



Ministerul Afacerilor Interne
al Republicii Moldova
Academia „Ștefan cel Mare”



Instruire în domeniul HIV pentru Serviciul de Poliție

Curs special



Chișinău • 2014



Ministerul Afacerilor Interne
al Republicii Moldova
Academia „Ștefan cel Mare”



INSTRUIRE ÎN DOMENIUL HIV PENTRU SERVICIUL DE POLIȚIE”

Curs Special



Chișinău – 2014

Autorii Cursului

- Victoria Jitari, maior de poliție, Șef Centru formare pentru integrare europeană și cooperare polițienească internațională, Academia „Ștefan cel Mare” a Ministerului Afacerilor Interne
- Aliona Nour, psiholog, Academia „Ștefan cel Mare” a Ministerului Afacerilor Interne
- Antoci Albert, doctor în drept, lector superior al Catedrei științe polițienești și socio-umane, Academia „Ștefan cel Mare” a Ministerului Afacerilor Interne.
- Viorel Prodan, șef al serviciului medical, Academia „Ștefan cel Mare” a Ministerului Afacerilor Interne.

Contribuție

- Ala Iațco, presedinte Uniunea pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
- Oxana Buzovici, coordonator de programe, Uniunea pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
- Vitalie Slobozian, coordonator sub-program „Reducerea Riscurilor”/Program „Sănătate Publică”, Fundația Soros-Moldova
- Ina Tcaci, UNODC Moldova,
- Svetlana Doltu, coordonator național, Rețeaua Internațională „HIV și Poliția”.

**Material elaborat și tipărit în cadrul proiectului
„Fortificarea rolului Poliției în răspunsul național la HIV”,
implementat de Uniunea pentru prevenirea HIV și Reducerea
Riscurilor în colaborare cu Academia „Ștefan cel Mare”
a Ministerului Afacerilor Interne cu
suportul financiar al Fundației Soros-Moldova.**

I. PRELIMINARII

Cursul special „**Instruirea în domeniul HIV pentru Serviciul de Poliție**” a fost elaborat ca răspuns la necesitățile profesioniștilor care activează în domeniul protecției drepturilor omului din perspectiva jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului.

Scopul cursului este de a oferi cunoștințe teoretice și practice angajaților de poliție privind consumul de droguri, infecția HIV, drepturile omului, politici naționale și internaționale de promovare și de protecție a drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA. Informația expusă va fi de un real folos angajaților de poliție care, în virtutea activității profesionale, contactează cu persoane din grupurile de risc sporit de infectare cu HIV (consumatori de droguri injectabile, persoane ce prestează servicii sexuale). Utilizând această informație în munca lor cotidiană, vor contribui la prevenirea răspîndirii infecției HIV în Republica Moldova.

Pentru Academia „Ștefan cel Mare” acest curs constituie o premieră absolută, întrucît se axează pe analiza Convenției europene pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (CADO) și a jurisprudenței corelative a Curții Europene a Drepturilor Omului (CEDO) în contextul celor mai frecvente încălcări ale drepturilor persoanelor afectate de HIV/SIDA care trăiesc cu HIV/SIDA și a acțiunilor care vor trebui întreprinse de către colaboratorii de poliție atunci cînd vor contacta cu consumatori de droguri sau cu persoane HIV-pozitive. În acest context, o atenție deosebită se acordă studierii unor așa teme ca dreptul la sănătate, dreptul la educație și la muncă, pentru a explica sudenților cadrul normativ ce reglementează aceste procese.

II. COMPETENȚE

Studiind cursul **Instruirea în domeniul HIV pentru Serviciul de Poliție**, studentul își va forma și dezvolta competențe în vederea:

- dezvoltării cunoștințelor și abilităților pentru reacții de răspuns cât mai eficiente în domeniul HIV/SIDA la nivel național și local
- luării de decizii informate pentru a se proteja de HIV și pentru a solicita suport, îngrijiri și tratament adecvat în caz de infectare cu HIV
- dotării corespunzătoare a serviciilor de poliție pentru exercitarea corespunzătoare a atribuțiilor de prevenire a răspândirii infecției HIV în comunitate și reducerea discriminării persoanelor expuse riscului infectării cu HIV și a celor infectate
- fortificării colaborării dintre organele poliției și cele de sănătate publică în abordarea problemelor legate de HIV/SIDA

Formarea unor competențe profesionale specifice viitoarei activități este un proces complex și de lungă durată care presupune parcurgerea următoarelor etape:

1. Acumularea cunoștințelor fundamentale.
2. Transformarea cunoștințelor fundamentale în cunoștințe funcționale.
3. Formarea aptitudinilor profesionale.
4. Exteriorizarea cunoștințelor.

III. OBIECTIVELE GENERALE ALE CURSULUI

Prin intermediul cursului dat, studenții vor fi apti:

- să contribuie la reducerea impactului epidemiei HIV prin prevenirea și controlul răspândirii HIV printre angajații de poliție, partenerii și familiile acestora, populațiile cheie și comunitate
- să acceseze servicii de tratament a infecției HIV și să trimită persoanele HIV-pozitive din comunitate la aceste servicii
- să evite stigmatizarea și discriminarea populațiilor cheie și a persoanelor infectate/afectate de HIV/SIDA
- să estimeze relația dintre consumul de droguri injectabile și riscurile transmiterii HIV și altor maladii hemotransmisibile
- să cunoască ce reprezintă consumul de droguri injectabile, dependența de droguri și principiile de asistență a persoanelor consumatoare de droguri aplicate în sistemul de sănătate publică
- să identifice termenii și conceptele utilizate în discutarea dependenței de droguri, aspectelor gender, toleranței, supra-dozării, sindromului de abținere și tratamentul persoanelor seropozitive
- să-și sporească nivelul de cunoștințe cu privire la paradigmele politice în domeniul controlului drogurilor și importanța lor pentru prevenirea infecției HIV și a consumului de droguri injectabile
- să se familiarizeze cu politicile privind consumul de droguri specifice țării și să identifice deosebirile și asemănările cu politicile similare din alte țări.

IV. ADMINISTRAREA CURSULUI

Semestrul	Număr de ore planurilor	Evaluare	Evaluare
	24	24	A. Antoci V. Prodan A. Nour

V. TEMATICA ȘI CONȚINUTUL ORIENTATIV AL ORELOR

a) Tematica și conținutul orientativ al orelor

Nr. d/o	Tema	Numărul de ore
1.	Considerațiuni generale cu privire la HIV/SIDA, hepatitele virale și tuberculoză	2
2	Importanța instruirii angajaților de poliție în domeniul drogurilor și HIV/SIDA. Legislația națională și internațională în acest domeniu	2
3.	Clasificarea drogurilor. Supradozele	2
4	Dependența de droguri: concepte și definiții	2
5	Risc și vulnerabilitate pentru infecția HIV. Populațiile-cheie afectate de HIV	2
6	Strategia. Reducerea riscurilor. Rolul poliției în implementarea Programelor de reducere a riscurilor	2
7	Pachetul comprehensiv pentru prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB printre persoanele care își injectează droguri	3
8	Stigmatizarea și discriminarea, drepturile omului și HIV	2
9	Drogurile și criminalitatea. Politici de prevenire a consumului ilicit de droguri	2
10	Rolul serviciilor de poliție în prevenirea, tratamentul și îngrijirea HIV/SIDA. Istoric și argumentare	2

11	Sănătatea și securitatea la locul de muncă: hepatitele virale, tuberculoza și HIV	2
12	RECAPITULARE. Instrucțiune pentru angajații Inspectoratului General de Poliție al Republicii Moldova cu privire la profilaxia infecției HIV în grupurile cu risc sporit	1
Total		24

b) obiectivele de referință și conținuturi

Obiective de referință	Conținuturi
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – utilizarea conceptelor HIV/SIDA, epidemie, prevalența globală și incidența acesteia – stabilirea căilor de transmitere a HIV – identificarea celor mai eficiente metode de prevenire a transmiterii HIV – stabilirea caracteristicilor principale ale hepatitelor B și C, transmiterea și prevenirea acestora – evaluarea celor mai eficiente practici în tratamentul și îngrijirea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA 	<p>Tema 1. Considerațiuni generale cu privire la HIV/SIDA, hepatitele virale și tuberculoză</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – legislația cu privire la drepturile omului și rolul vital al acesteia în prevenirea HIV, hepatitelor virale și TB, și în reducerea impactului epidemiei HIV – modul în care convențiile și legile privind drogurile ajută/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri – rolul politicilor locale, naționale și internaționale, și a legilor ca bariere/sprijin în prevenirea infectării cu HIV, îngrijirea și tratamentul persoanelor HIV- pozitive 	<p>Tema 2. Importanța instruirii angajaților de poliție în domeniu drogurilor și HIV/SIDA. Legislația națională și internațională în acest domeniu</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fenomenul consumului de droguri injectabile și riscurile asociate – clasificarea drogurilor, efectele, tehnici de 	<p>Tema 3. Clasificarea drogurilor. Supradozele</p>

<ul style="list-style-type: none"> – pregătire și modul de utilizare – tabloul clinic în caz de supradozare. Noțiuni de prim ajutor în supradozare – relația dintre consumul de droguri injectabile și riscurile transmiterii HIV și altor maladii hemotransmisibile 	
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dependența de droguri și principalele modele care au fost invocate pentru a o explica – termeni și concepte utilizate în discutarea dependenței de droguri, aspectelor gender, toleranței, supradozării, sindromului de abinență și tratamentului 	<p>Tema 4. Dependența de droguri: concepte și definiții</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – conceptul de risc de infectare cu HIV – conceptul de vulnerabilitate pentru infecția HIV – persoanele cele mai expuse riscului și/sau vulnerabile la infecția HIV – identificarea timpurie și implicarea populației-cheie afectate în programele de prevenire, suport și tratament 	<p>Tema 5. Risc și vulnerabilitate pentru infecția HIV. Populațiile-cheie afectate de HIV</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – identificarea consumatorilor de droguri injectabile și alte grupuri a PCA (populații cheie afectate) – cunoașterea opțiunilor de cedare în cazul când se pot face devieri de la urmărirea penală și de la sancțiunile administrative – trimiterea grupurilor cu risc sporit de infectare cu HIV la serviciile de prevenire și tratament – cunoașterea modului în care politicile, strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin politicile și practicile de prevenire, tratament și îngrijire HIV și a hepatitelor virale 	<p>Tema 6. Strategia Reducerea riscurilor. Rolul poliției în implementarea Programelor de reducere a riscurilor</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – abordarea comprehensivă a prevenirii infecției 	<p>Tema 7. Pachetul comprehensiv pentru prevenirea in-</p>

<p>HIV, hepatitelor virale și TB și componentele Pachetului comprehensiv</p> <ul style="list-style-type: none">– relația dintre componentele Pachetului comprehensiv și prevenirea infecției HIV, tratamentul și îngrijirile persoanelor seropozitive– aplicarea conceptului de Pachet comprehensiv pentru alte infecții	<p>fecției HIV, hepatitelor virale și TB printre persoanele care își injectează droguri</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none">– stigmatizarea și discriminarea, rolul lor în epidemia HIV precum și modalități de a le reduce la locul de muncă– rolul vital al drepturilor omului în prevenirea infecției HIV, îmbunătățirea accesului la îngrijire și tratament și reducerea impactului epidemiei HIV	<p>Tema 8. Stigmatizarea, discriminarea, drepturile omului și HIV</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none">– cunoașterea paradigmatelor politice în domeniul drogurilor și modul în care acestea oferă un cadru comun pentru prevenirea și tratamentul infecției HIV și a consumului de droguri injectabile– aprecierea rolului Conceptului de reducere a riscurilor și aplicarea acestuia de către angajații de poliție	<p>Tema 9. Drogurile și criminalitatea. Politici de prevenire a consumului ilicit de droguri</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none">– istoricul serviciilor de poliție ce oferă sprijin politicilor și practicilor de sănătate publică la nivel național și internațional– rolul serviciilor de poliție în prevenirea și controlul consumului de droguri injectabile– serviciile de poliție mai bine plasate pentru a sprijini tratamentul și îngrijirea HIV/SIDA și afecțiunilor conexe, modul în care serviciile de poliție pot sprijini persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA și afecțiuni conexe	<p>Tema 10. Rolul serviciilor de poliție în prevenirea, tratamentul și îngrijirea HIV/SIDA. Istoric și argumentare</p>

<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none">– pericolele profesionale și procedurile de control a infecțiilor pentru ofițerii de poliție, inclusiv a celor care își exercită atribuțiile sub acoperire– îmbunătățirea abilităților de manipulare cu echipamentul de injectare– sporirea nivelului de competențe în efectuarea perchezițiilor, în manevrarea și eliminarea în condiții de siguranță a acelor și seringilor, și a altor echipamente de injectare	<p>Tema 11. Sănătatea și securitatea locului de muncă: hepatitele virale, tuberculoza și HIV</p>
<p>sporirea nivelului de cunoștințe și de înțelegere privind:</p> <ul style="list-style-type: none">– programul de instruire în domeniul HIV și principiile fundamentale pe care acesta se bazează– obiectivele generale ale Programului– aspectele de parteneriat	<p>Tema 12. Recapitulare. Instrucțiuni pentru angajații Inspectoratului General de Poliție al Republicii Moldova în profilaxia infecției HIV în mediul populațiilor cheie</p>

VI. Bibliografie

În calitate de suport bibliografic au fost folosite actele și normele legislative naționale și internaționale precum și o serie de studii efectuate pe teritoriul Republicii Moldova.

