILITATE ÎN REINTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI 60
III.1. Modelele de influenţă socială 60
III.2. Modelele comprehensive şi de influenţă socială 67
III.3. Teorii sociologice privind consumul de droguri 72
III.4. Modelul Tratamentului Comunitar Asertiv 79
III.5. Teorii implicate în consilierea şi orientarea vocaţională 81
III.6. Fundamente teoretice care stau la baza ipotezelor de reabilitare profesională a persoanelor consumatoare de droguri 85
III.6.1. Modele teoretice care abordează importanţa locului de muncă în tratamentul şi reabilitarea persoanelor consumatoare de droguri 85
III.6.2.Reabilitarea profesională şi abstinenţa 88
III.7.Sumar 88

CAPITOLUL IV
IMPACTUL SOCIAL AL CONSUMULUI DE DROGURI 91
IV.1. Implicaţii sociale ale consumului de droguri 91
IV.1.1. Familia şi comunitatea 91
IV.1.2. Sănătatea 95
IV.1.3. Educaţia 101
IV.1.4. Criminalitatea 104
IV.2. Angajarea în muncă 114
IV.3. Sumar 121

CAPITOLUL V
EXCLUZIUNEA SOCIALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI ... 123
V.1. Un context în schimbare şi apariţia unui concept 123
V.2. Semnificaţia şi folosirea termenului de excluziune socială 127
V.3. Acceptarea în cadrul organismelor europene şi internaţionale 130
V.4. Excluziuneaşi reintegrarea sociala 132
V.4.1. Relatia dintre excluziunea socialaşi consumul de droguri 132
V.4.2. Tiparele de consum de drogurişi consecintele acestora observate în randul populatiilor excluse din punct de vedere social 136
V.4.3. Persoanele consumatoare de droguri fără adăpost: situaţie actuală şi consecinţe 140
V.4.4. Situaţia persoanelor condamnate de către instanţele de judecată 147
V.4.5. Consumul de droguri în rândul grupurilor specifice 160
V.4.6. Lipsa de ocupare a forţei productive de muncă şi impactul asupra locului de muncă 161
V.4.7. Marginalizarea 161
V.5. Provocări viitoare 162
V.6. Sumar 163

CAPITOLUL VI
REINTEGRAREA SOCIALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI. 166
VI.1. Conceptul de reintegrare socială 166
VI.2. Contextul internaţional 168
VI.3. Contextul naţional şi politica de reintegrare socială 171
VI.3.1. Obiective ale politicilor de reintegrare socială pentru persoanele consumatoare de droguri 175
VI.3.2. Sistemul de asistenţă integrată în adicţii, în conformitate cu actualul cadru legislativ 179
VI.4. Reintegrarea socială: perspectiva instituţiilor locale care au competenţe în domeniul drogurilor 184
VI.5. Sumar 184

CAPITOLUL VII
REABILITAREA VOCAŢIONALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI 186
VII.1. Evidenţe ale eficienţei intervenţiilor de reabilitare vocaţională pentru persoanele consumatoare de droguri 186
VII.1.1. Evidenţe asupra eficienţei reabilitării vocaţionale 186
VII.1.2. Limite în schiţarea procesului de evaluare 186
VII.2. Tipuri de intervenţii de reabilitarea vocaţională 187
VII.2.1. Intervenţiile de dezvoltare personală 187
VII.2.2. Intervenţii specifice: abilităţi vocaţionale şi de căutare a unui loc de muncă 189
VII.2.3. Intervenţii specifice: plasarea şi susţinerea într-un loc de muncă 194
VII.3. Valoare educaţiei ca motor al dezvoltării personale 196
VII.3.1. Politici de răspuns şi practici europene destinate educaţiei grupurilor defavorizate 197
VII.3.2. Accesul la educaţie şi excluziunea socială 199
VII.4. Prevenirea recăderilor 201
VII.5. Metodologie de Organizare şi Funcţionare a Centrului de Zi Socio-Vocaţional – *exemplu de bune practici* 202
VII.6. Sumar 218

CAPITOLUL VIII
REINTEGRAREA PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CONSUMATOARE DE DROGURI 220
VIII.1. Statutul de angajat pe piaţa forţei de muncă şi percepţia reintegrării profesionale în rândul consumatorilor de droguri 220
VIII.1.1. Statutul de angajat pe piaţa forţei de muncă şi implicaţiile pentru rezultatele tratamentului 220
VIII.1.2. Asocierea dintre statutul de angajat pe piaţa forţei de muncă şi reducerea problemelor asociate consumului de droguri 225
VIII.2. Rata şomajului în rândul consumatorilor de droguri aflaţi în tratament 229
VIII.2.1. Evoluţiile ratei şomajului în România 229
VIII.2.2. Statutul de angajat pe piaţa forţei de muncă şi programele de menţinere cu metadonă 232
VIII.3. Bariere în educaţie, formare şi ocupare a forţei de muncă 233
VIII.4. Sumar 237

CAPITOLUL IX
COSTURILE PUBLICE ÎN DOMENIUL REDUCERII CERERII DE DROGURI 239
IX.1. Limite şi fiabilitatea datelor 239
IX.2. Cheltuielile implicate de reducerea cererii de droguri 240
IX.2.1. Perspectiva societăţii 240
IX.2.2. Perspectiva cheltuielilor publice 240
IX.3. Analiză economică – buget şi cheltuieli publice 243
IX.4. Estimarea costurilor pentru înfiinţarea şi derularea serviciilor care lipsesc sau sunt insuficiente în domeniul adicţiilor 246

IX.4.1. Centru de criză 246
IX.4.2. Centru vocaţional 247
IX.5. Recomandări legate de resursele disponibile 247
IX.6. Sumar 248

CAPITOLUL X
X.1. Stabilirea temei de cercetare 249
X.2. Fixarea obiectivelor cercetării 251
X.3. Documentarea prealabilă 252
X.4. Cadrul teoretic al cercetării 253
Politici de îmbunătăţire a reintegrării sociale şi reducere a excluziunii sociale a consumatorilor de droguri *253*
X.5. Analiza conceptelor 257
X.6. Elaborarea ipotezelor de cercetare 259
X.7. Universul cercetării 261
X.8. Metode şi tehnici de cercetare 262
X.9. Analiza datelor, informaţiilor şi explicarea fenomenelor şi proceselor - raport de cercetare 263
Indicatori de accesare a serviciilor de asistenţă ca urmare a consumului de droguri 263
Situaţia familială şi socială a persoanelor consumatoare de droguri 270
Situaţia juridică a persoanelor consumatoare de droguri 273
Situaţia profesională a persoanelor consumatoare de droguri care au accesat serviciile de asistenţă 274
Implicarea beneficiarilor în programul Centrului de Zi Socio-Vocaţional 279
Principalele tendinţe pentru indicatorii cheie şi majori 287

ANEXA 1 – CHESTIONAR STRUCTURAT 288
ANEXA 2 – FIŞE DE LUCRU
utilizate în intervenţiile de orientare vocaţională şi reintegrare profesională a consumatorilor de droguri 316

BIBLIOGRAFIE 323

Introducere

Reintegrarea socială a consumatorilor problematici de droguri nu este un concept nou; într-adevăr, el a început să fie utilizat în anii 1960 (Naţiunile Unite 1961). Din anul 2000, Consiliul Uniunii Europene a solicitat statelor membre să îmbunătăţească disponibilitatea şi accesul la serviciile de reintegrare socială. Din 2003, OEDT a promovat furnizarea de sprijin pentru cazare şi de formare pentru locuri de muncă, ca şi componente cheie ale reintegrării sociale şi a cerut statelor membre să monitorizeze şi să raporteze cu privire la această situaţie.

Intervenţiile de reintegrare socială vizează atât problemele actuale cât şi pe cele deja existente la consumatorii de droguri, de la foşti consumatori care sunt abstinenţi şi foşti consumatori care sunt integraţi în programe substitutive cu metadonă pe termen lung la consumatorii de droguri activi, cu un consum problematic. O componenta a tratamentului, fie că este medicală sau psihosocială, nu este necesară. Acest lucru presupune faptul că reintegrarea socială nu este neapărat necesară. Acest lucru presupune de asemenea faptul ca reinserţia socială nu intervine neapărat după tratament, dar poate să intervină indiferent de tratamentul anterior, constituindu-se fie în etapa finală a procesului de tratament sau într-o etapă separată şi o intervenţie independentă după tratament, furnizată prin intermediul unor servicii care au un scop diferit faţă de cele de tratament propriu-zis. Serviciile de reintegrare socială nu vizează exclusiv problemele generate de consumul de droguri, acestea se pot adresa tuturor categoriilor de persoane dependente (inclusiv persoanele dependente de alcool şi tutun) şi chiar tuturor grupurilor excluse din punct de vedere social (ex. persoanele fără adăpost).

