



# MONITORUL OFICIAL

## AL

### ROMÂNIEI

Anul 174 (XVIII) — Nr. 899

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 6 noiembrie 2006

#### SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI		ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
1.500. — Hotărâre privind trecerea unui imobil aflat în administrarea Ministerului Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Dolj din domeniul public al statului în domeniul privat al acestuia .....	2	16. — Decizie a președintelui Agenției Naționale Antidrog pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri .....	4–10
1.501. — Hotărâre privind stabilirea parcului auto, precum și a consumului de carburanți al autoturismelor aflate în dotarea parchetelor din cadrul Ministerului Public, cu excepția Direcției Naționale Anticorupție	2–3	17. — Decizie a președintelui Agenției Naționale Antidrog pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri .....	11–15
1.502. — Hotărâre pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 541/2003 privind stabilirea unor măsuri pentru limitarea emisiilor în aer ale anumitor poluanți proveniți din instalații mari de ardere .....	3	★ Rectificări .....	16

**HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI****GUVERNUL ROMÂNIEI****HOTĂRĂRE****privind trecerea unui imobil aflat în administrarea Ministerului Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Dolj din domeniul public al statului în domeniul privat al acestuia**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 10 alin. (2) din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă trecerea unui imobil aflat în administrarea Ministerului Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Dolj, având datele de identificare prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, din domeniul

public al statului în domeniul privat al acestuia.

Art. 2. — Trecerea din domeniul public al statului în domeniul privat al acestuia a imobilului prevăzut la art. 1 se face în vederea retrocedării, în condițiile legii, către proprietarii de drept.

PRIM-MINISTRU  
**CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU**

Contrasemnează:

Ministrul agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale,  
**Gheorghe Flutur**

Ministrul finanțelor publice,  
**Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu**

București, 25 octombrie 2006.  
Nr. 1.500.

*ANEXĂ*

**DATELE DE IDENTIFICARE****a imobilului care trece din domeniul public al statului și din administrarea Ministerului Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Dolj în domeniul privat al statului**

Adresa imobilului care se transmite	Numărul de identificare atribuit de Ministerul Finanțelor Publice	Persoana juridică la care se află în administrare imobilul	Caracteristicile tehnice ale imobilului
Municipiul Craiova, str. Păltiniș nr. 2, județul Dolj	37.211	Ministerul Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Dolj	Clădire administrativă D+P+M Suprafața construită = 220 m <sup>2</sup> Suprafața terenului = 2.550 m <sup>2</sup>

**GUVERNUL ROMÂNIEI****HOTĂRĂRE****privind stabilirea parcului auto, precum și a consumului de carburanți al autoturismelor aflate în dotarea parchetelor din cadrul Ministerului Public, cu excepția Direcției Naționale Anticorupție**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 31 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 27/2006 privind salarizarea și alte drepturi ale judecătorilor, procurorilor și altor categorii de personal din sistemul justiției, precum și al art. 5 alin. (3) și (5) din Ordonanța Guvernului nr. 80/2001 privind stabilirea unor normative de cheltuieli pentru autoritățile administrației publice și instituțiile publice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 247/2002, cu modificările și completările ulterioare,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Parcul auto din dotarea parchetelor din cadrul Ministerului Public, cu excepția Direcției Naționale Anticorupție, se constituie ținând seama de atribuțiile care revin acestora, potrivit legii, și de caracterul operativ al activităților desfășurate pentru prevenirea și combaterea criminalității.

(2) Numărul maxim de autoturisme pentru activitățile specifice ale parchetelor din cadrul Ministerului Public, cu

excepția Direcției Naționale Anticorupție, este prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — (1) Stabilirea numărului de autoturisme pentru fiecare parchet, a modului și condițiilor de utilizare a acestora se face prin ordin al procurorului general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, ținându-se seama de volumul activității, de întinderea și particularitățile zonei de responsabilitate și de alte condiții specifice.

(2) Procurorul general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție stabilește, prin ordin, limita maximă a consumului lunar de carburanți pentru fiecare autoturism, cu încadrarea în limitele maxime prevăzute în anexă.

Art. 3. — Cheltuielile rezultate din aplicarea prezentei hotărâri se suportă din bugetele anuale aprobate Ministerului Public.

PRIM-MINISTRU  
**CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU**

Contrasemnează:

Ministrul justiției,  
**Monica Luisa Macovei**

Ministrul administrației și internelor,  
**Vasile Blaga**

Ministrul finanțelor publice,  
**Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu**

București, 25 octombrie 2006.  
Nr. 1.501.

ANEXĂ

**MIJLOACELE DE TRANSPORT ȘI CONSUMUL DE CARBURANȚI  
pentru activitățile specifice parchetelor din structura Ministerului Public, cu excepția Direcției Naționale Anticorupție**

Nr. crt.	Unitatea	Numărul maxim de autoturisme aprobat	Consumul maxim de carburanți pentru un autovehicul — litri/lună —
<b>TOTAL (1+2+3+4+5)</b>		<b>605</b>	
1.	Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție	30	500
2.	Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism din care:	75	
	a) aparat central	13	500
	b) servicii teritoriale	20	250
	c) birouri teritoriale	42	200
3.	Parchetele de pe lângă curțile de apel	56	300
4.	Parchetele de pe lângă tribunale	130	250
5.	Parchetele de pe lângă judecătorii	314	200

NOTĂ:

Nu se consideră depășiri la consumul de carburanți normat pe autovehicul consumul care la nivelul anului se încadrează în limita combustibilului normat în raport cu numărul de autovehicule aprobat fiecărei unități de parchet.

GUVERNUL ROMÂNIEI

**H O T Ă R Ă R E**

**pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 541/2003 privind stabilirea unor măsuri pentru limitarea emisiilor în aer ale anumitor poluanți proveniți din instalații mari de ardere**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

**Articol unic.** — Hotărârea Guvernului nr. 541/2003 privind stabilirea unor măsuri pentru limitarea emisiilor în aer ale anumitor poluanți proveniți din instalații mari de ardere, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 365 din 29 mai 2003, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. **Alineatul (2) al articolului 5 va avea următorul cuprins:**

„(2) Instalațiile mari de ardere existente — tip I pot fi exceptate de la prevederile alin. (1) în cazul în care titularul activității unei astfel de instalații se angajează printr-o declarație scrisă, prezentată autorității publice

competente pentru protecția mediului cel mai târziu până la 31 decembrie 2006, să nu exploateze instalația mai mult de 20.000 de ore, în perioada cuprinsă între 1 ianuarie 2008 și 31 decembrie 2015.“

2. **La articolul 6 alineatul (1), litera b) va avea următorul cuprins:**

„b) până la data de 1 ianuarie 2008, pentru instalațiile mari de ardere existente — tip I, altele decât cele cuprinse în anexa nr. 7<sup>1</sup>, și pentru instalațiile mari de ardere noi — tip II.“

PRIM-MINISTRU  
**CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU**

Contrasemnează:

Ministrul mediului și gospodăririi apelor,  
**Sulfina Barbu**

Ministrul economiei și comerțului,  
**Codruț Ioan Șereș**

Ministrul administrației și internelor,  
**Vasile Blaga**

București, 25 octombrie 2006.  
Nr. 1.502.

# ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR  
AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

## DECIZIE pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri

Având în vedere prevederile art. 12 alin. 3 din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005,

în temeiul prevederilor art. 3 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Agenției Naționale Antidrog** emite prezenta decizie.

Art. 1. — Se aprobă Standardele minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri, prevăzute în anexa care face

parte integrantă din prezenta decizie.

Art. 2. — Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Agenției Naționale Antidrog,  
**Pavel Abraham**

București, 2 octombrie 2006.  
Nr. 16.

ANEXĂ

### STANDARDE MINIME OBLIGATORII privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri

Managementul de caz aplicat în domeniul asistenței consumatorului de droguri este o metodă de coordonare a tuturor serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială și constă în activitatea de identificare a necesităților consumatorului, planificarea, coordonarea și monitorizarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri, în funcție de resursele disponibile.