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și rehabilitarea consumatorilor de droguri*.
2. Programul Național de Prevenire și Control a infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Convențiile ONU privind consumul de drog și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>

Lectură despre context:

9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future> IDPC Ghidul Poliției privind consumul de drog – Ediția a2a, Martie 2012

- <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>
10. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law-in-Eastern-Europe-and-Central-Asia
 11. Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010.
 12. UNAIDS 2011 Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
 13. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionondrugs.org/hiv/>
 14. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

ABREVIERI

BSB	Bărbați care întrețin relații sexuale cu bărbați
CDI/UDI	Consumatori de droguri injectabile/Utilizatori de droguri injectabile
CNC SIDA/TB	Consiliul Național de Coordonare a Programelor Naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, infecțiilor cu transmitere sexuală și de control al tuberculozei
CTH	Consiliere și testare la HIV
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
HVB	Hepatita virală B
HVC	Hepatita virală C
IEC	Informare, educare și comunicare
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
LEAHN	Rețeaua Internațională a Organelor de Drept și (Law Enforcement And HIV Network)
HIV	
LGBT	Comunitate de lesbiene, gay, bisexuali, transgender
OIM	Organizația Internațională a Muncii
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PC	Pachetului Comprehensiv
PCA	Populațiile-cheie afectate
PNUD	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
PPSS	Persoane care prestează servicii sexuale
PRR	Programe de reducere a riscurilor
PRSI/GR	Populațiile cu risc sporit de infectare /Grupuri cu risc sporit de infectare
PTH	Persoane ce trăiesc cu infecția HIV
SIDA	Sindromul Imunodeficienței Umane Achiziționate
SPA	Substanțe psihoactive
TARV	Tratament antiretroviral ART
TB	Tuberculoză
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite pentru HIV/ SIDA
UNODC	Agenția Națiunilor Unite pentru combaterea drogurilor și criminalității

PROIECT DIDACTIC

Tema 1.

Considerațiuni generale cu privire la HIV/SIDA, hepatitele virale și tuberculoză (90 min)

1. Tezele principale:

- Conceptul HIV/SIDA
- Căile de transmitere a HIV
- Metode de prevenire a transmiterii HIV
- Hepatitelevirale B și C, transmiterea și prevenirea
- Tuberculoza, transmiterea și prevenirea

2. Obiectiveeducaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- utilizarea conceptelor HIV/SIDA, epidemie, prevalența globală și incidența acesteia
- stabilirea căilor de transmitere a HIV
- identificarea celor mai eficiente metode de prevenire a transmiterii HIV
- stabilirea caracteristicilor principale ale hepatitelor B și C, transmiterea și prevenirea acestora
- evaluarea celor mai eficiente practici în tratamentul și îngrijirea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA

3. Scop final/Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să dobândească cunoștințe și înțelegere a termenilor și a conceptelor folosite în abordareaproblemelor legate de HIV/SIDA,

- hepatitele virale B și C
- să conștientizeze factorii-cheie și căile de transmitere a HIV
 - să cunoască și să identifice cele mai eficiente metode de prevenire a transmiterii HIV
 - să cunoască caracteristicile principale ale hepatitelor virale B și C
 - să evalueze eficiența practicilor de tratament și îngrijirea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 1
- Foi de Flip Chart A1 și markere
- Fișele tehnice:
 - 1.1. UNAIDS, Mai 2008, Adevărul despre HIV/SIDA;
 - 1.2 WHO HIV/AIDS
- Fișa tehnică nr.360, Noiembrie 2012;
- Test de evaluare a cunoștințelor în domeniul HIV/SIDA
- Harta Globală HIV a UNAIDS

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratatamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Beldianu, I., Breazu, A., Mihalache, S., Spireu-Dobrotă, S., „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și violenței familiale”, manual de instruire. București: Editura JSI Research and Training Institute Inc., 2006.
9. Blagoslov, A., Lazăr, F., Luca, A., „Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Ghid pentru serviciile de Asistență Socială”, București: Editura Psiho Cover, 2007.
10. Bourhis, Y.R., Leyens, J.P., „Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri”, Iași: Editura Polirom, 1997.
11. Bucur, Gh., „SIDA și prevenirea ei”, București: Editura Medicală, 1991.
12. Bulcea, D., Cupsa, A., „Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale”, Craiova: Editura Aius, 1995.
13. Buzducea, D., coord. „Primii pași – Asistența psiho-socială a familiei afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngri-

- jirea lor”, București: Editura Astrobios, 1999.
14. „Ghidul Educatorului de la Egal la Egal în Prevenirea HIV/SIDA”, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova, Chișinău 2003.
 15. „Ghidul lucrătorului de tineret. Includerea socială a tinerilor”, European Youth Exchange Moldova, UNICEF, Chișinău 2004.
 16. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 25 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre origi- nile și istoria epidemiei HIV/SIDA</p> <p>Cadrul didactic va face o prezentare de ansamblu a preocupărilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), UNAIDS, guvernelor, organizațiilor obștești și a persoanelor fizice cu privire la transmiterea HIV și a impactului epidemiei HIV asupra comunităților și țărilor lumii.</p> <p>Privire de ansamblu asupra prevalenței incidenței HIV/ SIDA la nivel regional și global.</p> <p>Prezentare generală a modurilor de transmitere și de prevenire a HIV și a hepatitelor virale.</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateră următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. În ce constă pericolul unei epidemii? 2. Care sunt caracteristicile epidemiei în RM și prin ce se deosebește de epidemiile din alte țări? 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point nr. 1 pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a descrie natura infecției HIV și a bolii SIDA pentru a revizui pe scurt istoria epidemiei HIV ▪ a explica ce sunt HIV și SIDA, relația lor cu sistemul imunitar, alte infecții (hepatitele virale și TB) ▪ a prezenta date statistice actuale cu argumentarea intervalelor în realizarea lor ▪ a descrie căile de transmitere a HIV și mijloacele de protecție/prevenție (rețineți cum se răspândesc hepatitele virale și TB)

<p>Activitatea 1 10 min</p>		
<p>Discuție despre căile de transmitere a HIV Testul 1 Cereți studenților să formeze grupuri și să citească fiecare punct din test, după care să decidă dacă este adevărat sau fals, notînd fișa corespunzătoare. Studenților li se permite să discute între ei itemii și răspunsurile.</p> <p>Discuții despre prevenirea transmiterii HIV Cereți studenților să formeze grupuri mici și să propună modalități de prevenirea transmiterii HIV pentru fiecare cale de transmitere. (Un student va nota răspunsurile colegilor)</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări: 1. Cum poate fi prevenită transmiterea HIV pe calea sexuală? 2. Cum poate fi prevenită transmiterea prin sînge a HIV și a hepatitelor virale?</p>	<p>Testul 1. HIV poate fi transmis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ în timpul sexului neprotejat cu partener infectat ▪ prin intermediul injecției sau transfuziei de sînge contaminat sau a produselor din astfel de sînge, transferului de fluide corporale contaminate printr-o plagă de la nivelul pielii; donații de spermă, grefe de piele sau transplant de organe ▪ de la mama infectată la copil prin sînge, pe durata sarcinii sau la naștere, cu laptele în timpul alăptării la sîn ▪ utilizarea în comun a echipamentelor de injectare a drogurilor contaminate
<p>Discuții în clasă 10 min</p>		
<p>Reluați formatul de clasă Raport de la grupurile mici despre test. Alte aspecte cu privire la întregul curs.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări: 1. Au fost răspunsuri care v-au surprins? 2. Aveți careva întrebări?</p>	<p>Repartizați Fișele tehnice 1.1 și 1.2. ▪ În grupul mare, discutați problemele-cheie invocate în test ▪ Monitorizați elementele care ar putea să se refere la modulele următoare</p>

<p>Activitatea 2 25 min</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cum se transmite HIV (trece de la o persoană la alta)? 2. Care sunt fluidele corpului? <p>Rețineți: există vaccinuri pentru hepatitele A și B, dar nu și pentru C sau D.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Care sunt modalitățile de prevenire a infectării cu HIV în raport cu căile de transmitere? 	<p>Revizuiți succint căile de transmitere a HIV și metodele de prevenire (la fel ca și în Activitatea de bază nr. 1. Accentuați cum sunt răspândite hepatitele virale și TB).</p> <p>Folosind PowerPoint, descrieți:</p> <ul style="list-style-type: none"> – exemple de bune practici de tratament (ART) și de îngrijire a cu HIV/SIDA la nivel internațional și în R. Moldova – relația dintre infecția HIV și factori precum: statutul socioeconomic, aspecte gender și orientare sexuală, accesul la metode de prevenire, de tratament și de îngrijire (acesta este punctul central al modulului următor). <p>Cadrul didactic va atenționa asupra faptului că:</p> <ul style="list-style-type: none"> – organismul uman luptă cu bolile prin intermediul „sistemului imunitar” <ul style="list-style-type: none"> ▪ sistemul imunitar include celule din sânge care pot lupta împotriva microbilor/virusurilor pătrunși în corpul nostru ▪ microbii/virusurile fiind microscopice în număr de milioane, de exemplu în aerul din jurul nostru ▪ microbii/virusurile pot pătrunde în corpul nostru în moduri diferite: prin tăieturile de pe corpul nostru; cu aerul inspirat; cu hrana ▪ sistemul imunitar distruge majoritatea microbilor/virusurilor care pătrund în corpul nostru ▪ la un om sănătos sistemul imunitar funcționează foarte bine, protejându-l de boli
---	--	---

<p>Activitatea 3 10 min</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici Studenții vor discuta și rezuma impactul infecției HIV asupra propriilor comunități. Ei vor nota unele informații despre persoane fizice și organizații din comunitate care ajută la combaterea transmiterii HIV, susțin și acordă sprijin persoanelor care traiesc cu HIV/SIDA. (Informația va fi prezentată apoi în grupul mare)</p>	<p>Vezi Fișa tehnică nr. 2. Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări: 1. Cum poate fi prevenită transmiterea HIV de la mamă la copil? 2. Care este rolul tratamentului antiretroviral? 3. Cum sunt finanțate programele de prevenire a transmiterii HIV, de tratament, de suport și de îngrijiri a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA? 4. Cum se asigură continuitatea acestor programe? 5. Care este eficiența acestor programe? Ați dori să activați ca voluntar în astfel de programe?</p>	<p>Încurajați studenții să identifice organizațiile care se ocupă de categoriile cele mai afectate de HIV/SIDA și de grupurile cu risc sporit de infectare cu HIV. Lucrând asupra acestei probleme, studenții se vor pregăti pentru modulul următor</p>
<p>Discuții/Dezbateri 10 min</p>		
<p>Întrebări și discuții specifice</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări: 1. Ce putem face la locul de muncă și în viața personală pentru a preveni transmiterea HIV? 2. Dar a hepatitelor virale? Întrebări? Preocupări? 3. Ați aflat ceva nou despre HIV/SIDA? 4. Despre ce ați dori să aflați mai multe?</p>	<p>Discutați în grupul mare: ■ Punctele principale invocate de fiecare grup în sesiunile de break-out ■ Contribuțiile serviciilor de poliție la prevenirea transmiterii HIV Monitorizați întrebările care ar putea să se refere la modulele următoare.</p>

Conținutul prelegerii

Conceptul HIV/SIDA

Majoritatea persoanelor HIV-pozitive nu știu că sunt infectate, deoarece imediat după infectare organismul nu reacționează la prezența virusului.