Există dovezi ştiinţifice care sugerează că pentru multe persoane cu un consum problematic de droguri, excluziunea socială este o dificultate anterioară problemelor legate de droguri. Un stil de viaţă centrat de droguri adaugă mai multe straturi de excluziune, exacerbează aceasta situaţie. Aceste straturi de excluziune fac ca reabilitarea vocaţională, integrare socială şi participarea în cadrul mai larg al comunităţii să fie extrem de dificile. Atitudinile, politicile şi practicile întăresc izolarea şi creează un "zid de excluziune", care previne în mod eficient integrarea persoanelor consumatoare de droguri în societate.

Excluziunea socială, sub formă de lipsa unui adăpost, educaţie inadecvată şi lipsa abilităţilor pentru ocuparea forţei de muncă este strâns asociată consumului problematic de droguri. Ca răspuns, reintegrarea socială a apărut ca un aspect-cheie pentru tratamentul şi reabilitarea acestor persoane, pentru a oferi răspunsuri şi sprijini nevoile de cazare, educaţie, formare profesională şi obţinerea unui loc de muncă pentru consumatorii problematici de droguri.

Rezultatele cercetărilor internaţionale indică faptul că utilizatorii de droguri văd deţinerea unui loc de muncă ca fiind o parte importantă a recuperării şi nu văd metadona ca fiind o barieră în a fi angajat. Consumatorii de droguri care sunt angajaţi utilizează mai puţin frecvent drogul lor principal şi rezultatele tratamentului sunt mai bune decât cele ale omologilor lor şomeri. Cercetările internaţionale indică faptul că tranziţia de la tratament la angajarea cu normă întreagă pe piaţa muncii poate dura până la trei ani. În plus, studiile au arătat că barierele personale şi structurale pot împiedica pe consumatorii de droguri în a-şi

continua studiile, în a-şi îmbunătăţi aptitudinile lor profesionale şi în obţinerea unui loc de muncă.

Cercetările indică o legătură puternică între consumul problematic de droguri şi lipsa adăpostului. Destrămarea familiei, ieşirea din măsurile protecţiei sociale şi pedeapsa cu închisoarea sunt factorii cheie care duc la experienţa iniţială de lipsă a unui adăpost atât în rândul indivizilor cât şi al familiilor. Lipsa adăpostului este asociată cu o extindere în consumul de droguri şi de progresie a modelelor de utilizare haotică a drogurilor. Ei au sănătatea fizică şi mentală mai deficitară decât persoanele fără locuinţă care nu consumă droguri.

Vulnerabilitatea pieţei forţei de muncă este o realitate pentru persoanele cu dependenţă de droguri şi/sau alcool şi această vulnerabilitate poate fi redusă prin furnizarea de mecanisme orientate de sprijin pentru ocuparea forţei de muncă. Creşterea proporţiei ocupării forţei de muncă implică o compatibilitate între cererea de pe piaţa forţei de muncă şi atitudinile şi capacităţile individuale şi nevoile şi aşteptările angajatorilor.

Consiliul Uniunii Europene admite că prin oferirea unui răspuns la riscurile de sănătate şi sociale asociate consumului problematic de droguri este o responsabilitate cheie a statelor membre ale Uniunii Europene. Lipsa locuinţei şi şomajul sunt două astfel de riscuri sociale şi eşecul în a răspunde acestor nevoi poate submina progresele obţinute prin tratament şi poate duce la excluziune socială. Conform Centrului European de Monitorizare pentru Droguri şi Toxicomanie (OEDT), răspunsuri cum ar fi furnizarea de cazare, de locuinţe şi formarea pentru obţinerea de locuri de muncă pot reduce aceste riscuri şi îmbunătăţi reintegrarea socială a consumatorilor problematici de droguri. Această lucrare prezintă dovezi pentru această afirmaţie şi examinează măsura în care politicile sociale, în special cele pe droguri şi practicile din România răspund nevoilor de cazare şi de locuri de muncă pentru consumatorii de droguri.

Creşterea eficienţei tratamentului pentru consumul de droguri şi reabilitare, prin îmbunătăţirea disponibilităţii, accesibilităţii şi a calităţii serviciilor este abordată în planul de acţiune UE privind drogurile pentru perioada 2009-2012, în special în Obiectivul 7. Acest obiectiv solicită statelor membre să ofere şi să dezvolte programe sociale inovatoare de reabilitare şi de reintegrare socială, care au rezultate măsurabile.

Descriere selectivă a conţinutului lucrării

Capitolul I prezintă delimitările conceptuale privind fenomenul consumului de droguri: introducere în conceptul dependenţei de droguri, consecinţele consumului de droguri şi modalităţile de tratament, dinamica relaţiilor din interiorul familiei care are în componenţa sa o persoană consumatoare de droguri.

<u>*Sumar*</u>

- Conceptul de adicţie a fost înlocuit prin termenul de dependentă (de droguri, alcool, tutun) – (Organizaţia Mondială a Sănătăţii).
- Dependenţa de o substanţă este o problemă bio-psiho-socială.

- Evaluarea nu izolează o singură variabilă şi ţine cont de combinarea mai multor variabile, pentru a avea o viziune de ansamblu.
- Evaluarea grupului familial presupune luarea în considerare a unor date privind reţeaua de comunicare şi interacţiuni observabile aici şi acum, precum şi „faptele existenţiale" care privesc familia.
- Genograma familială permite terapeutului să gândească într-o manieră sistemică relaţiile şi evenimentele din viaţa pacienţilor.
- Modelul Progresiv de Recuperare descrie şase etape de recuperare.
- Recăderea nu este un eveniment izolat, ci implică o procesualitate.
- Prevenirea recăderilor este o metodă sistematică de a învăţa persoanele aflate în recuperare să recunoască şi să controleze semnale de avertizare ale recăderilor.

Capitolul II oferă o imagine generală asupra dimensiunii mondiale a fenomenului consumului de droguri cât şi asupra dimensiunii acestui fenomen la nivel naţional. Consumul de droguri la nivel mondial, european şi naţional este reprezentat prin grafice şi indicatori care reliefează evoluţia fenomenului în timp, dar şi capacitatea organismelor cu atribuţii în domeniu de a face faţă problemelor pe care le generează acest fenomen.

<u>*Sumar*</u>

- Planul de acţiune ONU - Comisia pentru stupefiante a Organizaţiei Naţiunilor Unite (CND): Printre acţiunile și obiectivele-cheie din categoria reducerii cererii de droguri se numără: o mai bună respectare a drepturilor omului, sporirea accesului la servicii și îmbunătăţirea focalizării asupra grupurilor vulnerabile.
- Evaluarea finală a planului de acţiune al UE în domeniul drogurilor a adus un surplus de valoare în trei direcţii distincte: a determinat statele membre și instituţiile UE să își asume angajamentul de a atinge obiective comune; a oferit un cadru pentru coordonare și pentru elaborarea unei abordări unitare în domeniul drogurilor; a constituit un model de politică la nivel internaţional.
- La nivel mondial, potrivit datelor furnizate de către Oficiul Naţiunilor Unite pentru Droguri şi Criminalitate - UNODC - prin **Raportul mondial privind drogurile 2009**, se înregistrau între 42,84-45,34 milioane persoane cu vârste cuprinse între 15-64 de ani care au consumat droguri cel puţin o dată.
- Pe mapamond, în topul celor mai consumate droguri continuă să se situeze canabisul, numărul celor care au consumat acest drog cel puţin o dată în *anul 2007* fiind cuprins între 143-190 milioane de persoane (**Raportului anual privind situaţia drogurilor în 2007,** întocmit de către Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie)
- **În Europa**, **potrivit Raportului anual privind situaţia drogurilor în 2007,** întocmit de către Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie o estimare prudentă indică faptul că au consumat canabis cel puţin o dată în viaţă (prevalenţa de-a lungul vieţii) peste 71,5 de milioane de adulţi, ceea ce reprezintă în medie aproape un sfert (21,8%) din segmentul de populaţie cu vârsta cuprinsă între 15 şi 64 de ani.
- În anul **2007,** Oficiul Naţiunilor Unite pentru Droguri şi Criminalitate estimează că numărul total al consumatorilor de opiacee la nivel mondial s-a ridicat la aproximativ 15,2 - 21,1 milioane de persoane (între 0,3% - 0,5% din populaţia cu vârste cuprinse între 15 - 64 de ani).