Prezentele standarde minime obligatorii sunt complementare cu normele de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri și se completează cu celelalte dispoziții în domeniul asistenței consumatorului de droguri.

Prezentele standarde sunt grupate pe următoarele arii de interes:

1. descrierea metodei și condiții de utilizare;
2. ședințe de management de caz și tehnici aplicate;
3. aplicarea managementului de caz în funcție de etapele procesului:
  - 3.1. evaluarea;
  - 3.2. stabilirea programului integrat de asistență și elaborarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;
  - 3.3. semnarea acordului și includerea în programul integrat de asistență;
  - 3.4. implementarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri; colaborare;
  - 3.5. monitorizare și evaluare;
  - 3.6. terminare;

4. echipa multidisciplinară din centrul de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (*CPECA*): formare, funcționare, desemnare, situații speciale;

5. managementul informațiilor;

6. advocacy;

7. situații speciale.

#### **Standardul 1 — Descrierea metodei — condiții de utilizare**

*Managementul de caz* este metoda prin care se realizează planificarea, coordonarea și monitorizarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri, în funcție de necesitățile acestora, precum și motivarea consumatorului în vederea menținerii sale în sistemul de asistență. Managerul de caz constituie punctul central de contact al beneficiarilor care primesc asistență de la mai mulți furnizori.

Metoda este utilizată la acordarea serviciilor de asistență medicală, psihologică și socială, asigurând un caracter integrat și continuu procesului de asistență, prin evaluare, planificare, crearea de legături de colaborare, monitorizare, advocacy.

Managementul de caz este aplicat în mod continuu pe întreg parcursul procesului de asistență medicală, psihologică și socială, constituindu-se el însuși într-un serviciu.

Principiile managementului de caz:

1. continuitatea serviciilor de asistență prin intermediul unui punct central de contact;
2. adecvarea la necesitățile beneficiarului;
3. promovarea intereselor beneficiarului;

4. pragmatismul;
5. anticiparea necesităților;
6. flexibilitatea;
7. respectarea drepturilor omului;
8. managementul de caz este bazat pe comunitate.

#### Proceduri de implementare a standardului 1

1.1. Metoda managementului de caz se utilizează pe întreg parcursul procesului de acordare a serviciilor de asistență pentru consumator:

a) evaluarea consumatorului; b) stabilirea programului integrat de asistență, elaborarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri și includerea în program; c) implementarea măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri; d) monitorizarea și evaluarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri; e) reevaluarea, după caz, a planului de asistență a consumatorului de droguri și continuarea programului cu modificarea planului sau modificarea programului integrat de asistență; f) colaborarea dintre furnizori; g) advocacy.

1.2. Momentul de debut al metodei este prima întâlnire dintre beneficiar și managerul de caz desemnat în vederea inițierii evaluării, moment în care acesta va deschide fișa beneficiarului.

1.3. Solicitanții de asistență sunt înscriși în Registrul de primire aflat în responsabilitatea medicului din CPECA. Primirea acestora se face de către unul dintre cei 3 manageri de caz din CPECA. Odată cu înscrierea în Registrul de primire, solicitantului i se desemnează și managerul de caz și i se programează prima ședință cu acesta.

Primirea și desemnarea managerului de caz se fac conform unei proceduri sau planificări proprii centrului.

1.4. Agenția Națională Antidrog asigură resursele umane, financiare și materiale necesare desfășurării optime a managementului de caz în conformitate cu prevederile prezentelor standarde.

1.5. În vederea aplicării metodei, fiecare CPECA își elaborează la nivel local un inventar al tuturor furnizorilor de servicii de asistență medicală, psihologică și socială, precum și al altor instituții care pot sprijini managerul de caz.

CPECA se asigură că acest inventar este revizuit periodic și, după caz, înnoit, în funcție de cel puțin următorii factori: nevoile comunității, dinamica cererii de asistență, dinamica serviciilor, apariția modificărilor legislative în domeniu și propunerile făcute de către personalul de specialitate și ale metodologiilor specifice fiecărui tip de serviciu pe care îl oferă consumatorului de droguri.

1.6. Conform inventarului resurselor și pentru a asigura trimiteri adecvate, CPECA încheie convenții cu diverși furnizori de servicii, conform prevederilor art. 28 din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005, denumit în continuare *Regulament*.

1.7. Atribuțiile managerului de caz:

- a) asigură primirea și informarea cu privire la serviciile pentru consumator;
- b) participă la evaluare și reevaluare continuă pe cele 5 arii principale;
- c) realizează trimiteri/planificări pentru evaluarea medicală, psihologică și socială;

d) recunoaște aspectele personale, familiale și sociale care pot sprijini sau pot fi obstacole pentru programul integrat de asistență;

e) orientează beneficiarul în funcție de rezultatele evaluării în vederea includerii într-un program integrat de asistență, în funcție de serviciile existente;

f) stabilește împreună cu beneficiarul obiectivele principale pe cele 5 arii evaluate și elaborează, cu participarea echipei, planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

g) realizează balanța dintre nevoile depistate în urma evaluării și serviciile existente;

h) face trimiteri spre serviciile necesare și realizează demersurile necesare includerii beneficiarului în acestea, împreună cu echipa;

i) monitorizează continuu planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

j) oferă sprijin în pregătirea beneficiarului pentru intrarea în programul integrat;

k) oferă servicii directe din cadrul planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, conform competențelor sale profesionale;

l) răspunde la situațiile de criză;

m) sprijină dezvoltarea resurselor informale de suport;

n) se angajează în advocacy pentru beneficiar;

o) se angajează în advocacy pentru dezvoltarea resurselor din circuitul terapeutic integrat;

p) asigură consilierea, orientarea și sprijinul pentru realizarea demersurilor necesare obținerii drepturilor sociale;

q) participă la monitorizarea și evaluarea serviciilor primite de consumator;

r) participă la elaborarea strategiilor și planurilor de asistență medicală, psihologică și socială naționale, județene și, după caz, locale.

#### Standardul 2 — Ședințe de management de caz. Tehnici

##### 2.1. Ședințe de management de caz

a) Pentru realizarea atribuțiilor sale, managerul de caz are întâlniri periodice cu beneficiarul, cel puțin o întâlnire pe lună.

b) Prima ședință este momentul în care are loc primul contact între managerul de caz și beneficiar. Cu acest prilej se stabilesc modalitățile de comunicare între cei doi și se deschide fișa beneficiarului. Fișa beneficiarului este completată de managerul de caz, cu participarea și sprijinul tuturor membrilor echipei multidisciplinare din CPECA, și conține toate datele legate de programări, rezultatele acestora, serviciile furnizate beneficiarului, până la ultima ședință în care se consemnează terminarea programului.

c) Începând cu prima ședință, managerul de caz completează Registrul managerului de caz. În acest registru se consemnează toate ședințele de management de caz și rezultatul acestora, până la terminarea programului.

d) La prima ședință de management de caz este inițiată evaluarea consumatorului, realizată pe aria specifică profesiei managerului de caz, și se fac trimiteri către alți profesioniști.

e) În cazul primei ședințe de management de caz i se pune în vedere beneficiarului să anunțe în prealabil managerul de caz în legătură cu orice schimbare de domiciliu, reședință sau locuință. În cazul schimbării domiciliului într-o localitate care nu se află în județul în care își are sediul CPECA, la solicitarea beneficiarului cazul poate fi transferat CPECA cel mai apropiat de noul domiciliu. În acest caz, planul individualizat de asistență a

consumatorului de droguri va fi modificat în mod corespunzător.