În pofida faptului că infecția HIV inițial nu declanșează simptome, persoana infectată cu HIV poate transmite virusul altei persoane. Unica modalitate de a determina prezența virusului în organism este testarea la HIV.

La moment nu există remedii pentru tra-

tarea SIDA, ci doar tratamente care permit întârzierea manifestării și evoluției maladiei. Terapia anti-HIV este cunoscută ca terapia antiretrovirală (TARV). Administrată la o etapă timpurie, TARV schimbă evoluția naturală a infecției HIV prin reducerea încărcăturii virale a organismului și întârzierea manifestării simptomelor.

Concepte-cheie

HIV se discifrează ca **virusul imunodeficienței umane**. Este un virus care, pătrunzând în celulele sistemului imunitar, le distruge sau le distorsionează funcția. Astfel, infecția HIV distruge în mod progresiv sistemul imunitar, creând imunodeficiență.

SIDA desemnează **sindromul imunodeficienței achiziționate** (dobândite) și descrie setul de simptome și de infecții asociate cu deficiența sistemului imunitar generată de infecția HIV. Termenul SIDA este aplicabil pentru cele mai avansate etape ale infecției HIV. Majoritatea persoanelor infectate cu HIV, în cazul în care nu sunt tratate, pot dezvolta simptome SIDA în 8-10 ani.

Căile de transmitere a HIV

HIV se conține în toate lichidele biologice ale persoanei infectate, dar poate fi transmis altei persoane doar printr-un contact cu o încărcătură virală suficientă pentru infectare: sânge, spermă, lichid vaginal și lapte

matern. Astfel, transmiterea virusului are loc la contactul cu aceste lichide în timpul relațiilor sexuale neprotejate, transfuziilor de sânge sau produse din sânge, la administrarea de droguri injectabile cu aceeași seringă.

La nivel global, relațiile sexuale vaginale sau anale neprotejate cu un partener HIV-pozitiv constituie cel mai răspândit mod de transmitere a HIV. Transmiterea HIV prin sânge este responsabilă pentru 30% din infecțiile HIV la nivel mondial, în afară de Africa Subsahariană.

Considerațiuni generale cu privire la HIV/SIDA, hepatitele virale și tuberculoză

Acolo, unde este prezent HIV, acesta va fi transmis prin toate cele trei căi enumerate mai sus. Pentru fiecare cale de transmitere a HIV există metode de reducere sau de excludere a infectării. La fel, există intervenții care și-au dovedit eficiența la nivel de comunitate, local și național. Incidența infectării după fiecare din cele trei căi de transmitere variază în limite mari în funcție de țară și de grupurile de populații. În Ucraina, de exemplu, principalele căi de transmitere sunt cele prin sânge (folosirea în comun a echipamentului de administrare a drogurilor injectabile) și spermă (relații sexuale neprotejate).

Căile principale de transmitere a HIV:

1. Sexuală.
2. Parenterală (sanguină).
3. Verticală (de la mamă la făt).

Prevenirea infecției HIV ar trebui să fie comprehensivă, punând în aplicare toate metodele eficiente cunoscute, evitând implementarea izolată a uneia sau a câtorva dintre ele. Programele eficiente de prevenire a infecției HIV nu oferă doar informații, dar asigură și acces la diverse servicii importante precum prezervativele și/sau seringile de unică folosință.

Multe persoane nu pot fi atribuite doar unei singure „categorii de risc”. De exemplu, utilizatorii de droguri injectabile au nevoie de ac-

ces la prezervative și consiliere cu privire la relațiile sexuale protejate precum și suport pentru a reduce riscul de transmitere a infecției prin sînge.

Oricine se poate infecta cu HIV, de aceea este vitală sensibilizarea unui cerc cât mai larg de populație în domeniul dat. Acest scop poate fi atins prin intermediul instruirii în vederea prevenirii tuturor formelor de transmitere a HIV. Este important să fie instruite atît persoanele expuse riscului de infectare cu HIV, cît și cele deja infectate deoarece probabilitatea transmiterii virusului de către persoanele care trăiesc cu HIV este mai mică în cazul în care acestea își știu statutul, cunosc și respectă regulile comportamentului sigur.

Consilierea și testarea la HIV sunt fundamentale pentru prevenirea infectării cu HIV. Unele societăți consideră că este dificil să vorbești deschis despre sex, iar autoritățile impun restricții asupra subiectelor ce pot fi discutate în sala de clasă sau în campaniile de informare în masă din motive morale sau religioase. Marginalizarea categoriilor expuse unui risc sporit de infectare cu HIV (lucrătorii sexului comercial, utilizatorii de droguri injectabile, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbații), poate fi un obstacol major în eforturile de prevenire a infectării cu HIV. Adesea autoritățile nu doresc să aloce resursele necesare pentru programele destinate acestor categorii de populație.

Lucrătorii medicali și alte persoane care lucrează cu lichide corporale riscă să se infecteze cu HIV și hepatite virale în cazul în care nu întreprind măsuri relevante de precauție.

Angajații de poliție sunt expuși parțial riscului de infectare cu HIV, hepatite virale, cauza fiind eventualele înțepături cu ace contaminate sau contacte cu lichide corporale infectate la locul accidentului. De aceea, aplicarea măsurilor universale de precauție (spălarea pe mâini și folosirea mijloacelor de protecție, de exemplu a mănușilor), este indicată ori de cîte ori există riscul expunerii la sînge sau la alte lichide corporale, fiecare individ fiind tratat ca potențial seropozitiv.

Metode de prevenire a transmiterii infecției HIV

Prevenirea tuturor formelor de transmitere a infecției HIV presupune realizarea a trei obiective. Primul obiectiv ține de informare: **propagarea cunoștințelor despre HIV** și căile de transmitere. Campaniile mass-media și educația în instituțiile de învățământ sunt printre cele mai eficiente metode de atingere a acestui obiectiv.

Un alt obiectiv esențial al programelor de prevenire a infecției HIV este **consilierea și testarea voluntară la HIV**. Persoanele, care trăiesc cu HIV, sunt mai puțin predispuse de a transmite virusul altora, deoarece sunt conștiente de faptul că sunt infectate și practică un comportament protejat, de cele mai deseori datorită consultării pre-și posttestare. Astfel, o femeie însărcinată HIV-positivă nu va putea beneficia de servicii pentru a-și proteja copilul decât dacă infecția este diagnosticată. Persoanele, care află în urma testării că nu sunt infectate, pot aprecia faptul că sunt sănătoase și vor fi mai precaute în comportament pe viitor.

Al treilea obiectiv-cheie este **aplicarea tratamentului antiretroviral**. Acest tratament permite persoanelor infectate cu HIV să-și prelungească viața. În timpul tratamentului, ele contactează cu personalul medical, care trebuie să fie pregătit pentru a transmite mesaje pozitive, de încurajare, și de a promova profilaxia infecției HIV. Este important să înțelegem că tratamentul antiretroviral nu asigură vindecarea, ci doar ajută la menținerea stării actuale de sănătate și preîntâmpină dezvoltarea maladiilor oportuniste. Frica de a nu fi infectat cu HIV nu ne asigură un comportament fără risc.

Pentru fiecare dintre cele trei căi de transmitere a HIV există acțiuni specifice care, fiind aplicate, pot asigura o viață sănătoasă, fără risc de infectare cu HIV.

1. Riscul de infectare cu HIV în timpul contactului sexual poate fi exclus sau redus prin:

- *Abstenență* de la contactul sexual sau amânarea primului contact sexual
- *Fidelitatea* față de un singur partener sau contacte sexuale cu

mai puțini parteneri (nu asigură 100 % garanție)

- *Utilizarea prezervativului la fiecare act sexual*

Activități eficiente de încurajare a persoanelor să adopte un comportament sexual sigur sunt: campaniile mass-media, marketingul social, educația de la egal la egal și consilierea în grupuri mici. Aceste activități trebuie racordate la nevoile și particularitățile persoanelor asupra cărora sunt îndreptate. Programe specifice trebuie direcționate în special către grupurile-cheie: tinerii, bărbații care practică sex cu bărbații, lucrătorii sexului comercial.

Educația sexuală comprehensivă a tinerilor joacă un rol esențial în prevenirea infecției HIV. Aceasta trebuie să includă instruirea în domeniul deprinderilor de viață, așa carelații sexuale sănătoase, precum și informarea corectă și explicită despre relațiile sexuale protejate. Studiile au arătat că acest tip de educație sexuală este mai eficient în prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, decât educația axată pe cultivarea abstenenței pînă la căsătorie.

Numeroase studii au arătat că prezervativele, utilizate permanent și corect, sunt foarte eficiente în prevenirea infecției HIV. Mai mult de atât, nu există dovezi că promovarea prezervativelor duce la o activitate sexuală sporită în rîndul tinerilor. Din aceste considerente, prezervativele trebuie să fie accesibile pentru cei care au nevoie de ele.

Un rol important în prevenirea infectării cu HIV în timpul actului sexual revine tratării infecțiilor sexual transmisibile, așa ca gonoreea și hlamidioza. Dacă nu sunt tratate la timp, aceste infecțiilor facilita transmiterea HIV în timpul actului sexual.

Un grup, care nu trebuie omis de către programele de prevenirea infectării cu HIV, îl alcătuiesc persoanele care deja trăiesc cu acest virus. Consilierea regulată poate ajuta persoanele cu statut HIV-pozitiv să adopte un comportamentul sexual protejat, evitând astfel contaminarea repetată și transmiterea virusului altor persoane.

2. Persoanele, care utilizează în comun echipamentul pentru injectarea drogurilor, riscă să se infecteze cu HIV

Programele de schimb de seringi au redus numărul cazurilor noi de infectare cu HIV fără încurajarea utilizării drogurilor. Aceste programe distribuie gratis seringi sterile/de unică folosință în schimbul celor utilizate, care sunt colectate în recipiente sigure și apoi distruse în siguranță. Programele oferă adițional și așa servicii ca: informarea, consultarea, trimiterea și însoțirea la centrele de tratament a dependenței de droguri și la cele de consiliere, testarea voluntară la HIV. Schimbul de ace/seringi este o parte esențială a prevenirii infectării cu HIV în comunitățile în care există utilizatori de droguri injectabile.

Programele de outreach comunitar (lucru în stradă), consilierea în grupuri mici și alte activități, care încurajează un comportament protejat și accesul la opțiuni disponibile de prevenire a infectării cu HIV, sunt de asemenea importante pentru utilizatorii de droguri injectabile.

Programele de farmacoterapie cu metadonă sau alte programe de tratament a persoanelor dependente de droguri sunt metode eficiente de suport a persoanelor dispuse să renunțe la consumul de droguri sau cel puțin la formele injectabile. Persoanele, care nu vor dori sau nu vor putea să renunțe la consumul de droguri injectabile, vor fi încurajate să reducă riscul de infectare prin utilizarea echipamentelor de administrare a drogurilor sterile sau de unică folosință.