- Potrivit **Raportului Anual privind Situaţia Drogurilor în Europa din 2008,** întocmit de către Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie, cocaina rămâne al doilea cel mai consumat drog ilegal din Europa, după canabis, deşi consumul variază mult între ţări. Se estimează că circa 12 milioane de europeni au consumat acest drog cel puţin o dată în viaţă, în medie 3,6% din adulţii cu vârsta cuprinsă între 15-64 de ani.
- **Potrivit Raportului Anual privind Situaţia Drogurilor în Europa din 2007**, întocmit de Observatorului European pentru Droguri şi Toxicomanie**,** consumul stimulenţilor de tip amfetaminic este de obicei scăzut, însă ratele de prevalenţă în rândul grupurilor de vârstă mai tânără sunt considerabil mai ridicate, iar consumul acestor droguri poate fi deosebit de mare în reţele sociale sau grupuri culturale.
- Majoritatea indicatorilor privind consumul şi traficul de droguri arată o medie a consumului în România sub media europeană.
- Potrivit *Studiului în populaţia generală privind prevalenţa consumului de droguri în România-2007,* prevalenţa consumului de diferite droguri ilegale în rândul populaţiei de 15-64 ani de-a lungul vieţii este de cca. 1,7%, aici fiind incluse toate tipurile de droguri ilegale: marijuana, ecstasy, inhalante, cocaină, crack, amfetamine, halucinogene, heroină sau opiacee. Prin extrapolare, acest procent ne spune că din populaţia României în vârstă de 15-64 aproximativ 300.000 de persoane au consumat cel puţin o dată unul din aceste droguri, de-a lungul vieţii. Dacă se iau în considerare şi medicamentele (tranchilizante, sedative, antidepresive) acest procent ajunge la 8,6% (prin extrapolare rezultă aproximativ 1.300.000 de persoane). Dintre drogurile ilegale, cel mai consumat este cannabisul, într-un procent de 1,5%, urmat de ecstasy – 0,4%, heroină – 0,1%, halucinogene – 0,1%, cocaină (în ambele forme – bază sau crack) – 0,1%.
- ***Prevalenţa consumului de droguri în spaţii recreaţionale de-a lungul vieţii*** este de 31,8% pentru canabis (marijuana/haşiş), de 5,4% în cazul tranchilizantelor/somniferelor/sedativelor iar în cazul amfetaminelor de 4,9%, Ecstasy - 10,9%, LSD - 2,5%, cocaină – 5,7%, heroină - 1,4%, ciuperci halucinogene - 4,2%. (tineri cu vârste cuprinse între 15 şi 34 de ani care frecventează spaţiile recreaţionale - Bucureşti).
- ***Prevalenţa consumului de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial:*** 85% din respondenţi declară că folosesc în mod uzual heroină, 9% aurolac, 2% amestec de heroină cu cocaină (speed ball), 1% cocaină. Totodată, 89% din respondenţi au declarat că s-au injectat cel puţin o dată în viaţă pentru a-şi administra droguri. (Eşantionul folosit a inclus 200 de persoane, Bucureşti, 2008).
- ***Consum problematic de droguri***: prin împărţirea numărului persoanelor care au fost incluse în programele de substituţie cu metadonă, *în anul 2007*, la procentul menţionat mai sus, a rezultat un număr estimat de 16.900 consumatori problematici de droguri în Bucureşti. De asemenea, *în anul 2008*, utilizând aceeaşi metodă, a rezultat un număr estimat de 17.400 consumatori problematici de droguri în Bucureşti. Nu a fost realizată, până în prezent, nici o estimare a consumului problematic de droguri la nivel naţional.
- *În anul 2008*, conform datelor furnizate de *Centrul Naţional pentru Organizarea şi Asigurarea Sistemului Informaţional şi Informatic din Domeniul Sănătăţii* din cadrul *Ministerului Sănătăţii Publice,* la nivel naţional au fost raportate 3.165 cazuri de admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, cu 1.272 de cazuri mai mult comparativ cu anul 2007, cu 1.253 de cazuri mai mult comparativ cu anul 2006 şi cu 1.627 de cazuri mai mult comparativ cu anul 2005.

Capitolul III prezintă modelele teoretice care stau la baza intervenţiilor de reintegrare socio-profesională a persoanelor consumatoare de droguri, începând cu modelele de influenţă socială, la a căror dezvoltare a contribuit evaluarea experimentală a diferitelor modele de intervenţie preventivă: cercetări asupra modelelor informative, cercetări asupra modelelor de intervenţie de tip psihosocial, cercetări asupra modelelor bazate pe teoria învăţării sociale.

<u>*Sumar*</u>

- **Modelul influenţei sociale** recunoaşte faptul că factorii sociali joacă un rol foarte important în iniţierea şi fază incipientă a consumului de droguri.
- Abordările articulate în jurul **transmiterii de informaţii** înţelegeau luarea deciziilor ca rezultat al unui proces raţional influenţat doar de informaţia primită. Evaluarea acestor abordări nu a reuşit să demonstreze ca aplicarea lor ar avea vreun efect pozitiv asupra comportamentului.
- Din perspectiva **modelelor de intervenţie cu caracter psihosocial** s-au dezvoltat şi evaluat programe centrate pe munca cu aspecte afective precum creşterea autostimei, clarificarea valorilor, creşterea autocunoaşterii, promovarea sentimentelor pozitive faţă de sine, manevrarea stresului şi strategii eficace de comunicare.
- În cadrul abordării **teoriei învăţării sociale** s-au dezvoltat două mari linii de propuneri, pe de-o parte tehnicile de antrenare în abilităţi de rezistenţă şi pe de alta parte antrenarea în abilităţi sociale. Modelul teoretic care stă la baza acestor abordări este teoria învăţării sociale a lui Bandura.
- Teoria învăţării sociale – Bandura: *comportamentul uman este influenţat în mai mare măsură de persoanele „importante" decât de propriile cunoştinţe sau intenţii.* Teoria învăţării sociale a lui Bandura accentuează importanta observaţiei şi modelarea de comportamente, atitudini, reacţii emoţionale faţă de ceilalţi.
- Teoria deprinderilor de viaţă – Botvin: *interacţiunile noastre cu alte persoane semnificative pot fi influenţate de abilităţile sociale şi personale.* Teoria abilităţilor de viaţă sugerează că, deşi dăunător sănătăţii, comportamentul este rezultatul unei interacţiuni complexe dintre factori personali, sociali şi de mediu, în esenţă, comportamentul provine de la persoane şi ar trebui să fie un punct focal pentru educarea deprinderilor de viaţă.
- Teoria credinţelor normative – Hansen: *comportamentul nostru, cât şi interacţiunea cu alţii sunt puternic influenţate de ceea ce noi credem că este "normal" şi acceptat.* Teoria credinţelor normative se bazează pe teoriile ecologiei sociale, care susţin că, în loc de a căuta cauzele în interiorul individului sau chiar în modalitatea în care individual interacţionează din punct de vedere social, ar trebui să se concentreze pe sistemul social în sine şi modul în care afectează sistemul indivizii.
- Bazate pe modelul de influenţă socială**, modelele sociale comprehensive** prezintă conceptul de factori de risc şi de protecţie care influenţează atitudinile şi comportamentele tinerilor cu privire la consumul de substanţe.
- Ca şi modelul bio-psiho-social*, teoria problemelor de comportament* (Jessor şi Jessor) descrie comportamentul de risc al adolescentului ca fiind rezultatul interacţiunii dintre numeroşi factori din mediul biologic, psihologic, familial, economic şi comportamental, care se regăsesc la nivel individual.
- *Modelul de dezvoltare socială* (Hawkins şi Catalano) oferă baza teoretică pentru reducerea riscului şi prevenirea concentrată pe creşterea factorilor de protecţie şi caută să

promoveze realizarea şi succesul, precum şi prevenirea şi tratarea problemelor de sănătate şi de comportament în rândul tinerilor.

- Teoriile sociologice consideră că dependenţa faţă de drog este un proces social mai degrabă decât o relaţie între proprietăţile fizice ale drogului şi impactul lor asupra organismului uman.
- Robert Merton, autorul *teoriei anomiei sociale*, propune ca, prin prisma acestei teorii, dependenţa faţă de droguri să fie pusă în relaţie cu formele de adaptare la condiţiile sociale.
- In opinia lui Alfred Lindesmith şi John Gagnon, consumul de droguri nu semnifică întotdeauna o conduită deviantă, având în vedere faptul că noţiunea de devianţă este relativă, dependentă de condiţii, de loc, de timp şi de cel care o defineşte, înţelegând prin aceasta că ceea ce pentru o anumită clasă socială, categorie ocupaţională sau religioasă înseamnă devianţă, pentru o alta reprezintă o conduită normală.
- Alfred Lindesmith propune explicarea procesului de dependenţă faţă de opiacee prin asocierea sa cu credinţa individului că, în momentul întreruperii administrării drogului, starea sa se va înrăutăţi datorită instalării sindromului de abstinenţă.
- Erving Goffman consideră că indivizii dependenţi de droguri sunt „devianţi sociali", „eşecuri în scenele motivaţionale ale societăţii", „indivizi care par angajaţi într-un refuz colectiv al ordinii sociale". Atribuirea unui asemenea rol puternic stigmatizat toxicomanului îl obligă pe acesta să se asocieze cu alţi indivizi aidoma lui, pentru a putea adera la normele şi valorile create de subcultura consumatorilor de droguri şi pentru a putea găsi un sprijin în aceste norme şi valori.
- Erich Fromm caracteriza familia ca fiind „agenţia psihologică a societăţii", mediul prin care societatea imprimă structurile specifice copilului şi, astfel, adultului. Dinamica circumstanţelor sociale, personalitatea părinţilor şi relaţiile dintre ei sunt deosebit de importante în dezvoltarea copilului şi în cursul pe care îl ia procesul său de dezvoltare.
- În România, crearea şi implementarea modelului lanţului terapeutic sau a sistemului de asistenţă integrată pentru consumatorii de droguri a avut la bază Modelul „*Tratamentului comunitar asertiv"*.
- **Consilierea şi orientarea vocaţională** urmăresc ca prin procedurile practice utilizate să contribuie la descoperirea de sine şi să faciliteze opţiunea către un tip de educaţie adecvat propriilor abilităţi şi interese.
- Furnizarea reabilitării vocaţionale urmăreşte să îmbunătăţească gradul de ocupare în muncă a persoanelor consumatoare de droguri, ca parte cheie a reintegrării sociale. Scopul pe termen lung al acestor măsuri este de a îmbunătăţi şansele persoanelor la locuri de muncă semnificative şi securizante; scopul pe termen scurt este de a îmbunătăţi educaţia şi abilităţile şi să ajute aceste persoane să se adapteze solicitărilor asociate cu lumea de pe piaţa muncii, cum ar fi punctualitatea, ţinuta şi regulile la locul de muncă.
- *Locul de muncă – model de rezulat pozitiv* presupune că beneficiile statutului de angajat vor fi evidente prin ele însele pentru beneficiari, care vor crede că a avea o slujbă este o responsabilitate socială şi un beneficiu personal.
- *Modelul infuziei de muncă* conceptualizează slujba ca fiind un factor terapeutic pentru beneficiarul unui program de tratament pentru dependenţa de droguri.
- *Modelului contingentului de sancţiuni* presupune că un comportament al beneficiarului poate fi modelat prin a transforma contingentul de răsplată şi sancţiuni în comportamente concrete.
- *Modelul slujbei ca şi reîntărire* presupune că, de asemenea, comportamentul referitor la muncă al beneficiarilor poate fi modelat prin întărire pozitivă.