2.2. **Tehnicile** se aplică în funcție de etapele procesului de asistență. Durata ședinței de management de caz este între 30 și 45 de minute.

a) În fazele inițiale — evaluare — managerul de caz intervine frecvent și semnificativ cu scopul de a reduce barierele interne și externe care interferează cu intrarea în tratament. În această etapă, metodele cuprind:

- a<sub>1</sub>) — interviul motivațional;
- a<sub>2</sub>) — educație de bază cu privire la dependență și recuperare;
- a<sub>3</sub>) — informarea cu privire la consecințele consumului;
- a<sub>4</sub>) — tehnici de angajare în dezvoltarea relațiilor manager de caz — beneficiar.

b) În faza implementării planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, ședințele de management de caz, cu rol de coordonare între servicii, au rolul de explicare a funcțiilor, scopului, obiectivelor și finalității accesării serviciilor respective.

Scopul ședințelor în această etapă este adecvarea serviciilor/beneficiar, rezolvarea îngrijorărilor imediate și facilitarea tranziției între servicii.

Metodele cuprind:

- b<sub>1</sub>) — prevenirea recăderilor;
- b<sub>2</sub>) — evaluări de proces;
- b<sub>3</sub>) — tehnici de câștigare și dezvoltare de abilități;
- b<sub>4</sub>) — tehnici de câștigare a autocontrolului.

c) În faza de terminare a programului, care trebuie planificată, ședințele de management de caz au ca scop dobândirea independenței și autonomiei în vederea reintegrării în comunitate.

Metodele cuprind:

- c<sub>1</sub>) — tehnici de întărire a încrederii;
- c<sub>2</sub>) — tehnici de întărire a autoeficienței;
- c<sub>3</sub>) — tehnici de dezvoltare a abilităților de utilizare judicioasă a resurselor personale și comunitare;
- c<sub>4</sub>) — evaluări de proces;
- c<sub>5</sub>) — tehnici de consolidare a abilităților.

### **Standardul 3 — Aplicarea managementului de caz în funcție de etapele procesului de asistență**

3.1. **Evaluarea**, etapă esențială a procesului asistenței medicale, psihologice și sociale a consumatorului de droguri, prezintă un caracter multidimensional. Ea permite utilizarea ulterioară a criteriilor de orientare pentru stabilirea programului integrat de asistență.

a) Evaluarea este începută la prima ședință, conform programării.

Programarea evaluării consumatorului se face în cazurile de solicitare de asistență pentru consumator: a) la solicitarea directă a acestuia; b) prin dispoziția procurorului sau a altui organ judiciar; c) în cazuri de urgență; d) la finalizarea serviciilor oferite de un furnizor, potrivit art. 26 din Regulament; e) la solicitarea conducerii locului de detenție.

b) Pentru programarea evaluării consumatorului de droguri, managerul de caz colaborează cu membrii echipei multidisciplinare din CPECA și cu profesioniștii din afara acestuia.

Efectuarea trimerilor către alți profesioniști, servicii sau alte resurse adecvate se realizează cu participarea tuturor membrilor echipei multidisciplinare din CPECA.

c) Evaluarea, coordonată și monitorizată de managerul de caz, se realizează pe ariile prevăzute la art. 14 din

Regulament și în conformitate cu ghidurile de practică în materie.

d) rezultatul evaluării se consemnează în fișa beneficiarului, în baza căreia se întocmește raportul de evaluare.

Raportul de evaluare cuprinde următoarele: date despre consumatorul de droguri; rezultatele evaluării pe arii; după caz, expertiza medico-legală; recomandări, în cadrul cărora sunt stabilite programul integrat de asistență și planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

Modelul raportului de evaluare este cel prevăzut în anexa nr. 3 la Regulament.

### **3.2. Stabilirea programului integrat de asistență și elaborarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri**

a) Programul integrat de asistență și planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri reprezintă recomandări privind asistența pentru consumatorul de droguri și sunt menționate în raportul de evaluare. Pentru selectarea programului integrat de asistență, managerul de caz analizează toate datele rezultate în urma evaluării.

b) Programul integrat de asistență permite structurarea serviciilor de asistență, garantând caracterul integral și continuu al acestora. În funcție de scopul urmărit, serviciile de asistență sunt sistematizate în 4 tipuri de programe, prevăzute în anexa nr. 6 la Regulament.

c) Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri reprezintă intervențiile terapeutice individualizate din cadrul unui program, iar elaborarea, modificarea și implementarea sa se fac potrivit normelor metodologice în materie.

d) Stabilirea programului integrat de asistență și includerea beneficiarului în acesta se fac pe baza criteriilor de orientare, prevăzute în anexa nr. 7 la Regulament, în funcție de problemele depistate în ariile de evaluare.

De asemenea, la stabilirea programului integrat de asistență se ține cont de serviciile disponibile și de criteriile de admitere în acestea.

e) Stabilirea programului integrat de asistență și a intervențiilor ce constituie planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri se fac la terminarea evaluării, după cel puțin o întâlnire a membrilor echipei multidisciplinare din CPECA și nu înainte de a contacta furnizorii serviciilor propuse.

### **3.3. Semnarea acordului de includere în programul integrat de asistență**

a) Semnarea Acordului de includere în programul integrat de asistență echivalează cu admiterea în sistemul de asistență, conform recomandărilor propuse.

b) În vederea propunerii semnării acordului de includere în programul integrat de asistență stabilit, managerul de caz programează o ședință în cadrul căreia i se prezintă beneficiarului raportul de evaluare cu recomandările făcute. În acest context, se disting două situații:

b<sub>1</sub>) — beneficiarul nu este de acord cu recomandările făcute; în această situație, managerul de caz stabilește o nouă întâlnire cu echipa în vederea revizuirii recomandărilor, precum și ședințe de management de caz cu beneficiarul pentru motivarea acestuia;

b<sub>2</sub>) — beneficiarul este de acord cu recomandările făcute; în acest caz, managerul de caz și beneficiarul semnează acordul de asistență medicală, psihologică și socială, conform prevederilor art. 17 alin. 2 și 3 din Regulament, și se trece la implementare.

### 3.4. Implementarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri; colaborarea dintre furnizorii de servicii

a) Implementarea măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face în oricare dintre centrele în care se furnizează servicii de asistență pentru consumatorul de droguri, așa cum sunt definite la art. 29 din Regulament.

b) Modul de implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face conform metodologiei de elaborare, modificare și implementare.

c) În vederea implementării planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, managerul de caz face, cu participarea echipei multidisciplinare din CPECA, legături și trimiteri către toate resursele precizate în plan, în fiecare etapă. Trimiterile către furnizori se fac împreună cu prezentarea situației beneficiarului, anexându-se la trimitere un extras din raportul de evaluare, conținând date despre program și plan. Managerul de caz asigură un schimb de informații relevant cu profesionistul/serviciul către care face trimiterea, necesar implementării optime a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, cu garantarea condițiilor de confidențialitate.

d) Pentru a asigura trimiteri adecvate, managerul de caz inițiază colaborarea cu serviciile către care s-ar putea face trimiteri, conform convențiilor existente, sau efectuează demersuri în vederea încheierii altor convenții și pentru a extinde resursele din comunitate.

e) Managerul de caz coordonează serviciile din plan, se asigură că implementarea acestora se face la timpul potrivit și în ordinea corectă, conform programărilor. Coordonarea serviciilor are ca scop menținerea continuității lanțului de servicii și a concordanței datelor la ieșirea dintr-un serviciu cu cele de la data intrării în serviciul următor. Pentru a permite acest lucru, între diferitele servicii din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri se stabilesc ședințe de management de caz având ca scop continuarea motivării beneficiarului, sprijinirea și pregătirea acestuia pentru tranziție.

f) Managerul de caz intervine pentru a evita sau soluționa situațiile de criză. Acestea sunt constatate de manager sau îi sunt comunicate de către furnizorul serviciului. În acest sens, managerul de caz trebuie să fie frecvent în contact cu serviciile de asistență pentru a verifica participarea și progresul beneficiarului. Un progres scăzut sau lipsa de participare semnaleză o criză iminentă. În tranziții și crize se intensifică ședințele de management de caz.

g) Situațiile de criză nerezolvate sau nerespectarea obligațiilor din acord impun trecerea la componenta de reevaluare din cadrul următoarei etape.