Transfuzia de sînge infectat sau de produse din sînge infectat este cea mai ușoară cale de transmiterea HIV. Șansele ca acest lucru să se întâmple sunt reduse substanțial prin screening-ul la virus a tuturor probelor de sînge și prin tratamentul termic al produselor de sînge, atunci cînd este posibil. Luînd în considerare faptul că screening-ul nu asigură 100% garanție, este rezonabil de a impune unele restricții la selectarea donatorilor. Acestea trebuie să fie justificate prin dovezi epidemiologice și nu neapărat să limiteze rezervele sau să alimenteze prejudecățile. Reducerea numărului de transfuzii inutile

de asemenea contribuie la minimalizarea riscului transfuziei de sânge infectat cu HIV.

Siguranța procedurilor medicale sau a altor activități care implică contactul cu sângele, așa ca tatuajul, piercing-ul și circumcizia, poate fi îmbunătățită prin sterilizarea de rutină a echipament-ului utilizat. O opțiune și mai bună este înlocuirea echipament-ului după fiecare utilizare, când aceasta este posibil.

3. HIV se poate transmite de la mamă la făt în timpul: sarcinii, nașterii și alptării la sân (prin laptele matern)

Primul pas spre reducerea numărului denou-născuți seropozitivi este prevenirea infectării cu HIV a femeilor și prevenirea sarcinilor nedorite. Există mai multe metode care pot bloca transmiterea infecției de la mama seropozitivă la copil. Tratamentul antiretroviral administrat mamei pe parcursul sarcinii și travali-ului precum și nou-născut-ului pot reduce semnificativ riscul infectării acestuia cu HIV. Cu toate că cel mai eficient tratament antiretroviral presupune o combinație de medicamente administrate pe o perioadă lungă de timp, chiar și o administrare unică poate reduce rata transmisierii la jumătate.

Nașterea prin cezariană exclude expunerea nou-născutului la fluidele corpului matern. Drept urmare, această intervenție reduce riscul transmiterii HIV, dar se recomandă doar dacă mama are o încărcătura virală foarte mare și dacă beneficiul pentru copil excede riscurile intervenției.

Evaluarea riscurilor și beneficiilor este importantă și la selectarea opțiunii de alăptare. Organizația Mondială a Sănătății recomandă mamelor HIV-pozitive să nu alapeze la sân. O mamă HIV-pozitivă trebuie să fie consultată privind riscurile și beneficiile diferitor opțiuni de alimentare a copilului și ajutată să o aleagă pe cea mai potrivită pentru situația ei.

Hepatitele virale B și C: transmiterea și prevenirea

Funcția ficatului este foarte importantă în organism. El are „misiunea» de a neutraliza substanțele toxice din organism și de a fabrica compuși chimici necesari acestuia (de exemplu, bila).

Există mai multe tipuri de hepatită virală, denumite în funcție de tipul de virus care o provoacă: tipul A (agentul patogen – virusul hepatic A), tipul B (agentul patogen – virusul hepatic B), tipul C (agentul patogen – virusul hepatic C), tipul D (agentul patogen – virusul hepatic D), tipul E (agentul patogen - virusul hepatic E), tipul G (agentul patogen – virusul hepatic G). Cele mai răspândite sunt hepatitele virale A, B și C.

Pentru hepatita virală este caracteristic un procent foarte ridicat de transmitere. Studiile au arătat că virusul hepatic B are un procent de infecțiozitate de 33%, iar virusul hepatic C - de 3%. Pentru comparație, virusul imunodeficienței umane (HIV) are un procent de infecțiozitate de 0,3%. Prin urmare, hepatita virală B este de 100 de ori mai contagioasă decât infecția HIV.

Principala cauză a hepatitelor virale este virusul hepatic. Acesta atacă și distruge, într-o măsură mai mică sau mai mare, celulele hepatice ceea ce duce la o funcționare defectuoasă a ficatului și la insuficiență hepatică.

Hepatita virală B

Hepatita virală B este o boală severă, cauzată de infecția cu virusul hepatic B. Virusul se multiplică și atacă ficatul încet, de-a lungul timpului, afectând capacitatea ficatului de a se regenera. Persoanele, care suferă de hepatita B, nu prezintă careva semne sau simptome, astfel încât pot trăi ani de zile fără să știe că sunt infectați. Dacă nu este diagnosticată și tratată, hepatita B poate cauza complicații care pot duce în final la cancer hepatic și deces.

Transmiterea. Acest tip de hepatită virală se transmite prin schimbul de fluide ale corpului și prin contactul mucoaselor sau tegumen-

telor lezate (plăgi, leziuni și ulceratii care ușurează trecerea virusului hepatic, numite „soluții de continuitate”), cu fluide infectate - transfuzii de sânge, de produse din sânge infectat, contacte sexuale neprotejate cu persoane infectate, folosirea în comun cu persoane infectate a seringilor și a altor instrumente contaminate care pot provoca sîngerare (foarfece, briciuri, lame, piulițe etc). Virusul hepatic B se poate transmite și „pe verticală” – de la mamă la făt, cu o probabilitate de 100% dacă femeia se infectează în primul trimestru de sarcină. Acest virus poate fi transmis fătului și cu laptele matern (în timpul alăptării la sîn).

Prevenirea. Infecția cu virusul hepatic B poate fi prevenită prin vaccinare, care are o durată de protecție de 5-7 ani, iar cu vaccinurile noi până la 25 de ani. Alte modalități de prevenire:

- utilizarea corectă și permanentă a prezervativelor
- administrarea imunoglobulinei antihepatită B (HBIG) nou-născuților din mame infectate
- vaccinarea nou-născuților la 12 ore după naștere
- folosirea seringilor de unică folosință
- evitarea folosirii în comun a obiectelor care pot provoca tăieturi sau care au urme de sânge - aparate de ras, periuțe de dinți, forfecuțe pentru manichiură, briciuri etc.
- Evitarea efectuării tatuajelor sau piercingului în locații necorespunzătoare

Hepatita virală C

Este o boală infecțioasă cauzată de virusul hepatic C (VHC). La majoritatea persoanelor, virusul rămâne cantonat în ficat și în timp poate cauza insuficiență hepatică (ficatul nu mai funcționează corespunzător), ciroză (înlocuirea ireversibilă a țesutului hepatic normal cu țesut fibros, nefuncțional) sau cancer hepatic. Dacă pentru hepatitele A și B există vaccini eficiente, în cazul hepatitei C nu este un vaccin.

Transmiterea. Virusul hepatic C se transmite de la persoană la persoană prin expunerea la sânge infectat, mai rar prin contact sexual neprotejat. Risc crescut de contaminare există în următoarele situații:

folosirea de droguri (pe cale intravenoasă - prin ace și seringi nesterile, și pe cale nazală); transfuzii de sânge și produse de sânge înainte de 1991 (după acest an, determinarea sistematică a anticorpilor antivirali a făcut ca riscul transfuzional să devină aproape nul); tatuaje sau piercing (cercei în diverse zone ale corpului); folosirea în comun cu o persoană având hepatita C a unor obiecte ascuțite, tăioase: foarfecute, lame de ras, piulițe etc; contaminarea nou-născutului în timpul nașterii de către mama infectată.

Prevenirea. În lipsa vaccinului, profilaxia infecției cu virusul hepatic C presupune:

- sterilizarea adecvată a echipamentelor medicale
- testarea donatorilor înainte de recoltarea produselor biologice pentru transfuzii (masa eritrocitară, plasmă proaspăt congelată)
- sterilizarea adecvată a echipamentelor nemedicale (ace pentru acupunctură, pentru tatuaje, truse de manichiură etc.)
- evitarea utilizării de droguri pe cale intravenoasă sau nazală
- renunțarea la contacte sexuale neprotejate cu parteneri multipli
- nepracticarea piercingului și tatuajelor
- vaccinarea împotriva hepatitelor A și B, responsabile de leziuni hepatice care pot agrava și complica evoluția hepatitei C

Tuberculoza: transmiterea și prevenirea

Tuberculoza este o maladie infecțioasă provocată de bacilul tuberculozei (*Mycobacterium tuberculosis*), numit și bacilul Koch în cinstea medicului R. Koch care l-a descoperit. Cel mai frecvent, tuberculoza vizează plămânii (tuberculoza pulmonară), însă poate afecta și alte organe (oasele și articulațiile, rinichii, ganglionii limfatici intratoracici, aparatul urogenital, pielea, ochii etc.). Infecția cu bacilul tuberculozei nu înseamnă neapărat tuberculoză. Este însă posibil ca după un timp (luni sau ani de zile), când organismul este slăbit din cauza subnutri-

ției, oboselii, stresului, consumului îndelungat de alcool, curelor excesive de slăbire, alte boli cum ar fi diabetul, tratamente care scad imunitatea (cortizon) sau infecția HIV. „Bariera” de apărare să-și piardă eficiența. Atunci bacilul se trezește, începe să se înmulțească în plămâni, generând tuberculoza propriu-zisă.

Transmiterea. Bacilul tuberculozei se transmite prin aer (nu prin mîncare, vase, tacîmuri, prin sărut sau relații sexuale). Sursa de bacili este sputa omului bolnav de tuberculoză pulmonară, care nu urmează tratamentul. Acesta răspîndește bacilii cînd tușește, strănută, vorbește. Persoanele din jurul său pot inspira aerul cu bacili și să se infecteze. O persoană, care are tuberculoză și nu se tratează, poate infecta într-un an alte 10 persoane cu care contactează, indiferent de statutul social și situația materială.

Riscului sporit decontractare aTB sunt expuse:

- persoanele care se află în contact intim și prelungit cu sursa de infecție. Astfel, în 75% din cazuri copiii se infectează de la membrii familiei (părinți, bunei, unchi, mătușe etc.) și doar 25% în-tîmplător (prietenii de familie, în transportul public)
- persoanele cu imunitate scăzută, cauzată de subnutriție și condiții nefavorabile de viață, afecțiuni cronice
- persoanele infectate cu HIV
- fumătorii activi
- persoanele care consumă alcool și/sau droguri
- copiii nevaccinați contra tuberculozei

Prevenirea:

- depistarea la timp și tratamentul adecvat al purtătorilor de bacili tuberculoși
- vaccinarea BCG: metoda de protecție antituberculoasă care nu împiedică infectarea, dar previne apariția formelor grave de tuberculoză la copilul mic. Este obligatorie vaccinarea tuturor nou-născuții înainte de externarea din maternitate
- creșterea imunității organismului prin renunțarea la anumite deprinderi vicioase (fumat, droguri, băuturi spirtoase), respec-

tarea regimului alimentar, călirea organismului, practicarea sportului

- izolarea bolnavilor de tuberculoză
- scăderea densității bacililor în aerul din spațiile închise: ventilație eficientă, lumină naturală (radiația solară), lămpi cu radiații ultraviolete, dereticarea umedă a acestora de 2-3 ori pe zi
- igiena tusei în vederea prevenirii răspândirii bacililor în aer. Bolnavul, în timpul tusei și strănutului, trebuie să-și acopere nasul și gura cu o batistă sau cu un șervețel, să utilizeze scuiptoare, care urmează a fi dezinfectate. Batistele și șervețelele cu spută trebuie distruse

PROIECT DIDACTIC

TEMA 2.