Capitolul IV prezintă impactul social al consumului de droguri. În timp ce progresul în domeniul dezvoltării sociale şi economice a fost lent dar pozitiv, la polul opus au apărut probleme legate de consumul şi abuzul de droguri şi tulburările de dependenţă. Numărul şi complexitatea lor au crescut de mai multe ori şi informaţiile despre distribuţia şi impactul lor nu sunt suficient de complete.

<u>*Sumar*</u>

- În timp ce grupul familial poate fi, în anumite circumstanţe, originea problemelor legate de droguri, poate fi, de asemenea, o resursă importantă pentru tratament.
- Problemele de sănătate deteriorează viaţa de familie şi productivitatea la locul de muncă, diminuează calitatea vieţii şi pot ameninţa supravieţuirea.
- Consumul de alcool şi tutun generează aproape 5 milioane de decese anual la nivel global, dar este aşteptată o creştere a acestora.
- Proporţia tuturor consumatorilor de droguri care au probleme majore de sănătate şi sociale nu este cunoscută. Oricare ar fi aceasta, consumul ilicit de droguri generează mai frecvent probleme sau boli asociate decât decese.
- În conformitate cu un raport al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, „relaţia dintre abuzul de substanţe şi hepatită, tuberculoză, boli cardio-vasculare, ciroză şi afecţiuni neuro-psihiatrice, dezinhibare şi bolile cu transmitere sexuală, sarcină nedorită şi complicaţii ale sarcinii, chiar pierderea acesteia, violenţă şi sinucidere este mai puţin recunoscută, dar mai semnificativă din punct de vedere statistic, medical şi al semnificaţiei în termenii impactului social".
- **În anul 2008,** datele vin din cazuistica INML "Mina Minovici" Bucureşti: 33 cazuri declarate ca decese ca urmare a consumului de droguri.
- Educaţia este principala modalitate de prevenire a consumului de droguri. Mediul familial, locul de muncă, instituţiile religioase sunt trei dintre instituţiile de educare a tinerilor şi adulţilor deopotrivă.
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008,* **la nivel mondial, în anul 2007** s-a înregistrat o creştere cu 33% a capturilor de opiu, faţă de anul 2006, o scădere cu aproximativ 5% a capturilor de cocaină şi o creştere a capturilor de stimulenţi de tip amfetaminic şi a celor de canabis, îndeosebi rezină (cu 29%).
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008***, la nivelul ţării noastre**, în ceea ce priveşte confiscările de droguri, **în anul 2008 faţă de anul 2007**, s-a înregistrat o scădere cu 72,46% a cantităţii totale (în kilograme), cu observaţia că, la nivelul capturilor de droguri de mare risc – ponderea deţinând-o heroina – s-a înregistrat o creştere de 196,65%, iar la nivelul capturilor de comprimate o creştere cu 41,18% a numărului de comprimate ridicate în vederea confiscării.
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008,* **în România anului 2008**, formaţiunile specializate din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei Române au constatat ***3.872 infracţiuni*** dintre care ***3.727***

infracţiuni comise la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare, **12 infracţiuni** incriminate de prevederile O.U.G. nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor folosiţi la fabricarea ilicită a drogurilor aprobată prin Legea nr. 186/2007, **100 infracţiuni** săvârşite la Legea nr. 39/2003 privind prevenirea şi combaterea criminalităţii organizate şi **33 infracţiuni** prevăzute în Codul Penal (infracţiuni asociate traficului şi consumului ilicit de droguri).

- Creşterea ratelor de şomaj este proiectată pentru a apărea în aceeaşi grupă de vârstă ca şi persoanele care folosesc droguri sau au probleme legate de droguri.
- O problemă recurentă cu privire la utilizarea substanţelor la locul de muncă este dacă abuzul de substanţe ar trebui să fie o preocupare a angajatorilor.
- Din datele furnizate de *Centrul Naţional pentru Organizarea şi Asigurarea Sistemului Informaţional şi Informatic din Domeniul Sănătăţii pentru anul 2007***,** distribuţia cazurilor în funcţie de ocupaţia din momentul admiterii la tratament pentru alcool şi droguri indică o pondere crescută a consumatorilor de droguri fără ocupaţie (o proporţie de 47%), urmată de salariaţi – 17%, elevi sau studenţi - 8%, pensionari - 5%, şomeri - 2% şi nespecificat – 21%.
- **În anul 2008**, conform datelor furnizate de *Centrul Naţional pentru Organizarea şi Asigurarea Sistemului Informaţional şi Informatic din Domeniul Sănătăţii* din cadrul Ministerului Sănătăţii, la nivel naţional au fost raportate **3.165 cazuri de admitere la tratament** ca urmare a consumului de droguri.Analizând cazurile în funcţie de **statutul ocupaţional**, 47% dintre consumatorii care au solicitat tratament pentru consumul de droguri sunt fără ocupaţie, 14% au contract de muncă pe perioadă nedeterminată, 3% au contract de muncă pe perioadă determinată, 3% sunt elevi sau studenţi, 3% lucrează fără contract de muncă.
- Implicarea în accidente a consumului şi abuzului de alcool şi droguri la locul de muncă, precum şi impactul asupra ocupării forţei de muncă a unor astfel de indicatori ca absenteismul, cifra de afaceri, solicitările medicale, creanţele, riscul de securitate şi productivitate pierdute, confirmă că există costuri directe implicate de utilizarea de droguri sau de alcool la locul de muncă.

Capitolul V prezintă excluziunea socială a persoanelor consumatoare de droguri. Modelele de bune practici ca răspuns la nevoile consumatorilor de droguri ar trebui să includă diverse servicii flexibile; bună colaborare interinstituţională; calificare sporită a personalului; o mai mare utilizare a planurilor de asistenţă; politici contractuale şi de confidenţialitate; o mai mare implicare a beneficiarilor serviciilor.

<u>*Sumar*</u>

- Consumul de droguri şi destrămarea familiei sunt factori cheie care expun indivizii şi familiile la experienţa iniţială a unui trai fără adăpost; expunerea la viaţa fără adăpost este asociată cu o escaladare a consumului şi progresia tiparelor de consum problematic de droguri.
- Excluziunea socială şi riscul recăderii în consumul de droguri după eliberare sunt preocupări importante în rândul persoanelor consumatoare de droguri aflate în detenţie.
- Consumatorii de droguri fără adăpost au o sănătate fizică şi psihică mai precară decât persoanele neconsumatoare şi prezintă un risc crescut de a face supradoză.