### 3.5. Monitorizare și reevaluare

a) Monitorizarea și evaluarea de proces (reevaluarea) stabilesc măsura în care sunt îndeplinite obiectivele stabilite în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri, progresul unui consumator în cadrul unui program integrat de asistență, precum și schimbările sau adecvările necesare.

b) Monitorizarea și reevaluarea se desfășoară pe tot parcursul implementării măsurilor de asistență, la date și perioade stabilite, cel puțin o dată pe lună, de către managerul de caz împreună cu echipa multidisciplinară. Ședințele de monitorizare și reevaluare fac parte integrantă din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri, dar există și momente bine determinate care cer intervenția reevaluării:

b<sub>1</sub>) — situații de criză care ar putea atrage excluderea din serviciu; în această situație intervine reevaluarea, în urma căreia managerul de caz decide:

- (i) excluderea consumatorului din program;
- (ii) stabilirea altor servicii în cadrul aceluiași program integrat de asistență sau schimbarea programului;

b<sub>2</sub>) — încalcări ale acordului care impun reevaluarea, în urma căreia managerul de caz decide:

- (i) schimbarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;
- (ii) schimbarea programului și a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

Modificarea/completarea programului sau a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face cu acordul consumatorului de droguri, prin semnarea unei anexe la acordul de asistență medicală, psihologică și socială.

c) În cadrul monitorizării și reevaluării, managerul de caz stabilește cel puțin o dată la 6 luni severitatea, folosind pentru aceasta instrumentul Europa ASI.

d) Reevaluarea include revizuirea celor 5 arii, cu accent pe aria problematică și în concordanță cu rezultatele măsurilor implementate.

e) Pentru monitorizarea și reevaluarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri, managerul de caz primește evaluările măsurilor implementate și recomandările furnizorilor, în conformitate cu prevederile art. 19 din Regulament.

f) Pentru desfășurarea monitorizării și evaluării planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, managerul de caz stabilește împreună cu furnizorii modalitățile de realizare a acestora.

g) În vederea monitorizării și evaluării, managerul de caz poate să realizeze vizite la furnizorii de servicii.

h) În contextul monitorizării, managerul de caz are în vedere cel puțin următoarele aspecte:

h<sub>1</sub>) verificarea demarării serviciilor/activităților prevăzute în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri în maximum două zile de la termenele de inițiere stabilite în planul respectiv;

h<sub>2</sub>) verificarea modului de furnizare a serviciilor/activităților (de exemplu, progrese obținute, atingerea obiectivelor, probleme apărute) pe perioada stabilită pentru fiecare serviciu/activitate;

h<sub>3</sub>) răspuns imediat la orice problemă care apare în derularea serviciilor/activităților;

h<sub>4</sub>) asigurarea fluxului de informație între membrii echipei, alți specialiști implicați în implementarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

h<sub>5</sub>) medierea relației dintre consumator, pe de o parte, și profesioniști, pe de altă parte (de exemplu, prin acompaniere, negocierea conflictelor);

h<sub>6</sub>) reevaluarea situației consumatorului, respectiv a modului de implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri și, dacă este necesar, cu acordul consumatorului, revizuirea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri respectiv sau schimbarea programului;

i) În vederea realizării monitorizării profesioniștii stabiliți responsabili pentru implementarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri întocmesc rapoarte de monitorizare, conform prevederilor art. 19 alin. (1) din Regulament, lunar sau ori de câte ori este nevoie (de exemplu, la solicitarea managerului de caz, cu ocazia revizuirii planului individualizat de asistență a

consumatorului de droguri, a unor modificări ale situației consumatorului și la terminare). La rândul său, managerul de caz este obligat să aducă la cunoștință membrilor echipei multidisciplinare orice modificare survenită în situația consumatorului, care afectează atingerea obiectivelor cuprinse în plan. Rapoartele de monitorizare sunt transmise managerului de caz în maximum 3 zile de la întocmirea lor (pentru cele lunare), respectiv de la apariția problemei/situației pentru care au fost întocmite (pentru cele ocazionale).

j) Managerul de caz organizează întâlnirile cu echipa multidisciplinară în vederea reevaluării situației consumatorului și, respectiv, revizuirii planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

k) Managerul de caz întocmește un raport de reevaluare la fiecare întâlnire, după modelul și procedura prevăzute pentru evaluare.

l) Managerul de caz face demersurile necesare pentru modificarea acordului cu consumatorul, atunci când este cazul, modificare pe care o comunică membrilor echipei multidisciplinare.

m) Pe parcursul monitorizării, în situația unor cazuri foarte dificile, se recomandă ca managerul de caz să organizeze o întâlnire (denumită *conferință de caz*) a membrilor echipei multidisciplinare.

n) Managerul de caz înregistrează permanent informațiile, progresele și toate modificările intervenite în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri în fișa beneficiarului;

o) Managerul de caz asigură condițiile necesare monitorizării toxicologice, care se realizează pe tot parcursul procesului de asistență, în mod particular în următoarele situații:

o<sub>1</sub>) risc de recădere;

o<sub>2</sub>) pe parcursul fazelor inițiale ale procesului;

o<sub>3</sub>) în perioada de tranziție dintre servicii de intensitate diferită;

o<sub>4</sub>) pe parcursul tratamentului cu antagonist;

o<sub>5</sub>) pe parcursul tratamentului cu agonist.

3.6. **Terminarea** procesului de asistență constituie un demers care implică separarea fizică și emoțională a beneficiarului de echipa multidisciplinară și are loc când beneficiarul și-a dezvoltat autoeficiența și capacitatea de funcționare autonomă.

Aceasta are loc prin ședințe de management de caz programate înainte și după finalizarea serviciilor, când s-au atins obiectivele planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

a) Terminarea procesului de asistență are loc:

a<sub>1</sub>) la finalizarea programului, atunci când au fost îndeplinite obiectivele planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

a<sub>2</sub>) la solicitarea consumatorului; în acest caz, managerul de caz organizează ședințe în scopul motivării continuării unui program integrat de asistență și, după caz:

(i) dacă este de acord, se procedează conform celor menționate la etapa monitorizare-reevaluare;

(ii) în situația refuzului beneficiarului, acestuia i se solicită exprimarea consimțământului informat de ieșire din program;

a<sub>3</sub>) abandon:

(i) neprezentarea nejustificată la oricare dintre serviciile din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

(ii) părăsirea fără o cauză justificată a oricărui serviciu.

În situațiile prevăzute la lit. a<sub>2</sub>) și a<sub>3</sub>), managerul de caz programează o ședință de management de caz în scopul stabilirii modalității de continuare a programului și a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

Abandonul se declară după neprezentarea la 3 ședințe de management de caz programate consecutiv.

b) În cazurile prevăzute la lit. a<sub>2</sub>) și a<sub>3</sub>) în vederea stabilirii de urgență a ședințelor de management de caz, furnizorii de servicii comunică managerului de caz situațiile în maximum 24 de ore de la intervenția acestora. Pentru situațiile prevăzute la lit. a<sub>2</sub>) și a<sub>3</sub>), furnizorul comunică și măsurile luate în cazurile urgente sau, de comun acord cu managerul de caz, stabilește măsurile ce se impun.

#### **Standardul 4 – Echipa multidisciplinară din CPECA: formare, funcționare, desemnare, situații speciale**

Managerul de caz asigură implicarea și conlucrarea, pe parcursul tuturor etapelor procesului de asistență, a unei echipe de profesioniști, de regulă multidisciplinară, și, după caz, interinstituțională, precum și intervenția punctuală a unor specialiști colaboratori atunci când este necesar.

a) Condițiile managerului de caz: manager de caz poate fi specialistul din CPECA, cu studii superioare în asistență socială, medicină, psihologie, formare profesională inițială și continuă în domeniul drogurilor.

Formarea inițială în domeniul drogurilor cuprinde formare de bază în acest domeniu, conform Programei-cadru de formare profesională în adicții.

Formarea continuă constă în cel puțin 40 de ore pe an de formare în domeniul managementului de caz și de cel puțin 20 de ore de formare în domeniul drogurilor sau în domenii conexe/interdisciplinare.