Importanța instruirii angajaților de poliție în domeniul drogurilor și HIV/SIDA. Legislația națională și internațională în acest domeniu (90 min)

1. Tezele principale:

- Considerațiuni generale
- Importanța instruirii în domeniul HIV a colaboratorilor de poliție
- Obiectivele programului de instruire a colaboratorilor de poliție în domeniul HIV/SIDA
- Legislația națională privind consumul de droguri. Cadrul politic și instituțional
- Legislația națională în domeniul HIV/SIDA

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- legislația națională cu privire la drepturile omului și rolul vital al acesteia în prevenirea HIV, hepatitelor virale și TB, și în reducerea impactului epidemiei HIV
- modul în care convențiile și legile privind drogurile ajută/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri
- rolul politicilor locale, naționale și internaționale, și a legilor ca bariere/sprijin în prevenirea infectării cu HIV, îngrijirea și tratamentul persoanelor HIV-pozitive

3. Scopul final:

Studentii urmează:

- să dobândească o înțelegere adrepturilor omului, a rolului respectării lor în prevenirea infectării cu HIV, hepatite virale, TB și în controlul epidemiei HIV
- să cunoască modul în care convențiile și legile privind drogurile ajută/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri
- să estimeze importanța politicilor și a legilor (locale, naționale și internaționale) ca bariere/ sprijin în implementarea metodelor de prevenirea infecției HIV, de îngrijire și tratament a persoanelor seropozitive

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 2
- Foi de Flip Chart A1 și markere
- Fișa tehnică OSF (Open Society Foundation) Drepturile Omului și Politica de combatere a drogurilor, 2011(în limba rusă) <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/humanrights-20110110>

5. Bibliografie

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratatamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope
8. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa deEst și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law-in-Eastern-Europe-and-Central-Asia
9. Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010.
10. UNAIDS 2011 Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
11. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionondrugs.org/hiv/>
12. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază, 40 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Scurtă trecere în revistă a Legii cu privire la profilaxia HIV/SIDA și a Strategiei Naționale Antidrog</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuție generală despre drepturile omu <p>Scurtă trecere în revistă a Legii cu privire la profilaxia HIV/SIDA și a Strategiei Naționale Antidrog</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuție generală despre drepturile omului, advocacy (pledoarie) și rolul respectării lor în prevenirea hepatitelor virale, tuberculozei și infecției HIV, reducerea impactului epidemiei HIV ▪ Scurtă trecere în revistă a modului în care convențiile de combatere a consumului de droguri previne efectele nocive sau acționează ca bariere în implementarea metodelor de prevenire, îngrijire și tratament a infecției HIV 	<p>Cadrul didactic va referi la stigmatizare, discriminare și drepturile omului. Apoi va propune spre dezbatere următoarele probleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> – modul în care încălcarea drepturilor omului afectează accesul la servicii de prevenire, tratament și îngrijiri și ce înseamnă acest lucru pentru epidemia HIV și pentru cei care trăiesc cu HIV/SIDA – modul în care convențiile de combatere a consumului de droguri asigură reducerea riscurilor sau acționează ca bariere în implementarea metodelor de prevenire a infecției HIV, de îngrijire și tratament a persoanelor seropozitive 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point nr. 2 pentru o privire de ansamblu a legislației în domeniul drepturilor omului, a rolului respectării acesteia în prevenirea hepatitelor virale, tuberculozei și infecției HIV, tratamentul și îngrijirea persoanelor infectate</p> <p>Cadrul didactic va explica pe scurt fiecare component-cheie al pachetului de convenții, legile internaționale și na advocacy ionale în ce privește stigmatizarea și discriminarea, drepturile omului și susținerea</p> <p>(Fișa tehnică nr.2):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convențiile și comentariile cu privire la combaterea drogurilor ▪ Rapoartele INCB ▪ Declarațiile ONU și HIV/SIDA ▪ Alte tratate ONU și documente ▪ Legislația națională
<p>Activitatea 1 20 min</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici</p> <p>Sevor revizui și discuta: legislația națională și internațională în ceea ce privește stigmatizarea</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt avantejalele legislației și politicilor în domeniul dat? 	<p>Fișa tehnică nr.2</p> <p>Revizuiți și discutați legislația națională și internațională în ceea ce privește stigmatizarea și</p>

<p>și discriminarea, drepturile omului și susținerea (inclusiv Declarația Universală a Drepturilor Omului). (Un student va nota răspunsurile colegilor)</p>	<p>2. Care sunt dezavantajele legislației și politicilor în domeniul dat? 3. Cum ar mai putea fi abordat acest subiect?</p>	<p>discriminarea, drepturilor omului și susținerea. Notă. Declarația Universală a Drepturilor Omului</p>
<p>Discutați în clasă 20 min</p>		
<p>Reluați formatul de clasă Adunați rapoartele de la grupurile mici și discutați legile cu privire la combaterea consumului de droguri și drepturile omului. Întrebări generale și discuții.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbater următoarele întrebări: 1. Care sunt legăturile dintre legile și politicile cu privire la combaterea consumului de droguri și drepturile omului? 2. Cum pot contribui angajații de poliție la combaterea consumului de droguri? 3. Întrebări? Preocupări?</p>	<p>Raportarea de către grupurile mici și discutarea legilor cu privire la combaterea consumului de droguri și drepturile omului</p>

Conținutul prelegerii

Considerațiuni generale

Comunitatea mondială a realizat un progres semnificativ în combaterea epidemiei HIV, ratele de infectare cu HIV fiind în descreștere în mai multe țări ale lumii (UNAIDS, 2012). Cu toate acestea, ținerea sub control a epidemiilor HIV în rândul populațiilor-cheie prezintă în continuare dificultăți semnificative pentru programele și strategiile în domeniul infecției HIV. Populațiile-cheie afectate de HIV includ (cu anumite devieri în funcție de amplasarea geografică) utilizatorii de droguri injectabile (UDI), lucrătorii sexului comercial (LSC) și clienții acestora, transsexualii, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați (BSB), migranții, care reprezintă o preocupare umanitară, copiii străzii și persoanele care au fost sau sunt în detenție. Epidemia HIV, remarcată în Europa de Est și Asia Centrală, continuă să fie impulsionată de injectarea drogurilor, acestui mod de transmitere fiindu-i atribuite peste 75% din cazurile de infectare cu HIV înregistrate.

În vederea ținerii sub control și eradicării epidemiei HIV printre cele mai vulnerabile pături ale populației se impun intervenții masive și eforturi comune din partea reprezentanților sectorului guvernamental.

Practicile organelor de poliție pot influența, pozitiv sau negativ, modul în care se manifestă o epidemie HIV, în special în ceea ce privește supravegherea grupurilor de populație expuse riscului de infectare cu HIV. Organele de poliție pot exercita influență și asupra politicilor sociale și de sănătate, care, la rândul lor, determină reacția de răspuns la HIV. Cooperarea dintre organele de poliție și serviciile de sănătate, și de asistență socială este importantă și ar putea fi consolidată, instruirea fiind o componentă fundamentală a acestui proces. Pot fi organizate sesiuni de instruire pentru societatea civilă, având la bază cultura de activitate a organelor ordinii de drept pentru o înțelegere mai bună a activității desfășurate de ambele părți.

Angajații de poliție ar trebui să conștientizeze care sunt implicații-

le acțiunilor lor asupra sănătății și bunăstării oamenilor și să-și asume responsabilitatea pentru aceste acțiuni. În pofida rolului vital și al atribuțiilor exercitate în sănătatea publică, organele de poliție n-au fost suficient integrate în planurile și politicile naționale de prevenire a HIV/SIDA, de acordare a serviciilor de suport și de asistență medicală persoanelor seropozitive. Prin urmare, serviciile organelor de poliție pot să joace un rol deosebit în conturarea politicilor naționale pe aspecte ce țin de competența lor. În vederea exercitării eficiente a acestui rol, este necesară crearea unor parteneriate între poliție, alte organe de drept/instituții de forță, serviciile de sănătate și reprezentanții comunității.

HIV/SIDA afectează și polițiștii, ridicând probleme importante cum sunt stigmatizarea și discriminarea, dar și sănătatea și bunăstarea personală. În multe servicii ale organelor de poliție există frica și suspiciunea față de HIV/SIDA și PTCH, ceea ce impune o instruire și informare adecvată, dacă se dorește redresarea situației și îmbunătățirea prevenirii HIV și a serviciilor medicale aferente.

În vederea exercitării unui control eficient asupra răspândirii infecției HIV și a co-infecțiilor, cum ar fi hepatitele virale și TB, printre populațiile-cheie, trebuie întreprinse rapid intervenții de rigoare. În Republica Moldova rolul de lider în acest domeniu aparține Ministerului Sănătății. Este necesar ca și alte instituții guvernamentale, inclusiv ministerele responsabile de afacerile interne și ordinea de drept, să-și identifice responsabilitățile și să-și asume atribuțiile. Rolul organelor de poliție în prevenirea infecției HIV trebuie să fie abordat cu prioritate, fiind inclus pe primele poziții în agendele regionale și naționale (Prima reuniune regională, 2012).

Unul dintre obiectivele programului de instruire în domeniul infecției HIV este fortificarea parteneriatului intersectorial și cooperării dintre organele ordinii de drept, serviciile de sănătate și de asistență socială, precum și ONG-urile active în prestarea serviciilor de prevenire a infecției HIV, de terapie și suport. În acest mod va fi amplificat și consolidat rolul organelor de poliție în implementarea strategiei na-

ționale HIV/SIDA în conformitate cu prevederile incluse în Programul național de prevenire și control al infecției HIV.

Discuțiile cu implicarea UNODC și a organelor ordinii de drept dintr-un șir de țări au indicat la necesitatea de a elabora un program amplu de instruire cu privire la HIV/SIDA pentru angajații din poliție. Un astfel de program va spori capacitatea acestora de a răspunde mai eficient provocărilor generate de infecția HIV printre angajații acestor organe și comunitățile din jurisdicția lor (UNAIDS, 2004). Programul de instruire poate contribui în mod special la informarea și dotarea mai adecvată a angajaților din poliție pentru a avea acces la populațiile-cheie, expuse unui risc sporit de infectare, pentru încadrarea lor în programe de prevenire și de terapie a infecției HIV.

Importanța instruirii în domeniul HIVa angajaților de poliție

Forțele de poliție joacă un rol critic în punerea în aplicare a legii și asigurarea securității naționale și a comunităților din țară. Orice aspect, care afectează performanța organelor de poliție, poate avea răsunet asupra societății. Prin urmare, trebuie să conștientizăm modul în care HIV/SIDA afectează angajații din poliție și rolul acestora în comunitate. Politicile promovate de poliție pot genera stigmatizarea și discriminarea în raport cu HIV/SIDA, limita accesul la prevenirea și terapia infecției HIV, favoriza comportamentul de risc și, în cele din urmă, răspîndirea infecției HIV.

Se impune aplicarea unor noi metode de abordare a politicilor și programelor HIV/SIDA în vederea evidențierii cauzelor ce facilitează răspîndirea infecției HIV și promovarea unei schimbări în modul în care este evaluată activitatea poliției. O astfel de schimbare va implica trecerea de la numărul de rețineri (aresturi) la avantajele pe termen lung generate de asigurarea serviciilor de prevenire, îngrijire și tratament pentru populațiile-cheie (Prima consultare regională, 2012).

Pe plan istoric, forțele polițienești din lumea întreagă au jucat un

rol-cheie în sănătatea publică. În ultimii ani această activitate a pierdut din intensitate din cauza specializării agențiilor guvernamentale. Atît la nivel global, cît și regional, există exemple de implicare cu succes a organelor ordinii de drept în prevenirea și terapia HIV(rețeaua internațională “Organele de drept și HIV” – LEAHN). În prezent există dovezi elocvente care demonstrează modul în care organele ordinii de drept, de justiție penală, de sănătate publică și societatea civilă se pot completa reciproc în mod eficient, făcând schimb de informații și identificând problemele, oferind o metodă cost-eficientă de reducere a infracțiunilor și de mobilizare a resurselor pentru prevenirea infecției HIV (Prima consultare regională, 2012; LEAHN, 2012a,b). Pentru a fi cu adevărat eficiente, organele ordinii de drept și organele de sănătate publică ar trebui să formeze parteneriate în vederea elaborării și susținerii legislației, politicilor și practicilor care facilitează realizarea obiectivelor comune de prevenire a HIV prin consolidarea securității comunității și reducerea infracțiunilor (LEAHN, 2012).

Necesitatea instruirii în domeniul HIV/SIDA a angajaților de poliție este evidentă, instruirea și sensibilizarea fiind forța motrice pentru a încuraja schimbarea de atitudine. Accentul în cadrul acestor instruirii trebuie pus pe creșterea toleranței și susținerea angajațiilor de poliție în conștientizarea factorilor determinanți ai comportamentelor de risc sporit.