- Oferirea de adăpost pentru consumatorii de droguri este o măsură inclusă în Strategia Naţională Antidrog pentru perioada 2005-2012.
- Atât cercetările internaţionale cât şi cele naţionale subliniază nevoia urgentă pentru o abordare interinstituţională pentru a face faţă nevoilor de adăpost pentru consumatorii de droguri, în special pentru cei care nu au o locuinţă.
- Modelele de bune practici ca răspuns la nevoile consumatorilor de droguri fără adăpost ar trebui să includă diverse servicii flexibile; bună colaborare interinstituţională; calificare sporită a personalului; o mai mare utilizare a planurilor de asistenţă; politici contractuale şi de confidenţialitate; o mai mare implicare a beneficiarilor serviciilor.
- Perioada de trai fără adăpost trebuie abordată din perspectivă comunitară, bazată pe o planificare strategică, care să includă oferirea de servicii de acomodare la scară joasă, permanent, la o scară largă, în aşezăminte de urgenţă.
- Prin existenţa drogurilor în penitenciare, prin subdimensionarea programelor şi a personalului specializat în problematica drogurilor şi a căilor de răspândire a bolilor infecţioase transmisibile, mediul penitenciar reprezintă un loc în care consumul de droguri şi problematica asociată acestuia pot atinge niveluri alarmante.
- Eşecul din partea autorităţilor penitenciarelor de a pregăti persoanele aflate în detenţie pentru eliberare, în termenii contactării unor servicii de sprijin pentru locuit şi tratament pentru consumul de droguri, sunt aspecte cu un risc foarte ridicat.
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008, în România anului 2008,* instanţele de judecată au dispus condamnarea unui număr de *454 persoane (395 bărbaţi şi 59 femei)* pentru comiterea de infracţiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 dintre care *432 majori şi 22 minori.* Tendinţa descendentă conturată în anul 2007 se menţine şi în cursul anului 2008, acest indicator înregistrând *o scădere cu 12,86%* faţă de anul precedent.
- *Anul 2008* se diferenţiază de anii precedenţi prin înregistrarea unui număr de *222 persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar* pentru comiterea de infracţiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 *(219 majori şi 3 minori), cu 31,90% mai puţin* decât anul trecut când a fost dispusă condamnarea la pedeapsa închisorii cu executare în penitenciar a 326 persoane (322 majori şi 4 minori). Urmărind evoluţia acestui indicator, se observă menţinerea trendului descendent profilat la nivelul anului 2006. Referitor la pedeapsa aplicată, se constată o predominare *(51,35%)* a pedepselor privative de libertate cu o durată ce variază între 1 – 5 ani. În cazul a *40,54% persoane* se poate vorbi de o durată a pedepsei cu executare în penitenciar ce variază între 5 – 10 ani, potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008,*
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008, în anul 2008,* în cazul persoanelor condamnate pentru săvârşirea de infracţiuni la regimului drogurilor, aflate în supravegherea serviciilor de probaţiune, se constată o creştere cu 90,18% faţă de anul precedent, de la 163 la 310 persoane. Pentru 201 persoane din totalul de 310 înregistrat la nivelul anului 2008, s-au aplicat măsurile de supraveghere, cu 63,41% mai mult faţă de anul precedent. În cazul persoanelor condamnate având obligativitatea urmării măsurilor de tratament sau îngrijire în scopul dezintoxicării, se constată menţinerea aceleaşi tendinţe ascendente printr-o creştere cu 63,41% comparativ cu

anul 2007, de la 40 persoane la 101 persoane. De remarcat faptul că în cursul anului 2008 au fost aplicate măsuri de supraveghere şi în cazul a 8 condamnaţi minori.

- Pentru indicatorul „Consumul de droguri în penitenciare" (Studiu naţional 2006), datele statistice relevă faptul că la data de 30.11.2007 se aflau în penitenciare 2061 persoane cu antecedente de consum de droguri (prevalenţa - 69,41%).
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008, în 2008* au fost asistaţi în penitenciar *214 beneficiari,* de către specialiştii Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog.
- Potrivit *Raportului de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008, în anul 2008*, creşterea accesului deţinuţilor la servicii de consiliere şi testare voluntară HIV a avut ca grup ţintă 9.000 de persoane aflate în detenţie (38 penitenciare la nivel naţional).
- *Studiul* privind *Prevalenţa consumului de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial" (anul 2008, 200 respondenţi)*: 85% din respondenţi declară că folosesc în mod uzual heroină, 9% aurolac, 2% amestec de heroină cu cocaină (speed ball), 1% cocaină. Totodată, 89% din respondenţi au declarat că s-au injectat cel puţin o dată în viaţă pentru a-şi administra droguri.
- Consumul şi abuzul de droguri se produc frecvent în aceleaşi grupuri de vârstă ca şi cele care nu au o muncă productivă, ducând la creşterea vulnerabilităţii din acest segment de populaţie la problemele sociale.
- Recomandări privind dezvoltarea socială a comunităţilor care se confruntă cu problemele consumului şi abuzului de droguri:

  Recunoaşterea gravităţii şi creşterea priorităţii consumului şi abuzului de droguri ca problemă socială: dezvoltarea unei serii de indicatori pe droguri;

  Elaborarea unei baze de informaţii pentru planificarea naţională şi internaţională cu privire la costurile consumului şi abuzului de droguri: estimări ale costurilor consumului şi abuzului de droguri şi impactul său;

  Extinderea alternativelor de dezvoltare, ca mijloc de prevenire a consumului şi abuzului de droguri şi de control: clarificarea asupra ceea ce funcţionează ca alternativa de dezvoltare şi extinderea acesteia;

  Creşterea cunoştinţelor pe problemele de consum şi abuz de droguri şi eficientizarea intervenţiilor: Folosirea uneltelor tehnologice de comunicaţii pentru a realiza un transfer şi o utilizare de informaţii mai bune;

  Creşterea colaborării internaţionale privind consumul şi abuzul de droguri

Capitolul VI prezintă reintegrarea socială a persoanelor consumatoare de droguri, definită ca fiind orice tentativă de a integra persoanele consumatoare de droguri în comunitate. Naţiunile Unite şi Consiliul Uniunii Europene văd reintegrarea socială ca parte a abordării de reducere a cererii de droguri. Măsurile adecvate includ sprijin pentru un spaţiu de locuit, educaţie, pregătire vocaţională, loc de muncă, dar nu includ componente medicale sau psiho-sociale. Este o nevoie clară de a extinde aria de răspuns a problemelor asociate consumului de droguri prin includerea serviciilor de reintegrare socială.

Sumar

- Reintegrarea socială este definită ca fiind orice tentativă de a integra persoanele consumatoare de droguri în comunitate.
- Naţiunile Unite şi Consiliul Uniunii Europene văd reintegrarea socială ca parte a abordării de reducere a cererii de droguri.
- O parte dintre tratatele internaţionale de control al drogurilor (Convenţia Unică ONU privind stupefiantele -1961, Substanţelor Psihotrope a Naţiunilor Unite 1971, Convenţia ONU privind Traficul Ilicit de Droguri şi Substanţe Psihotrope din 1988, Strategia Uniunii Europene pe droguri 2005-2012), la care România este semnatară, precum şi Strategia Naţională Antidrog 2005-2012 şi planul de implementare aferent au subliniat necesitatea de a pune accent pe reintegrarea socială ca o zonă importantă de intervenţie pentru problemele cu care se confruntă consumatorii de droguri.
- Este o nevoie clară de a extinde aria de răspuns a problemelor asociate consumului de droguri prin includerea serviciilor de reintegrare socială.
- Strategia Naţională Antidrog (SNA) 2005-2012 şi Planul de Acţiune pentru Implementare a SNA - prevede asigurarea accesului universal al populaţiei consumatoare de droguri la sistemul de asistenţă medicală, psihologică şi socială, prin dezvoltarea programelor şi politicilor adecvate şi necesare adresate populaţiei generale, a celei consumatoare de droguri aflate în sistemul de asistenţă, în scopul reintegrării şi reinserţiei sociale a consumatorilor de droguri.
- A fost creat cadrul juridic specific în ceea ce priveşte asistenţa consumatorilor de droguri care comit infracţiunea denumită generic *deţinere de droguri în vederea consumului*, prin includerea acestora în Programul integrat de asistenţă şi a fost facilitată intervenţia Serviciului de probaţiune în procesul de reintegrare socială a consumatorilor de droguri judecaţi pentru o altă infracţiune (conexă consumului), prevăzută de Codul Penal.
- În decembrie 2005 a fost elaborat *Ordinul comun al ministrului sănătăţii, ministrului justiţiei şi ministrului administraţiei* şi *internelor privind modalitatea de implementare a programelor integrate de asistenţa medicala, psihologică şi socială pentru persoanele aflate în stare privativa de libertate*.

Capitolul VII prezintă evidenţe asupra intervenţiilor de reabilitare vocaţională. Trecând în revistă literatura internaţională de specialitate, sunt prezentate câteva abordări promiţătoare în lucrul cu persoanele consumatoare de droguri, precum şi intervenţii de la nivel naţional.

Sumar

- Intervenţiile care operează în serviciile de *reabilitare vocaţională* specialitate pot fi grupate în două mari categorii: intervenţii de dezvoltare personală şi intervenţii specifice pentru muncă.
- Intervenţiile de suport personalizat pentru ocuparea unui loc de muncă au fost concepute special pentru lucrul cu persoane care au stabilizat consumul lor de droguri prin menţinere cu metadonă
- Serviciile de informare şi consiliere profesională au un rol important în activitatea desfăşurată de serviciile publice de ocupare, de calitatea acestora depinzând în mare măsură rezultatele aplicării celorlalte tipuri de servicii de stimulare a ocupării, în special formarea profesională.