Teme recomandate pentru formarea continuă: funcțiile managerului de caz; relația consumator – manager de caz, confidențialitate și etică profesională, criteriile de eligibilitate pentru accesul la servicii, nomenclatorul serviciilor, sistemul public de asistență medicală, psihologică și socială, cadrul legal, promovarea interesului consumatorului (advocacy), metode și proceduri de evaluare, planificare și monitorizare, analize de caz.

b) Desemnare

Desemnarea managerului de caz se face conform unei proceduri sau planificări proprii CPECA.

CPECA întocmește procedura de desemnare a managerului de caz, ținând cont de următoarele criterii:

b<sub>1</sub>) numărul de beneficiari aflați în serviciul de management de caz/manager de caz;

b<sub>2</sub>) stadiul în care se află, la acel moment, beneficiarii/manager de caz;

b<sub>3</sub>) caracteristicile viitorului beneficiar (preponderența problematicii medicale, psihologice, sociale);

b<sub>4</sub>) disponibilitatea managerului de caz în funcție de programările de specialitate și de management de caz.

c) Funcționare

c<sub>1</sub>) Pentru funcționarea la un randament optim a echipei multidisciplinare, CPECA dispune de un sistem eficient de:

(i) supervizare, constituit din cel puțin 4 ședințe/an;

(ii) intervizare, constituit din cel puțin o ședință/două luni;

(iii) ședințe de caz zilnice, conform graficului programărilor din ziua respectivă.

c<sub>2</sub>) Supervizarea și intervizarea constituie ore de formare continuă și se realizează de specialiști cu studii superioare socioumane, cu experiență de 5 ani în domeniul adicțiilor și cu experiență în servicii de asistență a



consumatorului cu cel puțin 2 ani mai mult decât specialiștii cărora li se asigură supervizarea.

c<sub>3</sub>) CPECA asigură condițiile necesare desfășurării ședințelor de intervizare și supervizare.

d) În situații speciale, când un manager de caz devine indisponibil din motive obiective, cazurile sale se predau celorlalți manageri de caz din CPECA. Predarea presupune transmiterea registrului managerului de caz, a fișelor beneficiarilor cu documentația anexă, precum și familiarizarea noului manager cu situația beneficiarului.

În același timp, managerul de caz îl înștiințează pe beneficiar cu cel puțin două săptămâni înainte de schimbarea sa și de preluarea de către un alt manager de caz.

La încetarea motivului, beneficiarul este preluat de vechiul manager de caz, după aceeași procedură.

#### **Standardul 5 – Managementul informațiilor**

Pentru realizarea suportului funcțional și structural, prin funcțiile sale, managerul de caz colectează și centralizează datele privind consumatorul și serviciile de care beneficiază acesta pe parcursul programului, până la terminare.

a) În vederea monitorizării și coordonării asistenței, pentru consumatorul care solicită servicii altor furnizori decât CPECA, furnizorii de servicii transmit datele, potrivit art. 26 alin. (2) din Regulament, CPECA din județul în care se află sediul furnizorului de servicii, care, la rândul său, le transmite CPECA către care consumatorul a fost îndrumat.

b) CPECA, prin medicul său, transmite lunar Agenției Naționale Antidrog situația beneficiarilor de servicii de asistență, astfel:

b<sub>1</sub>) foaia de admitere, conform metodologiei de completare și transmitere a fișelor standard;

b<sub>2</sub>) fișa de raportare, în format electronic sau pe suport hârtie, până la data de 10 a lunii următoare.

c) La fișa beneficiarului și la anexele acesteia au acces doar membrii echipei multidisciplinare, cu respectarea standardelor de confidențialitate prevăzute în codurile deontologice specifice profesiei de medic, psiholog și asistent social.

d) Colectarea, manipularea și transmiterea datelor se fac cu respectarea normelor legale privind protecția datelor cu caracter personal. Datele din fișele beneficiarilor sunt confidențiale și pot fi furnizate doar în condițiile legii.

#### **Standardul 6 – Advocacy**

Activitatea de advocacy reprezintă partea managementului de caz care implică promovarea și susținerea intereselor beneficiarului în interacțiune cu mai multe sisteme: familie, furnizori de servicii, sistem de justiție, resurse comunitare și de reintegrare socială etc.

Activitatea de advocacy stă la baza promovării interesului beneficiarului și se desfășoară după următoarele principii: direcționării și profesionalizării, adaptării pentru îndeplinirea obiectivelor, sprijinului pe comunitate.

a) Poate fi direcționată:

a<sub>1</sub>) pe furnizor: implică educarea ofertanților de servicii astfel încât să se evite refuzul acordării serviciilor pe motive discriminatorii sau refuzul nejustificat, deși consumatorul îndeplinește criteriile de eligibilitate.

a<sub>2</sub>) pe beneficiar, adaptată spre îndeplinirea obiectivelor stabilite în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

b) În funcție de formă, poate fi: discuție deschisă, negociere, scrisoare sau altă formă de corespondență.

c) În funcție de conținut, activitatea de advocacy reprezintă:

c<sub>1</sub>) ameliorarea interacțiunilor negative dintre beneficiari și ofertanții de servicii;

c<sub>2</sub>) informarea și sensibilizarea personalului din serviciile existente, cu privire la problemele consumului de substanțe și necesitățile specifice ale fiecărui consumator;

c<sub>3</sub>) susținerea interesului beneficiarului în fața unei hotărâri luate de un membru al personalului din servicii până la niveluri înalte de autoritate în cadrul unei instituții; în fața sistemului judiciar, în comunitate;

c<sub>4</sub>) participarea la elaborarea strategiilor locale și naționale de dezvoltare a serviciilor de asistență;

c<sub>5</sub>) participarea la dezvoltarea resurselor din circuitul terapeutic integrat;

c<sub>6</sub>) informarea și sensibilizarea comunității cu privire la problemele legate de consumul de droguri, în scopul limitării sau evitării marginalizării sociale a consumatorilor;

c<sub>7</sub>) participarea la elaborarea reglementărilor cu privire la aspectele judiciare ale consumului de droguri.

#### **Standardul 7 – Situații speciale**

##### **I. Solicitarea procurorului**

a) Când solicitarea evaluării se face de către procuror, potrivit prevederilor art. 19<sup>1</sup> din Legea nr. 143/2000, cu modificările și completările ulterioare, primirea, desemnarea managerului de caz și programarea evaluării se fac cu prioritate.

b) Cererea procurorului se înregistrează în registrul de primire, ocazie cu care se desemnează managerul de caz.

Prima ședință de management de caz are loc, în măsura în care este posibil, în ziua primirii solicitării, când se demarează evaluarea.

În cadrul primei ședințe, managerul de caz efectuează sau, după caz, asigură efectuarea testării prezenței drogurilor în lichidele biologice, prin analiză calitativă, al cărei rezultat îl comunică de urgență institutului medico-legal.

Institutul medico-legal transmite CPECA o copie a raportului de expertiză toxicologică, conform prevederilor art. 21 alin. (1) din Regulament.

c) Odată cu deschiderea fișei beneficiarului se deschide și dosarul de monitorizare, care va cuprinde:

c<sub>1</sub>) dispoziția procurorului privind evaluarea învinutului/inculpatului;

c<sub>2</sub>) raportul de evaluare, cu anexele acestuia, potrivit legii;

c<sub>3</sub>) fișa beneficiarului;

c<sub>4</sub>) proces-verbal întocmit la prima ședință cu managerul de caz, după semnarea acordului;

c<sub>5</sub>) rapoarte de monitorizare și reevaluare periodice, indiferent de numărul și frecvența solicitărilor organului judiciar, care vor conține date despre modul de respectare a obligațiilor din acord, în general, și a măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri, întocmite până la pronunțarea sentinței de către instanța de judecată și/sau în perioada de probă.

d) Dacă învinutul/inculpatul pentru care s-a solicitat evaluarea se află în stare de arest preventiv, evaluarea se face la locul de deținere.

e) Raportul de evaluare însoțit de acordul de asistență medicală, psihologică și socială, semnate de managerul de caz, se înaintează procurorului în vederea prezentării învinutului/inculpatului și semnării acordului.

f) În cazul în care învinutul/inculpatul își dă acordul pentru includere în program, în baza documentelor

comunicate de procuror, potrivit art. 21 alin. (4) din Regulament, managerul de caz coordonează implementarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, conform prezentelor standarde.