Cunoștințele, atitudinile și comportamentul angajaților de poliție trebuie să corespundă cu cele mai bune practici actuale, iar pentru materializarea acestui deziderat aceștia trebuie să fie instruiți adecvat. Programul de instruire va contribui la creșterea nivelului de cunoștințe și competențe prin conlucrarea reciprocă și cu comunitatea în vederea:

- prevenirii și controlului răspîndirii infecției HIV printre angajații de poliție, partenerii și familiile acestora
- prevenirii și controlului răspîndirii infecției HIV printre populațiile-cheie și comunitate în ansamblu
- asigurării unor servicii de tratament eficient al persoanelor in-

fectate sau afectate de HIV/SIDA

- reducerii stigmatizării și discriminării persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA
- reducerii impactului epidemiei HIV

Forțele polițienești au la activ disciplina, ierarhia, eficiența și energia pe care le pot exploata cu succes în abordarea aspectelor legate de HIV/SIDA. Concomitent, serviciile care poartă uniformă, cum sunt și organele de poliție, sunt adesea percepute de societate ca modele demne de urmat.

În vederea implementării strategiilor naționale în domeniul HIV și punerii în aplicare a programului de instruire, angajații de poliție vor avea nevoie să-și coordoneze activitatea cu partenerii guvernamentali și neguvernamentali. Obiectivele generale ale programului de instruire în domeniul HIV/SIDA a angajaților de poliție sunt de a preveni infectarea acestora, a partenerilor și familiilor lor cu HIV, sensibilizarea lor în materie de drepturi ale grupurilor vulnerabile și accesul lor la serviciile HIV/SIDA, asigurarea ca practicile polițienești să nu exacerbeze impactul epidemiei HIV în țară prin împiedicarea realizării inițiativelor de prevenire a infecției HIV. Programul de instruire se bazează pe câteva principii fundamentale, inclusiv pe abordarea axată pe drepturi, liderism și angajamente la nivel înalt, reducerea stigmatizării și discriminării, și pe o implicare mai amplă a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA (GIPA).

În mod normal, riscul de contractare a infecției HIV de către angajații de poliție în procesul de exercitare a funcțiilor este redus, însă alți factori ar putea spori vulnerabilitatea. În acest context, menționăm expunerea la leziuni prin înțeparea cu ace sau exercitarea funcțiilor în locații aflate departe de familie și comunitatea locală, fapt ce poate spori probabilitatea de comportament ce ar expune persoana riscului de infectare cu HIV. Mai mult de atât, angajații din poliție deseori se află în situații cu risc sporit de infectare cu HIV, prin urmare, aceste preocupări ar trebui abordate adecvat (ASCI, 2007; LEAHN, 2012a,b; Prima consultare regională, 2012).

Obiectivele Programului de instruire în domeniul HIV/SIDA a angajaților de poliție

Programul de instruire își propune să atingă următoarele obiective:

- Aprofundarea cunoștințelor și competențelor angajaților de poliție astfel încât aceștia să poată sprijini în cel mai eficient mod răspunsul național și local la infecția HIV/SIDA
- Asigurarea adoptării de către toți angajații de poliție a deciziilor informate privind protejarea de HIV și alte infecții hemotransmisibile
- Cunoașterea de către angajații de poliție a procedurii de accesare a serviciilor medicale, de tratament și de suport în caz de infectare cu HIV
- Dotarea angajaților de poliție cu echipamentul necesar pentru a-și exercita eficient atribuțiile în comunitate, pentru a preveni răspândirea infecției HIV în comunitate și a reduce discriminarea populațiilor-cheie
- Fortificarea colaborării în răspunsul la epidemia HIV dintre organele de poliție, OSC și furnizorii de servicii

Scopul urmărit de Programul de instruire în domeniul HIV este de a preveni infectarea cu HIV a angajaților de poliție, a partenerilor și familiilor lor, de a informa angajații de poliție despre drepturile populațiilor-cheie și de a le oferi suportul necesar în ce privește prevenirea infecției HIV și îngrijirea în caz de infectare. Strategiile naționale HIV/SIDA asigură cadrul necesar pentru realizarea activităților care ar optimiza prevenirea și ar reduce impactul social al HIV/SIDA. Aceste strategii se axează în principal pe aspectele de prevenire care constituie baza fundamentală a unui răspuns eficient pentru întreaga comunitate, inclusiv pentru angajații de poliție. Aceste strategii au în vizor și necesitatea de îngrijire și suport a celor infectați și afectați de HIV/SIDA. Programul de instruire pentru prevenirea infectării cu HIV va permite angajaților de poliție să-și îndeplinească eficient par-

tea sa din strategie și să realizeze conceptul nou – Polițistul pentru comunitate.

Obiectivul general al Programului de instruire în domeniul HIV este de a preveni infectarea cu HIV a angajaților de poliție și de a proteja drepturile grupurilor celor mai expuse riscului de infectare, asigurând acces facil la servicii de tratament, îngrijire, suport psihologic și social, reducând astfel vulnerabilitatea acestora la infectarea cu HIV și diminuând consecințele infecției HIV. Pentru a atinge acest obiectiv va fi necesară elaborarea unor politici și programe care să urmărească formarea profesională pe probleme de sănătate publică și HIV/SIDA în raport cu drepturile omului, inclusiv respectarea drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV și celor vulnerabile la infectarea cu HIV.

În cele mai multe țări ale lumii comunitățile marginalizate și incriminate, în special consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexului comercial și clienții acestora, transsexualii, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați, migranții și copiii străzii, sunt printre categoriile cele mai expuse riscului de infectare cu HIV și cu infecții asociate precum hepatitele virale și TB, rata morbidității și mortalității în aceste grupuri fiind foarte ridicată. Eforturile de a preveni maladiile în aceste grupuri de populație sunt frecvent împiedicate de politicile și practicile polițienești, considerate a fi formatorul-cheie al mediului de risc. Organele de poliție ar trebui să înlăture aceste bariere prin modificarea politicilor și prin instruirea tuturor angajaților săi (LEA-HN, 2012 a,b)

În ultimul timp, din partea grupurilor vulnerabile au parvenit mai multe plângeri în raport cu comportamentul angajaților de poliție care constituie un obstacol în calea accesării serviciilor de protecție contra HIV/SIDA (Human Rights Watch, 2006; IHRD, 2008; Harm Reduction Network din Ucraina, 2012; UNAIDS, 2012). În vederea exercitării controlului asupra epidemiei HIV este vitală asigurarea unor condiții în care orice persoană poate urma un comportament de prevenire a infectării cu HIV, în special cele mai expuse acestui risc. Instruirea în domeniul HIV/SIDA va contribui la reducerea stigmatizării și discri-

minării, la crearea unui mediu de facilitare a unui comportament de susținere, abordând concomitent problemele grupurilor vulnerabile și ale celor expuse riscului.

În mod ideal, un program de instruire în domeniul HIV/SIDA va face parte dintr-un program mai amplu de prevenire a infecției HIV-care trebuie să includă:

- Integrarea problemelor HIV/SIDA în programul de instruire angajaților din poliție
- Educația de la egal la egal
- Adoptarea măsurilor universale de precauție
- Asigurarea serviciilor de profilaxie postexpunere (PPE)
- Testarea și consilierea confidențială
- Dezvoltarea cooperării dintre societatea civilă și organele de poliție, a unui sistem eficient de referință
- Elaborarea unor politici care să abordeze prevenirea HIV/SIDA la locul de muncă, tratamentul, sensibilizarea, eliminarea stigmatizării și discriminării, precum și servicii medicale și de suport acordat PTCH

Legislația în domeniul HIV/SIDA și consumul de droguri în Republica Moldova

Începînd cu anul 1986, consumul de droguri în Republica Moldova poartă un caracter epidemic, iar prima lege antidrog, Legea nr.382-XIV „Cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor” a fost adoptată la 6 mai 1999. Pînă la acel moment se acționa în baza decretului Consiliului Suprem al Republicii „Cu privire la măsurile de combatere a beției” (1961) și a Hotărîrii Guvernului nr. 211 din 9 iunie 1972 „Cu privire la măsurile suplimentare de combatere a beției și alcoolismului”.

Legea Republicii Moldova nr. 382-XIV din 6 mai 1999 „Cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor” este, pînă în prezent, principalul act legislativ care promovează politica sta-

tului în domeniul drogurilor și are ca obiectiv implementarea politicii de stat cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope, a precursorilor, ocrotirea sănătății omului, asigurarea securității sociale și de stat. Conform modificărilor propuse în 2011, prezenta lege stabilește cadrul instituțional prin instituirea Comisiei Naționale Antidrog și a atribuțiilor acesteia.

La 6 decembrie 2001 a fost adoptată Legea Republicii Moldova nr.713-XV „Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope”, care stabilește politica statului privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, reducerea și excluderea acestor consumuri, educarea populației în spiritul abstenenței și al unui mod de viață sănătos, precum și înlăturarea consecințelor dependenței fizice și/sau psihice față de acestea.

Pentru a îmbunătăți cadrul legal, Parlamentul a adoptat în decembrie 2008 modificări la această lege. Amendamentele îmbunătățesc terminologia utilizată de lege pentru a evita lacunele și a elimina interpretările eronate. Legea prevede că consumul de droguri fără prescripție medicală se va determina în baza rezultatelor examenelor medicale și a examinării lichidelor biologice. Alte modificări se referă la procedura de acordare a serviciilor medicale (specialiștii responsabili, regulile ce urmează a fi respectate, procedura de contestare, soluționarea litigiilor etc.) și asistența medicală narcologică (tipurile de asistență medicală narcologică, specialiștii responsabili, cazurile în care aceasta survine, încetarea asistenței etc.).

Alte legi și documente conexe domeniului antidrog sunt:

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 886 din 06.08.2007 “Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”
- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1143 din 16.12.2010 „Privind aprobarea Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015”;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1208 din 27.12.2010 „Cu privire la aprobarea Strategiei naționale anti-drog pe anii 2011-2018 și Planului național de acțiuni antidrog pentru anii 2011-2013”
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 283 din 12.07.2007 „Cu privire la perfecționarea formelor și metodelor aplicării terapiei substitutive la bolnavii de narcomanie”
- Codul Contravențional al Republicii Moldova
- Codul Penal al Republicii Moldova
- Lista substanțelor narcotice, psihotrope și a plantelor care conțin astfel de substanțe depistate în trafic ilicit, precum și cantitățile acestora

În contextul **Codului Contravențional**¹, inovațiile ultimei versiuni aprobate în anul 2008 sunt introducerea răspunderii persoanei juridice și aplicarea muncii neremunerate în folosul comunității în calitate de sancțiune pentru unele contravenții administrative legate de droguri. În conformitate cu prevederile acestei Legi: art. (85), consumul personal este considerat contravenție administrativă, și nu infracțiune. Astfel, procurarea sau păstrarea ilegală, fără scop de înstrăinare, de substanțe narcotice sau de alte substanțe psihotrope în cantități mici, precum și consumarea lor fără prescripția medicului se sancționează cu amendă de la 3 la 10 unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de până la 40 de ore. În același timp, persoana care predă benevol substanțele narcotice ori alte substanțe psihotrope deținute ilegal sau care se adresează ori care dorește să se adreseze benevol la o instituție medicală pentru a i se acorda asistența necesară în legătură cu consumul ilegal al substanțelor narcotice și/sau a altor substanțe psihotrope este absolvită de răspundere pentru acțiunile prevăzute de acest articol. Art (86)

¹ <http://lex.justice.md/md/330333/>

al Codului Contravențional sancționează cu amendă de la 70 până la 150 de unități convenționale, persoana cu funcție de răspundere și cu amendă de la 200 până la 300 unități convenționale, persoana juridică pentru neadoptarea de măsuri, prevăzute de legislație, pentru asigurarea regimului stabilit de protecție a semănăturilor de mac somnifer, de cînepă, de arbust coca și de alte plante, a locurilor de păstrare și de prelucrare a recoltei acestor culturi, neadoptarea de măsuri pentru distrugerea resturilor rămase după recoltare și a deșeurilor de producție care conțin substanțe narcotice sau alte substanțe psihotrope. Cultivarea ilegală a plantelor care conțin substanțe narcotice sau alte substanțe psihotrope, chiar și în cantități mici și fără scop de înstrăinare, se sancționează cu amendă de la 30 la 50 de unități convenționale aplicată persoanei fizice, de la 100 la 300 de unități convenționale în cazul persoanei cu funcție de răspundere, de la 300 la 400 de unități convenționale pentru persoane juridice cu/ sau fără privarea, în toate cazurile, de dreptul de a desfășura o anumită activitate pe un termen de la 6 luni pînă la un an.