- Analizând activitatea de informare şi consiliere, la nivel naţional, în perioada anilor 2006-2008 se observă o evoluţie ascendentă în ceea ce priveşte numărul beneficiarilor acestor servicii.
- ***Pe parcursul anului 2008*** au beneficiat ***de servicii de informare şi consiliere profesională***, oferite prin intermediul agenţiilor teritoriale ale ANOFM şi a furnizorilor externi ***610.597 persoane aflate în căutarea unui loc de muncă,*** dintre care: 479.807 persoane nou înregistrate, în procent de 54,26% au fost bărbaţi, restul de 45,74% fiind femei.
- ***În anul 2008***, prin ***serviciile de mediere*** ale ANOFM au fost încadrate în muncă ***320.544 persoane***, din care 244.995 persoane cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată iar 75.549 pe perioadă determinată. Activitatea de mediere a muncii a fost susţinută în mod evident şi de organizarea burselor locurilor de muncă.
- ***În anul 2008***, pentru asigurarea acompaniamentului social personalizat prevăzut de Legea nr. 116/2002 privind prevenirea şi combaterea marginalizării sociale, prin intermediul ANOFM au fost încheiate *1.436* contracte de solidaritate (2.212 contracte de solidaritate - 2007) şi au fost identificaţi 670 angajatori de inserţie (1.076 angajatori de inserţie - 2007). Pe parcursul anului 2008 au fost mediate şi consiliate profesional 1.624 persoane din rândul categoriilor de tineri supuşi riscului marginalizării (2.476 persoane - 2007).
- ***În anul 2008*** au fost încadrate în muncă 1.229 persoane, ***în anul 2007*** au fost încadrate în muncă 1.976 persoane (din care 144 pe perioadă nedeterminată). *Sursa- ANOFM*
- ***În anul 2008***, serviciile de asistenţă şi consultanţă pentru începerea unei activităţi independente au fost accesate, la solicitare, de 11.684 persoane. *Sursa- ANOFM*

- Accesul la educaţie, definit ca posibilitatea de utilizare a dreptului la învăţătură, reprezintă în contextul actual al societăţii româneşti, alături de accesul la serviciile de sănătate şi condiţiile adecvate de hrană şi locuire, un instrument capabil să faciliteze sau să restricţioneze integrarea socială, să mărească sau să reducă şansele de reuşită ale generaţiei tinere.
- În ***Raportul Comisiei Europene privind incluziunea socială din ţările membre ale Uniunii Europene*** se subliniază faptul că în ţările membre există un consens asupra faptului că intervenţiile efective adresate diferitelor aspecte legate de educaţia grupurilor defavorizate ce implică mult mai mult decât soluţii/răspunsuri strict educaţionale. Se menţionează că aceste probleme necesită o acţiune integrată şi coordonată a unui număr mai mare de actori care trebuie să se implice în rezolvarea acestor probleme, deoarece cauzele accesului limitat la educaţie şi în final a abandonului şcolar sunt atât de natură educaţională, cât şi socială şi economică.
- Centrul de Zi Socio-Vocaţional furnizează servicii de asistenţă specializată, prin facilitarea procesului de inserţie/reinserţie, prin oferirea unui răspuns integral bazat pe modelele educative, întărirea şi potenţarea capacităţilor intelectuale, cognitive, sociale, vocaţionale de bază şi superioare, adaptate la necesităţile beneficiarilor.

Capitolul VIII prezintă reintegrarea profesională a persoanelor consumatoare de droguri şi include o analiză a datelor asupra status-urilor cazurilor tratate pentru consum de droguri în România în perioada 2006-2008.

Sumar

- Angajarea pe piaţa forţei de muncă este o normă la care aspiră cea mai mare parte a consumatorilor de droguri, fiind percepută ca un element important al recuperării.
- A fi angajat este asociat cu un consum mai puţin frecvent al drogului principal şi rezultate îmbunătăţite ale tratamentului.
- Menţinerea pe metadonă nu este o barieră în găsirea unui loc de muncă.
- Tranziţia de la perioada de tratament la cea de muncă poate dura până la trei ani.
- În anul 2007, 17% dintre cazurile care au solicitat tratament ca urmare a consumului de alcool şi droguri în România aveau un loc de muncă, faţă de media naţională de 95,7%; 47% dintre cazurile care au solicitat tratament ca urmare a consumului de alcool şi droguri în România nu aveau un loc de muncă, faţă de media naţională a ratei şomajului de 4,3%. *Sursa- Agenţia Naţională Antidrog; Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă.*
- Cercetările au demonstrat că barierele individuale şi sistemice îi pot împiedica pe consumatorii de droguri să-şi îmbunătăţească abilităţile educaţionale şi vocaţionale şi să obţină un loc de muncă; Consumatorii de droguri experimentează bariere individuale şi sistemice în obţinerea unui loc de muncă. Acestea includ:probleme fizice şi de sănătate mintală; probleme de dezvoltare personală; istoric deficitar al locurilor de muncă; dosar penal, legătura între tratament şi locul de muncă; reducerea beneficiilor ajutoarelor sociale; atitudinea angajatorilor; schimbarea cerinţelor pe piaţa muncii.
- În cadrul indicatorului *Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri* se oferă informaţii despre rata de şomaj în rândul persoanelor consumatoare de droguri. Această analiză sugerează faptul că frecvenţa mai scăzută a consumului de droguri este în rândul persoanelor care au un loc de muncă.
- Comparativ cu anii anteriori, ***în anul 2008*** a crescut proporţia persoanelor angajate cu contract de muncă sau care au propria afacere (de la 11,3% la 18,8%) şi a celor inactive economic (de la 7% la 16,6%) şi a scăzut procentul celor care frecventează o formă de învăţământ şi a celor fără un loc de muncă (de la 61% la 58,3%) *Sursa- Agenţia Naţională Antidrog*.
- Pentru a veni în întâmpinarea obiectivelor exprimate în documentele europene, pe care România ca stat membru şi le-a asumat, se încearcă creşterea de la an la an a numărului de persoane care urmează un program de formare profesională, fie persoane aflate în căutarea unui loc de muncă, fie alte categorii de beneficiari de servicii gratuite de formare profesională.
- În anul 2008, au fost cuprinse la programe de formare profesională **43.915 persoane** (79,63% din totalul persoanelor prevăzut a fi cursate prin Planul Naţional de Formare Profesională), din care **39.448 şomeri** (89,53% din numărul programat pentru anul 2008) şi **4.467 persoane** beneficiare de servicii de formare profesională gratuite, alţii decât şomerii (40% din numărul programat). Numărul de şomeri înregistraţi în baza de date a agenţiei a scăzut în anul 2008, media numărului de şomeri înregistraţi în baza de date a ANOFM fiind mai mică cu 6,27% faţă de anul 2007. *Sursa- Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă* .
- Ca şi factori conjuncturali care îngreunează formarea profesională, pot fi menţionaţi:
  - interesul scăzut al agenţilor economici de a-şi forma proprii angajaţi, considerând formarea profesională ca pe un cost şi nu ca pe o investiţie;

- solicitări reduse din partea agenţilor economici de a-şi forma profesional angajaţii, motivând în mare parte birocraţia excesivă în accesarea facilităţilor oferite de legislaţia în vigoare (art.48^1 din legea 76/2002).

▪ La sfârşitul anului 2008, şomajul de lungă durată**,** calculat ca pondere a şomerilor de lungă durată în numărul şomerilor din categoria respectivă de vârstă, era de 24,49% pentru tineri şi de 21,85% pentru adulţi. *Sursa- Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă.*

▪ Una dintre puţinele estimări a ratei lipsei unui loc de muncă în rândul consumatorilor de droguri aflaţi în tratament în Europa este furnizată de către EMCDDA (2003). Ei estimează o rată a şomajului de aproximativ 47% în rândul consumatorilor de droguri aflaţi în tratament în Uniunea Europeană şi Norvegia. Rata României se încadrează în această medie.

Capitolul IX prezintă costurile publice în domeniul reducerii cererii de droguri. Este vorba despre stabilirea costurilor publice directe în domeniul reducerii cererii de droguri la nivel naţional şi regional, în prevenirea consumului de droguri, tratamentul dependenţelor (în mediu rezidenţial şi ambulator, substituţie şi abstinenţă), reabilitare şi reintegrare, reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, educaţie şi cercetare şi coordonarea cu reducerea cererii de droguri.

<u>*Sumar*</u>

▪ Costurile sociale ale consumului de droguri reprezintă totalul pentru toate costurile pentru societate, directe şi indirecte, cauzate de consumul de droguri. Rezultatul, exprimat în termeni monetari, este o estimare a sarcinii totale pe care consumul de droguri o pune pe umerii societăţii.

▪ Ca răspuns la Planul de acţiune UE pe droguri pentru 2005-2008, EMCDDA face demersuri în prezent pentru dezvoltarea unei metodologii care va permite statelor membre, ţărilor candidate şi Norvegiei, să colecteze standardizat date privind cheltuielile legate de droguri. Aceasta va ajuta EMCDDA pentru a estima atât cheltuielile publice totale alocate şi cum sunt împărţite acestea între diferite activităţi

▪ În bugetele instituţiilor care desfăşoară activităţi antidrog nu sunt prevăzute şi nu se pot identifica separat cheltuielile specifice pentru aceste activităţi. Singurele cheltuieli "vizibile" în bugetele sau bilanţurile anuale ale autorităţilor publice sunt cele alocate programelor cu specific antidrog iniţiate sau implementate de acestea pe cont propriu sau în parteneriat cu organisme ale societăţii civile. Datele colectate, vizează aşadar nivelul de cheltuieli publice ne-standardizate.