Dacă învinuitul/inculpatul nu își dă acordul, în baza comunicării procurorului managerul de caz consemnează acest lucru în fișa beneficiarului și închide dosarul de monitorizare.

g) La prima întâlnire după semnarea acordului, care va fi stabilită în maximum 5 zile de la comunicarea făcută de procuror, managerul de caz îi pune în vedere beneficiarului faptul că respectarea obligațiilor din acord și a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri este obligatorie, făcându-se mențiune despre aceasta într-un proces-verbal.

Se consideră nerespectare a măsurilor din acord orice încălcare a obligațiilor stipulate în acesta, precum și a măsurilor din planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri. Absența nejustificată la oricare dintre ședințele de furnizare de servicii stabilite în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri se consideră încălcare a obligațiilor.

h) Atunci când managerul de caz constată încălcarea unei obligații din acordul de asistență medicală, psihologică și socială, sesizează de îndată organul judiciar. Sesizarea organului judiciar se face prin comunicarea constatării nerespectării obligației din acord, la care se anexează ultimul raport de monitorizare/reevaluare în care s-a materializat constatarea.

i) În vederea întocmirii rapoartelor de monitorizare periodice, managerul de caz solicită tuturor furnizorilor de servicii implicați rapoarte de situație, cu referire la modul de respectare a obligațiilor din acordul de asistență medicală, psihologică și socială.

j) Convocarea consumatorului la managerul de caz sau înștiințarea despre prezentarea la un furnizor de servicii se face în scris, cu confirmare de primire.

k) În situația în care măsura arestării preventive se menține, implementarea măsurilor de asistență se face potrivit normelor care reglementează modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privată de libertate.

## II. Măsuri de siguranță

a) În cazul executării măsurii de siguranță a obligării la tratament medical, odată cu comunicarea unității sanitare la care urmează să i se facă tratament către persoana față de care s-a luat măsura, direcția sanitară județeană transmite o copie de pe această înștiințare CPECA din același județ, împreună cu o copie a raportului medico-legal.

Primirea documentelor menționate mai sus se consideră solicitare de asistență și se înregistrează în registrul de primire, ocazie cu care se desemnează un manager de caz.

În termen de 24 de ore de la desemnare, managerul de caz contactează unitatea sanitară desemnată de direcția sanitară și participă la realizarea procesului de asistență, conform prevederilor art. 24 lit. b) din Regulament.

Semnarea acordului de asistență, nu este necesară, măsura având caracter obligatoriu.

Împreună cu unitatea sanitară la care consumatorul a fost repartizat pentru efectuarea tratamentului medical,

managerul de caz realizează monitorizarea și reevaluarea implementării planului individualizat de asistență a consumului de droguri.

Raportul de monitorizare a implementării planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri stă la baza comunicării făcute de unitatea sanitară către instanța de judecată, conform legii.

Când se consideră că măsura nu mai este necesară, comunicarea făcută instanței de către unitatea sanitară va cuprinde și recomandările managerului de caz făcute cu ocazia monitorizării implementării planului individualizat de asistență a consumului de droguri.

b) În același mod se procedează și în cazul măsurii de siguranță a internării medicale.

## III. Copii

a) În cazul evaluării copilului în vederea includerii într-un program integrat de asistență, managerul de caz colaborează sau asigură colaborarea cu serviciile publice de asistență socială de la nivelul municipiilor și orașelor și cu direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului de la nivelul sectoarelor municipiului București.

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

b) În cazul în care copilul pentru care procurorul a dispus evaluarea nu a împlinit vârsta de 16 ani, la orice ședință pentru realizarea evaluării managerul de caz solicită participarea delegatului autorității tutelare, precum și a părinților, iar când este cazul a tutorelui, curatorului sau a persoanei în grija sau în supravegherea căreia se află minorul.

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

## 8. Alte prevederi:

1. Standardele prevăzute la pct. 7.1 „Solicitarea procurorului” se aplică începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor art. 19<sup>1</sup> din Legea nr. 143/2000, cu modificările și completările ulterioare.

2. CPECA colaborează cu serviciile de probațiune, în baza protocoalelor de colaborare încheiate cu acestea;

3. Modelul instrumentelor utilizate pentru realizarea managementului de caz:

a) registrul de primire;

b) inventar al tuturor furnizorilor de servicii de asistență medicală, psihologică și socială, precum și al altor instituții care pot sprijini managerul de caz;

c) convenții cu diverși furnizori de servicii, conform prevederilor art. 28 din Regulament;

d) fișa beneficiarului;

e) trimiterile;

f) instrumentul Europa ASI;

g) graficul de planificare al managerului de caz;

h) fișa de raportare,

este aprobat de președintele Agenției Naționale Antidrog și pus la dispoziție managerilor de caz din CPECA.

MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR  
 AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

## DECIZIE

### pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri

Având în vedere prevederile art. 16 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005,

în temeiul prevederilor art. 3 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Agenției Naționale Antidrog** emite prezenta decizie.

Art. 1. — Se aprobă Metodologia de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri, prevăzută în anexa

care face parte integrantă din prezenta decizie.  
 Art. 2. — Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Agenției Naționale Antidrog,  
**Pavel Abraham**

București, 2 octombrie 2006.  
 Nr. 17.

ANEXĂ

## METODOLOGIE

### de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri

Art. 1. — (1) *Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri* reprezintă intervențiile și măsurile terapeutice, psihologice și sociale adaptate necesităților fiecărui consumator de droguri și se întocmește în situațiile prevăzute la art. 13 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 860/2005, denumit în continuare *Regulament*.

(2) Stabilirea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face de către managerul de caz împreună cu echipa din cadrul centrului de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA), în urma evaluării consumatorului de droguri și odată cu identificarea programului integrat de asistență, cu respectarea principiului implicării active a consumatorului de droguri beneficiar al serviciilor.

(3) Acceptul consumatorului de droguri cu privire la serviciile propuse se face prin semnarea acordului de asistență medicală, psihologică și socială, la care este anexat planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

Art. 2. — Stabilirea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face prin utilizarea rezultatelor evaluării și urmărește:

a) stabilirea modalității de asistență: de urgență, ambulatorie, în regim rezidențial, în regim spitalicesc;

b) stabilirea tipurilor de servicii: medicale, psihologice și sociale;

c) stabilirea măsurilor de asistență: medicală, psihologică și socială, adecvate necesităților și obiectivelor intervenției;

d) alegerea structurii adecvate și disponibile: centre de asistență pentru consumatorii de droguri, așa cum sunt enumerate în art. 29 din Regulament.

Art. 3. — (1) După finalizarea evaluării, în cadrul întâlnirilor membrilor echipei CPECA se stabilește programul integrat de asistență, are loc prioritizarea obiectivelor pe arii și se stabilește un plan individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

(2) Încă din faza evaluării, membrii echipei multidisciplinare din CPECA contactează furnizorii de servicii, ținând cont de criteriile acestora de admitere în vederea atingerii obiectivelor propuse în planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

(3) După contactarea furnizorilor de servicii, în funcție de serviciile disponibile, echipa din cadrul CPECA definitivează planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri.

Art. 4. — La elaborarea unui plan individualizat de asistență a consumatorului de droguri se au în vedere următoarele componente:

a) privind pacientul:

(i) rezultatele evaluării pe arii;

(ii) prioritizarea obiectivelor;

b) privind modalitatea de asistență:

(i) disponibilitatea furnizorilor de servicii medicale, psihologice și sociale;

- (ii) varietatea disciplinelor profesionale implicate;
- (iii) măsurile de asistență din cadrul programului;
- (iv) planificarea duratei diferitelor măsuri;
- (v) gradul de încărcare a furnizorului de servicii/profioniștilor;
- (vi) criteriile de admitere.