Codul Penal al Republicii Moldova² conține un capitol aparte intitulat “Infrațiuni contra sănătății publice și conviețuirii sociale” în care sunt desemnate articolele care prevăd pedeapsa cu amendă, muncă neremunerată în folosul comunității, și închisoare cu privarea dreptului de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen stabilit de instanța de judecată.

Dependența de droguri se manifestă prin modificarea patologică a personalității și comportament antisocial, prin pierderea capacității de evaluare critică a propriei stări, inclusiv a comportamentului în familie și în societate. Întrucît prezintă un pericol social, periclitează sănătatea personală și publică, persoanele dependente de droguri, care au săvîrșit infrațiuni, pot fi trimise forțat la tratament de dezinxicare prin hotărîrea instanței de judecată.

Referitor la prevederile Codului Penal, în 2008 și 2009 modificări

² <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=331268>

esențiale au fost elaborate în cadrul normelor ce reglementează pedepsele pentru infracțiunile legate de droguri, fiind abolită pedeapsa cu închisoarea și (sau) promovată sau majorată după caz aplicarea muncii neremunerată în folosul comunității. Fiind un progres esențial, noile prevederi corespund normelor internaționale, potrivit expertizei efectuate de Consiliul Europei și alte expertize independente, prin umanizarea pedepselor penale, promovarea pedepselor alternative privațiunii de libertate, ajustarea legii penale naționale.

Lista substanțelor narcotice, psihotrope și al plantelor care conțin astfel de substanțe depistate în trafic ilicit, precum și cantitățile acestora³, definește cantitățile mici, mari și deosebit de mari pentru fiecare substanță narcotică, substanță psihotropă sau plante ce conțin astfel de substanțe. Acțiunile/inacțiunile ilegale cu cantități mici de substanțe narcotice, substanțe psihotrope sau plante care conțin astfel de substanțe sunt pasibile de sancțiuni în conformitate cu Codul contravențional. Aceleași acțiuni/inacțiuni cu cantități mari și deosebit de mari sunt pasibile de pedepse în conformitate cu Codul penal. Cantitatea mică de substanțe narcotice, substanțe psihotrope sau plante care conțin astfel de substanțe este mai mică decât cantitatea mare definită în Listă. Cantitatea deosebit de mare de substanțe narcotice, substanțe psihotrope sau plante care conțin astfel de substanțe este mai mare decât cantitatea mare definită în Listă. Lista este permanent modificată, completată cu noi denumiri, fiind revăzute și cantitățile. În redacția din 2010 au fost modificate cantitățile acestor substanțe în raport cu anul 2004 (tab. 5).

³ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315150>

Tabelul 5

Cantitățile mari de droguri stipulate în tabelele și listele substanțelor narcotice și psihotrope și ale precursorilor supuse controlului, anul 2004 și 2010, Republica Moldova (malul drept al râului Nistru)

Denumirea	Cantitățile mari, anul 2004	Cantitățile mari, anul 2010
Heroină	0,01-1 g	0,01-2,5 g
Opiu (opiu brut)	0,1-1 g	0,1-25 g
Cocaină	0,15-1,5 g	0,15-5 g
LSD	0,0003-0,003	2-10 timbre (doze)
Plante de mac	51-150 plante	151-500 plante
Plante de cânepă	3-30 plante	6-50 plante

Lista derivă din ***Tabelele și listele substanțelor narcotice și psihotrope, și ale precursorilor supuse controlului*** conform convențiilor Organizației Națiunilor Unite în materie de droguri, aprobate de guvern⁴. Lista este utilizată de către organele de drept în procesul de calificarea unei acțiuni/inacțiuni legate de droguri drept infracțiune sau contravenție administrativă în funcție de cantitatea identificată de substanțe supuse controlului.

În contextul aplicării acestor prevederi legale, consumatorul de droguri neimplicat în producerea sau răspîndirea substanțelor narcotice deseori devine victimă a calificării incorecte a acțiunii legate de droguri drept infracțiune sau contravenție administrativă în legătură cu cantitatea identificată de substanțe supusă controlului. Deseori cantitatea de droguri pentru uz personal depășește cantitatea mică de droguri fixată în “Lista substanțelor narcotice, psihotrope și a plantelor care conțin astfel de substanțe depistate în trafic ilicit, precum și

⁴ Guvernul Republicii Moldova, 2004

cantitățile acestora”, persoana fiind pedepsită în relație cu prevederile Codului penal și nu a celui contravențional. Or, în acest context are importanța nu doar cantitatea drogului, dar și concentrația acestuia în substanța deținută. Din acest punct de vedere, consumatorul de droguri, pedepsit în calitate de infractor, este supus unei tratări incorecte, deși aparent în corespundere cu legislația în vigoare. Această situație creează premise pentru acțiuni de abuz, violență și aplicare incorectă a legislației în vigoare din partea colaboratorilor organelor de drept, iar alternativele consumatorilor de droguri în ceea ce privește ispășirea pedepsei sub forma tratamentului benevol sunt limitate.

Cadrul politic în domeniul drogurilor. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018

În scopul executării Legii nr. 382-XIV din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor lor, și îndeplinirii angajamentelor asumate de RM cu privire la combaterea narcomaniei și narcobusinessului a fost aprobată *Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018*⁵ și *Planul Național de acțiuni 2011-2013* care este parte integrantă a Strategiei prin Hotărârea Guvernului Nr. 1208 din 27.12.2010. Prezenta Strategie este un document-cheie al guvernului care descrie situația curentă în domeniu și definește obiectivele, acțiunile și măsurile necesare, cu stabilirea unor responsabilități clare pentru toți actorii implicați în activitățile de prevenire și de reprimare a consumului și/sau traficului ilicit de droguri. Acest document definește punctele inițiale și căile de abordare a problemei consumului de droguri, precum și cadrul de bază recomandat pentru crearea și implementarea politicii în domeniul drogurilor. Strategia este elaborată în concordanță cu Strategia Uniunii Europene pentru Droguri și se bazează pe Convenția unică asupra stupefiantelor,

⁵ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=337243>

adoptată la New York la 30 martie 1961 și amendată prin Protocolul de modificare a Convenției, adoptat la Geneva la 25 martie 1972, Convenția asupra substanțelor psihotrope, adoptată la Viena la 21 februarie 1971, Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, adoptată la Viena la 20 decembrie 1988, Declarația Politică cu privire la Principiile Directorii de reducere a Cererii de Droguri, adoptată la Sesiunea Specială cu privire la Droguri a Adunării Generale a ONU din 1988, considerate drept instrumente legale majore în abordarea problematicii drogurilor.

În abordarea problemei consumului de droguri, Republica Moldova se bazează pe conceptul Organizației Mondiale a Sănătății „Sănătate pentru Toți în sec. XXI”, conform căruia consumul de droguri este o problemă ce periclitează sănătatea publică și care ar putea împiedica dezvoltarea sănătoasă a cetățenilor și a societății în ansamblu. Prezenta Strategie își propune o abordare complexă, multidisciplinară și echilibrată a problemelor ce țin de consumul de droguri, bazată pe o cooperare complexă, interdepartamentală, interdisciplinară și intersectorială la toate nivelele, avînd drept fundament trei componente ale politicii moderne în domeniul drogurilor, care nu se substituie, ci se completează reciproc:

- a) reducerea ofertei de droguri (exercitarea controlului asupra circulației legale a drogurilor și combaterea traficului și distribuiri ilicite de droguri);
- b) reducerea cererii de droguri (prevenirea primară a consumului de droguri, tratamentul, resocializarea utilizatorilor de droguri);
- c) reducerea riscurilor.

Sub acest aspect, politica în domeniul drogurilor se constituie pe patru piloni de bază:

- (1) prevenirea primară;
- (2) tratament și reabilitare;
- (3) reducerea riscului;
- (4) reducerea ofertei de droguri.

În contextul aplicării echilibrate a componentelor de bază menționate mai sus. Strategia Națională Antidrog prevede următoarele obiective:

- Reducerea traficului de droguri spre și prin Republica Moldova
- Reducerea ofertei și accesibilității tuturor tipurilor de droguri
- Menținerea tendințelor de reducere a numărului de crime
- Sporirea activismului în scopul depistării primordiale a traficantilor de droguri și nu a consumatorilor
- Reducerea și stabilizarea consumului tuturor tipurilor de droguri și a consecințelor asociate, prin stabilizarea și menținerea tendințelor de micșorare a numărului persoanelor aflate la evidență

Planul de acțiuni servește drept mecanism de bază pentru implementarea în practică a Strategiei, stabilește în domeniile identificate scopuri specifice și activități pentru atingerea lor, rezultate/beneficii scontate, termene limită, instituții responsabile și indicatori pentru a monitoriza implementarea. În cadrul Strategiei Naționale Antidrog pentru anii 2011-2018 se urmăresc următoarele sarcini:

1. Stabilizarea și reducerea consumului de droguri în societate, îndeosebi în rîndul minorilor.
2. Reducerea riscurilor asociate consumului tuturor tipurilor de droguri și a efectelor economice, de sănătate, sociale, infracționale și de securitate asupra cetățenilor și societății.
3. Creșterea calității vieții consumatorilor tuturor tipurilor de droguri, a familiilor lor și altor persoane apropiate prin oferirea unui spectru larg de servicii calitative de reducere a riscurilor, tratament, reabilitare și resocializare.
4. Reducerea accesibilității drogurilor, în special pentru minori, prin utilizarea corespunzătoare a instrumentelor legale și instituționale.
5. Reducerea sau stoparea cultivării plantelor autohtone cu conținut narcotic pentru producerea drogurilor în Republica Moldova.

Cadrul instituțional

Pînă în 2010, organ coordinator al politicii naționale antidrog a fost Comisia Interdepartamentală de Combateră a Narcomaniei și Narcobussinesului. Odată cu aprobarea noii Strategii, Comisia dată a fost înlocuită cu **Comisia Națională Antidrog** care este un organ interdepartamental, instituit de guvern în scopul promovării politicii statului în domeniul circulației substanțelor narcotice, psihotrope și a precursorilor.

Comisia Națională Antidrog are următoarele atribuții:

- implementarea cerințelor stipulate în convențiile internaționale ale Organizației Națiunilor Unite, cum ar fi: Convenția unică asupra stupefiantelor (1961), Convenția asupra substanțelor psihotrope (1971) și Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope (1988), la care Republica Moldova este parte;
- crearea platformei pentru comunicarea continuă cu administrația publică centrală și locală, cu entități care contribuie la implementarea politicii în domeniul drogurilor în scopul realizării acțiunilor prevăzute în Planul național de acțiuni antidrog, aprobat de guvern;
- elaborarea de propuneri de perfecționare a legislației în domeniu;
- coordonarea activităților întreprinse de instituțiile de specialitate și de organizațiile necomerciale în vederea reducerii cererii și ofertei de droguri;
- realizarea acțiunilor prevăzute în Planul național de acțiuni antidrug;
- conlucrarea cu organizațiile necomerciale, cu parteneri externi, cu alte organe în scopul susținerii tehnice și financiare pentru realizarea obiectivelor stipulate în Strategia Națională Antidrog și în Planul național de acțiuni antidrog; în comun cu Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei;
- elaborarea de programe naționale de organizare a asistenței

medico-sociale integrate (asistență medicală, socială, de reabilitare, de reducere a riscurilor etc. pentru consumatorii de droguri) în comun cu instituțiile interesate;

- organizarea de cercetări științifice privind fenomenul consumului de droguri; în comun cu reprezentanții administrației publice centrale și locale, organizațiile necomerciale; elaborarea de programe de pregătire și instruire a cadrelor la compartimentul antidrog;
- colaborarea permanentă cu reprezentanții mass-media pentru promovarea modului sănătos de viață și informarea societății asupra rezultatelor activității administrației publice centrale și locale, precum și a organizațiilor necomerciale în vederea reducerii cererii și ofertei de droguri;
- instituirea de mecanisme de realizare a proiectelor și programelor de combatere a traficului ilicit de droguri, elaborând, în baza experienței internaționale, noi metode în acest domeniu.