▪ *Bugetul alocat Agenţiei Naţionale Antidrog pentru anul 2008* a urmat o tendinţă ascendentă, comparativ cu anii anteriori, o pondere semnificativă având programele cu finanţare naţională şi internaţională (în special proiectele cu finanţare PHARE şi asistenţă tehnicăşi financiară oferită de UNODC); (- aprox. 23.000.000 Ron)

▪ *Programele Naţionale de Sănătate - Programul naţional de sănătate mintală*; subprogramul prevede următorii indicatori de eficienţă (trimestrial): cost mediu/ test de depistare a drogurilor în urină – 20 lei; cost mediu/pacient tratat în post cură – 320 lei; cost mediu/pacient tratat substitutiv – 120 lei.

Capitolul X prezintă partea de cercetare, ce are drept scop facilitarea procesului de inserţie/reinserţie socială a consumatorilor de droguri, prin oferirea unui răspuns integral bazat colectarea de date prin care poate fi elaborat un rezumat al politicilor europene/naţionale relevante pentru incluziunea socială a consumatorilor de droguri, precum şi o imagine de ansamblu a disponibilităţii, accesibilităţii şi diversificării intervenţiilor pentru îmbunătăţirea incluziunii sociale şi, în special, de angajare pe piaţa forţei de muncă a persoanelor aflate în tratament.

În urma recomandărilor metodologice ale Centrului European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri (EMCDDA), a fost aplicat un chestionar structurat privind reintegrarea socială a consumatorilor de droguri. Analiza specificului intervenţiilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional a fost realizată prin analiza dosarelor beneficiarilor care au accesat serviciile centrului. Evaluarea evoluţiei de proces a parcursului beneficiarilor s-a realizat după metoda observaţiei participative a membrilor echipei, care a fost considerată de utilitate pentru cercetarea iniţiată, iar pentru culegerea datelor s-au utilizat tehnici de cercetare calitativă (interviul). Tehnicile utilizate în vederea stabilirii obiectivelor au folosit instrumente care favorizează consensul între specialişti, plecând de la teme de discuţie propuse.

Ipotezele cercetării

- Dacă România este semnatară la tratatele internaţionale de control al drogurilor (Convenţia Unică ONU privind stupefiantele -1961, Substanţelor Psihotrope a Naţiunilor Unite 1971, Convenţia ONU privind Traficul Ilicit de Droguri şi Substanţe Psihotrope din 1988, Strategia Uniunii Europene pe droguri 2005-2012), atunci Strategia Naţională Antidrog 2005-2012 precum şi planul de implementare aferent subliniează necesitatea de a pune accent pe reintegrarea socială ca o zonă importantă de intervenţie pentru problemele cu care se confruntă consumatorii de droguri;
- Întrucât este o nevoie clară de a extinde aria de răspuns a problemelor asociate consumului de droguri prin includerea serviciilor de reintegrare socială, atunci măsurile adecvate de reintegrare socială a consumatorilor de droguri includ sprijin pentru un spaţiu de locuit, educaţie, pregătire vocaţională, loc de muncă;
- Dacă finalizarea programului vocaţional este strâns asociată cu obţinerea unui loc de muncă şi îmbunătăţirea funcţionării personale şi sociale a beneficiarilor, atunci participanţii vor avea progrese educaţionale şi vocaţionale, prin îmbunătăţirea scrierii şi cititului, obţinerea de certificate de formare acreditate şi făcând progrese la locul de muncă, adeseori fiind remuneraţi ;
- Dacă angajarea pe piaţa forţei de muncă este o normă la care aspiră cea mai mare parte a consumatorilor de droguri, fiind percepută ca un element important al recuperării, atunci statutul de angajat este asociat cu un consum mai puţin frecvent al drogului principal şi rezultate îmbunătăţite ale tratamentului;
- Cu cât barierele individuale şi sistemice sunt mai mari, cu atât acestea pot împiedica pe consumatorii de droguri să-şi îmbunătăţească abilităţile educaţionale şi vocaţionale şi să obţină un loc de muncă.

UNIVERSUL CERCETĂRII

Populaţia ţintă

- utilizatori ai serviciilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional - beneficiari care solicită servicii, cel mai frecvent consumatori de heroină, canabis şi consumatori problematici de alcool;
- specialişti ai Centrelor de asistenţă specializată medicală, psihologică şi socială, adresată consumatorilor de droguri;
- potenţiali utilizatori ai serviciilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional - consumatorii de heroină şi alte droguri ilicite şi persoanele dependente de alcool care, din diferite motive, nu au ajuns să acceseze serviciile Centrului;

Eşantion

- **22 beneficiari** ai serviciilor oferite de *Centrul de Zi Socio-Vocaţional;*
- **3 specialişti** ai *Centrului de Zi Socio-Vocaţional* care au participat la un interviu privind calitatea serviciilor oferite şi impactul acestora asupra beneficiarilor;
- **4 focusuri-grupuri**, la care au participat 23 specialişti ai *Centrului de Zi Socio-Vocaţional, ai Centrului de Asistenţă Integrata în Adicţii Pantelimon, Centrului de Asistenţă Integrata în Adicţii Obregia, Centrului de Asistenţă Integrata în Adicţii Pericle, şi Centrului de Zi Pericle;*
- **47 CPECA**, prin **174 specialişti**, care au participat la oferirea de informaţii privind aplicabilitatea politicilor naţionale pe droguri la nivel local şi furnizarea indicatorilor.

METODE şi TEHNICI DE CERCETARE

Chestionar structurat

- În urma recomandărilor metodologice ale Centrului European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri (EMCDDA), a fost aplicat un chestionar structurat privind reintegrarea socială a consumatorilor de droguri.
- **Partea A -** informaţii privind **politicile** de îmbunătăţire a reintegrării sociale şi reducerea excluziunii sociale a consumatorilor de droguri
- Secţiunea A colectează informaţii cu privire la politicile naţionale în ceea ce priveşte incluziunea socială şi protecţie împotriva excluziunii sociale a consumatorilor de droguri. Întrebările din această secţiune se adresează tuturor consumatorilor de droguri.

- **Partea B -** Informaţii privind **intervenţiile** pentru îmbunătăţirea capacităţii de angajare pe piaţa forţei de muncă a persoanelor aflate în tratament ambulatoriu şi rezidenţial.
- Secţiunea B colectează informaţii cu privire la intervenţiile, într-o serie de domenii relevante, pentru a îmbunătăţi capacitatea de angajare pe piaţa forţei de muncă a persoanelor aflate în tratament medicamentos.
- **Partea C -** Informaţii privind intervenţiile şi politicile de reintegrare socială şi pentru consumatorii de droguri în alte contexte
- Secţiunea C cuprinde câteva întrebări referitoare la intervenţiile şi politicile de reintegrare socială şi pentru utilizatorii de droguri în alte contexte decât în ambulatoriu şi tratamentul rezidential.

Analiza dosarului: specificului intervenţiilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional
Analiza specificului intervenţiilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional a fost realizată prin analiza dosarelor beneficiarilor care au accesat serviciile centrului.

Interviu: specificului intervenţiilor Centrului de Zi Socio-Vocaţional
Evaluarea evoluţiei de proces a parcursului beneficiarilor s-a realizat după metoda observaţiei participative a membrilor echipei, care a fost considerată de utilitate pentru cercetarea iniţiată, iar pentru culegerea datelor s-au utilizat tehnici de cercetare calitativă (interviul).

Focus-grup: utilitatea şi calitatea serviciilorPrimary health car
Tehnicile utilizate în vederea stabilirii obiectivelor au folosit instrumente care favorizează consensul între specialişti, plecând de la teme de discuţie propuse.