Art. 5. — Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri cuprinde, în principal:

- a) date generale despre solicitant;
- b) scop; se menționează scopul programului integrat de asistență;
- c) prezentarea problemelor depistate pe cele 5 arii și prioritizarea acestora;
- d) puncte tari/puncte slabe; acestea sprijină monitorizarea procesului de asistență, prevenirea dificultăților și a crizelor, intervenția promptă acolo unde este cazul, dar și utilizarea tuturor modalităților de suport pentru a se putea atinge rezultatele așteptate, interacțiunile cu beneficiarul;
- e) obiective și data la care se așteaptă să fie atinse; obiectivele reprezintă rezolvarea problemelor identificate pe arii; acestea trebuie să fie realiste, pragmatice și posibil de îndeplinit, să permită monitorizarea, cu măsurarea periodică a progresului pacienților, fie prin indicatori de rezultat, fie de impact;
- f) măsurile și programarea acestora, personalul responsabil, precum și procedurile de acordare; măsurile se stabilesc în funcție de numărul, complexitatea și amploarea problemelor depistate.

Art. 6. — (1) Stabilirea măsurilor se face după selectarea modalității de asistență.

(2) Modalitatea de asistență se diferențiază prin intensitatea măsurilor care prin caracteristicile lor răspund cel mai adecvat și sigur la problemele consumatorului de droguri.

(3) Selectarea modalității de asistență se face în funcție de necesitățile stabilite în urma evaluării pe arii, conform criteriilor prezentate în anexa la prezenta metodologie.

Art. 7. — Modalitățile de asistență:

- a) asistență de urgență;
- b) asistență ambulatorie, de intensitate redusă și de intensitate crescută;
- c) asistență în regim rezidențial;
- d) asistență în regim spitalicesc.

Art. 8. — (1) Asistența de urgență prezintă următoarele caracteristici:

- a) tratament în cadru spitalicesc;
- b) ședere limitată: ore—zile;
- c) cuprinde intervențiile necesare în situații acute ce necesită un răspuns terapeutic prompt;
- d) poate fi oferită înaintea intrării într-un program integrat de asistență sau ulterior, indiferent de tip și ori de câte ori este cazul.

(2) Indicații pentru selectarea asistenței de urgență:

— beneficiari care prezintă complicații ale consumului de droguri: intoxicație severă, supradoză, intoxicație cu tulburări de percepție sau sindrom de abinență cu complicații care pot pune în pericol viața pacientului.

(3) Asistența de urgență este oferită de serviciile de urgență organizate în cadru spitalicesc sau de camerele de gardă ale spitalelor.

Art. 9. — Asistența ambulatorie de intensitate redusă are următoarele caracteristici:

- a) tratament în cadru nonrezidențial;
- b) ședere limitată: ore;
- c) frecvență: săptămânal, o dată sau de două ori.

Art. 10. — (1) Indicații pentru selectarea asistenței ambulatorii de intensitate redusă:

- a) beneficiari diagnosticați cu grade de severitate care pot fi tratate cu resursele disponibile la acest nivel;
- b) beneficiari care au primit tratament la un nivel mai intensiv și au progresat până la punctul în care pot beneficia de acest nivel de asistență;
- c) beneficiari care solicită asistență mai intensivă, dar nu sunt pregătiți să se angajeze complet în tratament.

(2) Selecția asistenței ambulatorii de intensitate redusă se face după criteriile specifice celor 5 arii prezentate în anexă.

(3) Asistența ambulatorie de intensitate redusă se furnizează de către: centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centre de asistență integrată a adicțiilor, centre de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri etc.

Art. 11. — Asistența ambulatorie de intensitate crescută prezintă următoarele caracteristici:

- a) tratament într-un cadru nonrezidențial, dar cu o intensitate crescută a intervențiilor;
- b) ședere de câteva ore, dimineața, după-amiaza, ambele, noaptea, la sfârșit de săptămână;
- c) frecvență: zilnic.

Art. 12. — (1) Indicații pentru selectarea asistenței ambulatorii de intensitate crescută:

- a) beneficiari diagnosticați cu grade de severitate care pot fi tratate în cadrul unui program ambulatoriu, dar care necesită intervenții cu frecvență crescută și o monitorizare mai atentă a evoluției în vederea atingerii obiectivelor. Acest nivel poate implica componente aflate în mod normal în programele rezidențiale, mai structurate;
- b) beneficiari care sunt externați dintr-o structură rezidențială sau spitalicească și sunt în situația de risc de recădere — aceasta poate include o motivație redusă de angajare în tratament;
- c) beneficiari care prezintă comorbiditate psihiatrică;
- d) beneficiari al căror mediu de viață este riscant, iar suportul psihosocial este limitat.

(2) Selecția asistenței ambulatorii de intensitate crescută se face după criteriile specifice celor 5 arii prevăzute în anexă.

(3) Asistența ambulatorie de intensitate crescută se furnizează de către: centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog, centre de asistență integrată a adicțiilor, centre de zi etc.

Art. 13. — Asistența în regim rezidențial se caracterizează astfel:

a) tratament în regim închis;

b) ședere de 24 de ore/zi; ședere pe termen scurt — maximum 3 luni, mediu — maximum 6—9 luni și lung — peste un an;

c) cadru structurat, rezidențial;

d) abordare bazată pe modelul comunității terapeutice;

e) poate fi combinată cu servicii ambulatorii intensive.

Art. 14. — Indicații pentru selectarea asistenței în regim rezidențial:

a) beneficiari care necesită intervenții într-un cadru rezidențial pe o perioadă mai lungă pentru a integra recuperarea cu dezvoltarea abilităților de coping;

b) beneficiari la care efectele tulburărilor datorate consumului de droguri sunt evidente și foarte semnificative, cu afecțiuni multiple, ceea ce face ca strategiile de creștere a motivației și de prevenire a recăderilor să fie imposibile sau ineficiente într-un cadru ambulatoriu;

c) beneficiari cu tulburări cognitive care interferează permanent sau temporar cu relațiile interpersonale sau cu abilitățile de coping;

d) beneficiari cu anumite probleme grave medicale, psihologice și sociale, care necesită intervenții multidisciplinare, multidimensionale și pe termen lung sau care nu au suficiente abilități sociale sau vocaționale;

e) beneficiari la care mediul de viață este nonprotectiv sau în care este prezent consumul de droguri, relațiile interpersonale sunt haotice sau chiar abuzive, oferind sprijin minim;

f) beneficiari cu istoric lung de tratament;

g) beneficiari cu probleme legale;

h) beneficiari cu performanțe scăzute la școală sau la serviciu, cu sistem de valori antisocial.

Art. 15. — (1) Selecția asistenței în regim rezidențial se face după criteriile specifice celor 5 arii prevăzute în anexă.

(2) Asistența în regim rezidențial se furnizează de centre tip comunitate terapeutică, locuință protejată, locuință socială etc.

Art. 16. — Asistența în regim spitalicesc se caracterizează prin:

a) tratament în regim închis;

b) ședere de 24 de ore/zi, regim spitalicesc;

c) accentul este pus pe asistența medicală specializată și specifică;

d) este cel mai intensiv nivel de asistență din continuumul de asistență;

e) durata tratamentului depinde de severitatea și evoluția condiției particulare a beneficiarului.

Art. 17. — (1) Indicații pentru selectarea asistenței în regim spitalicesc:

a) beneficiari la care tulburările datorate consumului de droguri necesită intervenții specializate ce nu pot fi oferite decât în spital;

b) beneficiari cu complicații medicale și probleme mintale moderate și severe;

c) beneficiari la care există riscul unui sindrom de abstinență sever sau al complicațiilor medicale severe;

d) beneficiari la care comorbiditatea medicală interferează cu dezintoxicarea în condiții ambulatorii;

e) beneficiari care au un istoric de recădere sau de abandon într-o modalitate de asistență de o intensitate mai redusă;

f) beneficiari care prezintă comorbiditate psihiatrică sau de sănătate care interferează cu tratamentul și necesită resurse disponibile în cadrul unui spital (tulburări de percepție, risc suicidal crescut etc.);

g) beneficiari a căror condiție implică un risc pentru sine sau pentru alții;

h) beneficiari care nu răspund la o modalitate de asistență mai puțin intensivă.