RAPORT DE CERCETARE

Principalele tendinţe pentru indicatorii cheie şi majori

- Menţinerea concentrării cazurilor de consum de heroină în Bucureşti, heroina fiind în continuare consumată mai ales pe cale injectabilă. Posibilele explicaţii pentru această situaţie sunt: concentrarea centrelor de asistenţă specializate în capitală, oferta terapeutică încă insuficientă şi, posibil, disponibilitatea heroinei pe piaţă (situarea României pe ruta balcanică);

- Deşi se observă o creştere a solicitărilor de tratament pentru droguri ilicite (în anul 2008 aproximativ la nivelul anului 2002), raportul cazuri noi/recidive rămâne subunitar, situaţie care susţine alte evaluări ale consumului de droguri realizate de ANA. Drogul principal pentru care s-a solicitat servicii de asistenţă a rămas heroina, atât pentru centrele din reţeaua Ministerului Sănătăţii (66%), cât şi pentru CPECA (73,6%). Pe locul doi s-au situat medicamentele hipnotice şi sedative (centrele Ministerului Sănătăţii) şi cannabisul în cazul CPECA. În continuare, procentul pacienţilor pentru care cocaina este drogul principal de consum este foarte mic (aproximativ 1%);

- De asemenea, analizând evoluţia admiterilor la tratament, pentru aceeaşi perioadă, în funcţie de sexul consumatorului şi tipul admiterii se constată că, comparativ cu 2001, se înregistrează o scădere a raportului bărbaţi/femei atât pentru numărul total de persoane aflate în tratament, cât şi pentru persoanele care solicită pentru prima dată tratament, situaţie care sugerează o posibilă creştere a accesibilităţii serviciilor de către persoanele de sex feminin consumatoare de droguri ilicite. Consumatorii de sex masculin consumă preponderent heroină, iar consumul de hipnotice, sedative şi alte substanţe este mai mare pentru femei;

- Cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani, proporţia acestora fiind în creştere, de la 25%- 2004 la 34% - 2008. Următoarea grupă de risc este cea de 20-24 de ani, vârstă la care au debutat aproximativ unul din patru consumatori de droguri. Proporţia persoanelor care au început să consume substanţe psihoactive între 25-34 de ani se menţine relativ stabilă (între 12-15%). Faţă de anul 2004, se constată o reducere la

mai puţin de jumătate atât a procentului de persoane care au debutat în consumul de droguri la mai puţin de 15 ani (de la 12% la 5%), cât şi al celor care au început să consume la peste 35 de ani (de la 20% la 9%);

- Majoritatea persoanelor care au solicitat tratament sunt şomeri/fără ocupaţie, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă, locuiesc cu familia de proveninţă sau propria familie şi au solicitat asistenţă din proprie iniţiativă sau la iniţiativa familiei/prietenilor;

- Evaluarea consumului problematic de droguri din Bucureşti prin metoda multiplicatorilor a arătat, în 2007, o uşoară scădere a consumului de heroină pe cale injectabilă în această zonă (în comparaţie cu evaluările prin metoda captură-recaptură din 2003 şi 2004), iar în 2008 nu s-au observat schimbări majore comparativ cu anul 2007;

- Prevalenţa bolilor infecţioase în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI) nu a înregistrat modificări semnificative, în anul 2008, putându-se vorbi despre o tendinţă de stabilizare a prevalenţei bolilor infecţioase associate consumului de droguri: la valori reduse pentru HIV (1,09%), în creştere uşoară, dar în continuare sub-raportată pentru HVB (11,68%) şi îngrijorătoare pentru HVC (72,59%), cu valori peste media europeană. Ca şi în anii precedenţi, HVC a înregistrat o prevalenţă ridicată iar concluzia ar fi că, în condiţiile în care majoritatea CDI adoptă un comportament la risc (schimb de ace şi seringi, întreţinerea de relaţii sexuale neprotejate), se poate vorbi de o epidemie de HVC în rândul CDI din Bucureşti. Cifrele scăzute pentru prevalenţa HIV pot fi datorate neatingerii unui prag „critic" de persoane seropozitive în interiorul comunităţii CDI, dar pot exista şi alte explicaţii (cum ar fi, structurarea CDI în grupuri de 3-5 persoane care utilizează în comun echipamentul de injectare);

- În privinţa indicatorilor din domeniul ofertei de droguri, faţă de anii precedenţi, în 2008 s-au înregistrat cele mai mari valori în privinţa numărului de infracţiuni (3727) şi de persoane cercetate pentru săvârşirea de infracţiuni la Legea nr. 143/2000 (2936), de persoane prinse în flagrant (2158), persoane trimise în judecată (891) şi de dosare penale pentru care a fost dispusă soluţia de scoatere de sub urmărire penală (1261) şi cele mai mici valori pentru numărul infracţiunilor constatate la OUG nr. 121/2006 (12). De asemenea, este primul an în care numărul de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiţionată a executării este mai mare decât al celor cu suspendare a executării sub supraveghere;

- Majoritatea persoanelor care au solicitat tratament sunt şomeri/fără ocupaţie, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă, locuiesc cu familia de proveninţă sau propria familie şi au solicitat asistenţă din proprie iniţiativă sau la iniţiativa familiei/prietenilor;

- Evidenţele arată că pregătirea vocaţională contribuie la reducerea consumului de droguri şi la mai bune rezultate ale tratamentului;

- Finalizarea programului vocaţional este strâns asociată cu obţinerea unui loc de muncă şi îmbunătăţirea funcţionării personale şi sociale;

- Atunci când o abordare a pregătirii vocaţionale este prea relaxată, în loc de a fi intensivă, rezultatele pot fi descurajatoare pentru beneficiari;

- Intervenţiile de sprijin pentru obţinerea unui loc de muncă şi consilierii ce au ca atribuţii derularea acestor intervenţii arată nivele mulţumitoare ale eficienţei încadrării persoanelor consumatoare de droguri în muncă;

- Evidenţele intervenţiilor de reabilitare vocaţională arată că participanţii au făcut progrese educaţionale şi vocaţionale, prin îmbunătăţirea scrierii şi cititului, obţinerea de certificate de formare acreditate şi făcând progrese la locul de muncă, adeseori fiind remuneraţi;

- Participanţii programelor vocaţionale pretind că aceasta este o experienţă pozitivă şi devin activi în îmbunătăţirea calităţii vieţii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Strategia Europeană privind Drogurile 2005-2012.
2. Planul de Acţiune pentru Implementarea Strategiei Naţionale Antidrog 2005-2008.
3. Strategia Naţională Antidrog (SNA) pentru perioada 2005-2012.
4. Planul Uniunii Europene de Acţiune pe Droguri 2005-2008.
5. ***Agenţia Naţională Antidrog (ANA), „*Raport de evaluare 2008 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2007 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008*".
6. ***Agenţia Naţională Antidrog (ANA), „*Raport de evaluare 2009 privind stadiul realizării activităţilor prevăzute pentru anul 2008 în Planul de acţiune pentru implementarea Strategiei naţionale antidrog, în perioada 2005-2008".*
7. ***Agenţia Naţională Antidrog (ANA), „*Raport de evaluare privind stadiul îndeplinirii obiectivelor prevăzute în Planul de acţiune pentru perioada 2005-2008, în vederea implementării Strategiei naţionale antidrog 2005-2008".*
8. ***Agenţia Naţională Antidrog (ANA), "*Raport Naţional privind situaţia drogurilor 2008*".
9. ***Agenţia Naţională Antidrog (ANA), "*Raport Naţional privind situaţia drogurilor 2009*".
10. ***Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă, *„Situaţia statistică operativă a şomajului înregistrat la 31 AUGUST 2008".*
11. ***Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă, *„Raport de activitate pentru anul 2007".*
12. ***Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă,"*Raport de activitate pentru anul 2008".*
13. ***Centrul Naţional pentru Organizarea şi Asigurarea Sistemului Informaţional şi Informatic în Domeniul Sănătăţii, „*Raport 2007*".
14. ***Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri - EMCDDA, *"Situation of drug policies and laws în Europe".*
15. ***Oficiul Naţiunilor Unite pentru Droguri şi Criminalitate - UNODC, *"World Drug Report 2007".*
16. Bruce, A., (2004) „*Drugs task force project activity for FÁS Community Employment and Job Initiative participants*". Dublin: FÁS, 2004. Cicu, G. "*Factori de risc şi de protecţie în consumul şi abuzul de droguri*" – www.ana.gov.ro.
17. Ferreol, G. "*Adolescenţii şi toxicomania"*, Ed. Polirom, Colectia Collegium, Iaşi, 2000.
18. Ginexi, E.M.; Foss, M.A.; Scott, C.K. „*Transitions from treatment to work: employment patterns",* 2003.
19. Klee, H.; Mc Lean, I.; Yavorsky, C. „*Employing drug users: individual and systemic barriers to rehabilitation*". York: York Publishing Services in association with the Joseph Rowntree Foundation, 2002.
20. Magura, S. "*The role of work în substance dependency treatment: a preliminary overview*". Substance Use and Misuse, 38(11–13), 2003.
21. Mitrofan, I. (coord.), "*Terapia toxicodependenţei – posibilităţi şi limite*", Ed. Sper, 2003.

22. Percy-Smyth, J. „*Policy responses to social exclusion: towards inclusion?„* Open University Press Philadelphia, 2000.
23. Platt, J.J. "*Vocational rehabilitation of drug abusers*". Psychological Bulletin, 117(3), 1995.
24. Stoever, H. "*Assistance to Drug Users în European Union Prisons: An Overview Study"*, raport ştiinţific EMCDDA 2001.
25. Terence, T.; Gorski, M.A.; John, M.; Kellez, M.A.; C.S.W, "*Prevenirea recăderilor la persoanele dependente de droguri - Manualul Consilierului*", ANA, Ed. Detectiv, Bucureşti, 2007.
26. Verster, A.; Solberg, U. "*Social reintegration în the European Union and Norway*", Lisabona, 11 martie 2003 (www.emcdda.europa.eu).