(2) Selecția asistenței în regim spitalicesc se face după criteriile specifice celor 5 arii prevăzute în anexă.

(3) Asistența în regim spitalicesc se furnizează de centre, secții și compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc.

Art. 18. — Măsurile sunt cele stabilite în cadrul fiecărui program integrat de asistență, conform anexei nr. 6 la Regulament.

Art. 19. — Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri face parte din acordul de includere în programul integrat și se implementează din momentul semnării acordului de către consumatorul de droguri.

Art. 20. — Implementarea serviciilor de asistență se realizează de furnizorii de servicii de asistență pentru consumatorul de droguri, prevăzuți în plan, la datele stabilite, sub coordonarea managerului de caz, conform standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri.

Art. 21. — Furnizorii de servicii evaluează măsurile implementate și comunică managerului de caz rezultatele evaluării la intervale stabilite cu acesta.

Art. 22. — (1) Planul individualizat de asistență a consumatorului de droguri poate fi modificat în urma reevaluării acestuia în vederea adecvării intervențiilor la nevoile beneficiarului.

(2) Modificarea planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri se face de către echipa din CPECA sau de alți furnizori, conform standardelor minime obligatorii privind managementul de caz.

**CRITERII DE SELECȚIE A UNEI MODALITĂȚI DE ASISTENȚĂ ÎN FUNCȚIE DE REZULTATELE EVALUĂRII**

Aria de evaluare	Modalitatea de asistență			
	Ambulatoriu/intensitate redusă	Ambulatoriu/intensitate crescută – servicii de zi	Regim rezidențial	Regim spitalicesc
Aria 1: Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/sau sindrom de abținere.	Nesemnificativ sau minim.	Risc moderat de sindrom de abținere.	Sindrom de abținere minim, moderat sau sever dar poate fi tratat în acest regim.	Risc crescut, poate fi tratat exclusiv în regim spitalicesc.
Aria 2: Condiții bio-medicale și complicații	Absente sau foarte stabile, sub control.	Absente sau prezente, dar pot fi vindecate; nu interferează cu procesul de recuperare.	Absente sau condiții stabilizate sub supervizare medicală.	Prezente și necesită monitorizare medicală 24 de ore, serviciile de asistență și resursele spitalicesci sunt necesare.
Aria 3: Condiții psihologice sau psihiatrice și complicații. Acceptarea/rezistența la tratament. Potențial de recădere, continuarea a consumului, alte probleme.	Absente sau foarte stabile, sau pacientul se află sub supervizare în cadrul unui serviciu de sănătate mintală Severitate crescută în cadrul acestei arii dar nu și în altele.	Prezente, de severitate medie - moderată și poate să interfereze semnificativ cu procesul de recuperare, necesită stabilizare.	Prezente, de severitate medie - moderată, poate interfera semnificativ cu procesul de recuperare; sau necesită stabilizare. Este necesară modelare comportamentală.	Instabilitate moderată sau de severitate crescută. Necesită asistență psihiatrică spitalicescă. Se administrează în paralel tratament pentru dependența de droguri.  Rezistență la tratament, lipsa controlului impulsurilor; necesită strategii motivaționale în structuri cu regim de 24 ore sau un program intensiv de întărire motivațională.

\*) Anexa este reprodusă în facsimil.

	<p>Capacitate de menținere a abstinentei sau de a controla consumul.</p> <p>Capacitate de a progresa către schimbare cu un suport minim</p>	<p>intervenții structurate, cu suport zilnic, de intensitate semnificativă.</p>	<p>crescută în cadrul acestei dimensiuni dar nu și în altele.</p> <p>Necesită dezvoltare motivațională.</p> <p>Dificultăți semnificative în legătură cu sau față de tratament, prezentând pericol iminent.</p> <p>Înțelege recăderile; necesită structurare pentru menținerea progresului terapeutic.</p> <p>Conștientizare scăzută a problemelor, necesită intervenții de tip rezidențial pentru prevenirea continuării consumului, cu consecințe iminente și serioase; deficit cognitiv și funcțional</p> <p>Necesită asistență de tip rezidențial pentru dezvoltarea capacității de coping</p>	<p>Neeligibilitate pentru resurse de intensitate mai mică</p> <p>Potențial de continuare a consumului periculos; neeligibilitate pentru resurse de intensitate mai mică.</p>
<p>Aria 4: Condiții sociale și familiale</p>	<p>Pacientul primește sprijin. Are instrumentele necesare pentru a depăși situația cu succes sau severitate crescută în cadrul acestei arii dar nu și în altele.</p>	<p>Pacientul necesită sprijin. Prin intermediul unui cadru structurat, cu sprijin și schimbarea mediului pacientul poate depăși situația cu succes.</p>	<p>Risc crescut. Pacientul necesită cadru structurat 24 de ore pentru a învăța să facă față situației cu succes.</p>	<p>Risc crescut. Pacientul nu se încadrează în criteriile serviciilor de asistență mai puțin intensive.</p>



## RECTIFICĂRI

În Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2006 privind modificarea și completarea unor acte normative din domeniul comunicațiilor electronice și al serviciilor poștale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 810 din 2 octombrie 2006, se fac următoarele rectificări (care nu aparțin Redacției „Monitorul Oficial”, Partea I):

— la art. I pct. 12, cu referire la art. 13 din Ordonanța Guvernului nr. 31/2002 privind serviciile poștale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 642/2002, cu modificările ulterioare, în loc de: „... indiferent de greutatea trimerilor poștale care fac obiectul serviciilor sau tarifului aplicabil.” se va citi: „... indiferent de greutatea trimerilor poștale care fac obiectul serviciilor sau de tariful aplicabil.”;

— la art. I pct. 24, cu referire la art. 30 alin. (8) din Ordonanța Guvernului nr. 31/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 642/2002, cu modificările ulterioare, în loc de: „... standardelor de calitate prevăzute la alin. (2).” se va citi: „... standardelor de calitate prevăzute la alin. (1).”;

— la art. I pct. 28, cu referire la art. 40 alin. (6) din Ordonanța Guvernului nr. 31/2002, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 642/2002, cu modificările ulterioare, în loc de: „... serviciilor din sfera serviciului universal timp de cel puțin...” se va citi: „... serviciilor din sfera serviciului universal pe care are obligația să le presteze timp de cel puțin...”;

— la art. IV pct. 1, cu referire la lit. c) a alin. (1) al art. 2 din Legea nr. 304/2003 pentru serviciul universal și drepturile utilizatorilor cu privire la rețelele și serviciile de comunicații electronice, în loc de: „... sau cu nevoi speciale...” se va citi: „... sau cu nevoi sociale speciale...”;

— la art. IV pct. 6, cu referire la alin. (3) al art. 9 din Legea nr. 304/2003, în loc de: „... sau cu nevoi speciale...” se va citi: „... sau cu nevoi sociale speciale...”;

— la art. IV pct. 8, cu referire la art. 10 alin. (11) din Legea nr. 304/2003, în continuarea tezei întâi se va citi: „Deconectarea de la rețeaua publică de telefonie nu va avea loc mai devreme de 60 de zile de la suspendare, perioadă în care este permisă doar inițierea sau primirea de apeluri care nu presupun nicio plată de către abonat.”;

— la art. IV pct. 18, cu referire la lit. d) a alin. (5) al art. 16 din Legea nr. 304/2003, în loc de: „... servicii de reparații diferite...” se va citi: „... servicii de reparații de calitate diferite...”.

---



---

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**


---

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.U.I. 427282; Atribut fiscal R,  
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro  
 Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23  
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 120754