Componenta nominală a Comisiei Naționale Antidrog, aprobată de către Guvern prin Hotărârea nr. 481 din 04.07.2011, este următoarea:

- Viceprim-ministru, președintele Comisiei
- Ministrul afacerilor interne, vicepreședinte al Comisiei
- Ministrul sănătății, vicepreședinte al Comisiei
- Directorul general al Instituției Medico-Sanitare Publice Dispensarul Republican de Narcologie din subordinea Ministerului Sănătății, secretar al Comisiei
- Ministrul justiției
- Ministrul apărării
- Ministrul educației
- Ministrul tineretului și sportului
- Ministrul muncii, protecției sociale și familiei
- Viceministrul afacerilor externe și integrării europene
- Directorul general al Serviciului Grăniceri
- Directorul general al Serviciului Vamal al Ministerului Finanțelor
- Directorul Serviciului de Informații și Securitate

- Prim-vice-directorul Agenției Medicamentului din subordinea Ministerului Sănătății
- Președintele Comitetului permanent de control asupra drogurilor pe lângă Ministerul Sănătății
- Șeful Direcției antidrog a Direcției generale servicii operative a Inspectoratului General de Poliție al Ministerului Afacerilor Interne
- Șeful Observatorului național pentru droguri din cadrul Centru-lui Național de Management în Sănătate
- Reprezentant al Fundației Soros-Moldova
- Reprezentant al Agenției Națiunilor Unite pentru combaterea drogurilor și criminalității în RM

În cadrul Strategiei, la capitolul “Cooperare internațională” se specifică faptul că Republica Moldova va participa activ la inițiativa-le comune lansate pe plan internațional și va asigura coordonarea eficientă a activităților proprii cu cele desfășurate de partenerii externi. Drept indicator al realizării obiectivului trasat este recunoaș-terea internațională a RM ca partener de încredere în efortul global de reducere a cererii și a ofertei de droguri în relațiile cu Uniunea Europeană, precum și cu organizațiile internaționale.

Obiectivul de cooperare internațională se va realiza prin:

- a) dezvoltarea relațiilor cu UE, asigurând preluarea și implemen-tarea corespunzătoare a prevederilor acquis-ului comunitar, dezvoltarea relațiilor parteneriale ale instituțiilor naționale implicate în reducerea cererii/ofertei de droguri cu structuri-le similare ale UE și ale statelor membre în vederea asigurării transferului de date, informații, experiențe și desfășurarea de acțiuni comune, participarea activă la activitățile realizate de UE în domeniile prevenirii și combaterii traficului și consumului de droguri;
- b) intensificarea relațiilor cu alte state și structuri internaționale implicate în lupta împotriva drogurilor, prin participarea RM la activitățile forurilor internaționale ce au drept obiectiv com-

baterea traficului și consumului de droguri, intensificarea cooperării bilaterale și multilaterale cu statele de origine a drogurilor sau cu cele aflate pe rutele de trafic ilicit al drogurilor, dezvoltarea relațiilor parteneriale cu statele care au experiență relevantă în domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri, în scopul asigurării transferului de experiență;

- c) participarea în programele internaționale privind reducerea cererii și ofertei de droguri, prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, reducerea efectelor asociate, tratamentul și recuperarea persoanelor dependente de droguri, participarea la programe de luptă împotriva drogurilor, lansate de către organizațiile internaționale sau structurile guvernamentale, neguvernamentale din alte state, implicarea activă a comunităților locale în proiecte internaționale.

Pentru realizarea măsurilor planificate în cadrul Strategiei Naționale Antidrog, fiecare autoritate responsabilă de executarea acestora urmează să prevadă în bugetul anual resurse financiare. Fiecare ministru, antrenat în dezvoltarea și implementarea prezentei Strategii, va aloca din bugetele proprii mijloace necesare pentru finanțarea tuturor măsurilor și intervențiilor particulare planificate spre a fi realizate conform Planului național de acțiuni antidrog.

Legislația în domeniul HIV/SIDA din Republica Moldova

În scopul organizării, realizării și efectuării măsurilor profilactice și de combatere a infecției HIV/SIDA au fost elaborate și implementate un șir de acte normative, inclusiv:

- Legea „Cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA” (2007)
- Programul național de profilaxie și control a infecției HIV/SIDA și ITS
- Hotărârea Guvernului RM „Cu privire la măsurile urgente de profilaxie a HIV/SIDA în rîndurile consumatorilor de droguri intravenos” nr. 1173 din 07.12.1998

- Instrucțiunea interdepartamentală de sprijin în realizarea proiectului „Profilaxia infecției HIV/SIDA în rândurile consumatorilor de droguri, nr.01-9/1568 din 16.12.1998, aprobată de Ministerul Afacerilor Interne și Ministerul Sănătății
- Ordinul Ministerului Sănătății „Cu privire la perfecționarea asistenței medicale persoanelor infectate cu HIV, bolnavilor cu SIDA și măsurilor antiepidemice”, nr. 311 din 29.12.97
- Standarde „Supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA” (2007)
- „Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA” (2008)
- Regulile de examinare și supraveghere medicală (2007)
- Conceptul și cadrul normativ al serviciului de consiliere și testare voluntară (2006)
- Instrucțiuni Privind profilaxia intraspitalicească a infecției HIV (2006)
- Prevenirea infecției HIV în caz de expunere profesională (2006)
- Utilizarea testelor rapide (2006)
- Optimizarea colectării, transportării mostrelor de sânge destinate testării la HIV și eliberării rezultatelor (2009)
- Ghiduri Supraveghere și control în infecțiile nozocomiale (2008, 2009)
- Reducerea stigmatizării și discriminării în infecția HIV (2009)
- Tratament și îngrijiri în infecția HIV și SIDA (2005, 2009)
- Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV (2007, 2009)

Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16 februarie 2007, cu modificările ulterioare, reglementează raporturile juridice ce țin de activitatea de profilaxie a infecției HIV prin reducerea cazurilor noi de infectare, prin stoparea creșterii exponențiale a epidemiei și diminuarea impactului acesteia, prin asigurarea cu asistență medicală, socială și psihologică a persoanelor ce trăiesc cu HIV/SIDA și a membrilor familiilor lor, prin garantarea respectării drepturilor acestora, precum și prin consolidarea eforturilor de prevenire și combatere a infecției în cauză.

Obiectivele legii:

- a) promovarea unei politici complexe îndreptate spre conjugarea eforturilor structurilor de stat, neguvernamentale și internaționale, ale persoanelor ce trăiesc cu HIV/SIDA, ale întreprinzătorilor și persoanelor particulare, precum și sprî aplicarîa sistîmului dî monitorizarî și evaluare a activitătîi de profilaxie a HIV/SIDA
- b) efectuarea profilaxiei, ca sistem de măsuri de contracarare a epidemiei, în baza unor activitătî de informare a populațîi (inclusiv a grupurilor socialmente vulnerabile), îndreptate spre ridicarea nivelului de cunoaștere a problemelor ce țîn de HIV/SIDA
- c) excluderea discriminării persoanelor afectate de HIV/SIDA prin garantarea drepturilor omului și respectarea demnitătîi umane
- d) elaborarea și perfecționarea programelor cu privire la ocrotirea copiilor prin realizarea unui sistem de educație diferențiată, prin promovarea unui mod de viață sînătos, inclusiv a măsurilor de prevenire a consumului de droguri, de profilaxie a infecțîi HIV, precum și de familiarizare cu problemele ce țîn de protecția contra infecțîi HIV prin prevenirea stării de orfan social ca urmare a decesului de SIDA al unuia sau al ambilor părinți
- e) asigurarea unui acces garantat la asistență medicală și socială a persoanelor ce trăiesc cu HIV/SIDA, inclusiv la tratament, îngrijiri și susținere
- f) asigurarea de condiții inofensive la acordarea asistențîi medicale, la stabilirea diagnosticului de laborator pentru prevenirea riscului infectării intraspitalicești și profesionale

Legea reglementează: cadrul măsurilor de profilaxie; activitatea de prevenire în cadrul grupurilor vulnerabile, consilierea și testarea benevolă, asistență și tratament, interzicerea discriminării, beneficierea de asistență juridică a persoanelor cu statut HIV-pozitiv și responsabilizarea acestora, prevenirea infectării nozocomiale.

Această lege prevede și responsabilitatea persoanelor cu statut HIV-pozitiv de a da dovadă de comportamente responsabile și inofensive pentru a-și proteja propria sănătate și a preveni transmiterea infecției HIV. Persoana conștientă de infectarea sa cu HIV și care pune în pericol premeditat de contaminare o altă persoană poartă răspundere penală în conformitate cu legislația în vigoare⁶. Punerea intenționată a altei persoane în pericol de contaminare cu HIV se pedepsește cu închisoare de pînă la 1 an. Contaminarea cu HIV de către o persoană care știa că suferă de această boală se pedepsește cu închisoare de la 1 la 5 ani. Contaminarea cu HIV a două sau mai multe persoane, sau cu bunăștiință a unui minor, se pedepsește cu închisoare de la 3 la 8 ani. Contaminarea cu HIV ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare de către un lucrător medical a obligațiilor sale profesionale se pedepsește cu închisoare de pînă la 5 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de pînă la 3 ani⁷.

Testarea la markerii HIV se efectuează la adresarea persoanelor, conform regulilor de examinare și supraveghere medicală elaborate și aprobate de MS în corespundere cu prezenta Lege. Articolul 13 din Lege prevede că testarea la markerii HIV se face doar în baza consimțămîntului scris, benevol și informat al persoanei. În cazul unui minor, consimțămîntul scris, benevol, pentru testare la markerii HIV urmează a fi exprimat atît de minor, cît și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul în care este imposibil de a obține consimțămîntul reprezentantului legal al minorului și dacă efectuarea testării este necesară pentru minor, este suficient consimțămîntul scris, benevol, al acestuia din urmă. În cazul unei persoane cu retard mintal, pentru efectuarea testării la HIV este necesar consimțămîntul scris al acesteia. În cazul unei persoane lipsite de discernămint, internate într-o instituție medicală specializată, responsabil de luarea deciziei privind testarea

⁶ Legea cu privire la profilaxia infecției HIV nr. 23-XVI din 16.02.2007, art.29

⁷ Codul penal al Republicii Moldova din 18.04.200 art. 212

la markerii HIV este reprezentantul ei legal.

Testarea obligatorie la markerii HIV ca precondiție pentru angajare, călătorii, acces la servicii medicale, admitere într-o instituție de învățământ este interzisă (art.15), cu excepția cazurilor prevăzute de lege. Sunt interzise toate formele de testare ascunsă.

Testarea la markerii HIV este obligatorie:

- a) la donarea sîngelui, lichidelor, țesuturilor și organelor;
- b) în baza hotărîrii instanței de judecată, în cazuri de viol și punere intenționată în pericol de infectare a altei persoane, atunci cînd acuzatul nu își dă consimțămîntul la testare după consilierea cuvenită.

În conformitate cu art. 22, este interzisă orice formă de discriminare pe motiv de statut HIV – pozitiv la toate etapele de angajare, promovare sau atribuire a responsabilităților de serviciu în orice domeniu public sau privat, la alegerea sau numirea în funcții publice.

Conform art. 32, persoanele expuse pericolului de infectare cu HIV în cadrul activității lor profesionale și victimele infracțiunilor sexuale beneficiază gratuit de profilaxie postexpunere în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice.

Potrivit art. 33, infectarea cu HIV a personalului medical în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu se consideră boală profesională.

Majoritatea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA preferă să nu beneficieze de unele drepturi care le-ar îmbunătăți nivelul de trai și calitatea vieții deoarece au frică că atunci cînd vor merge la primărie, la medicul de familie, la școală și vor spune că ei sau copilul lor au HIV/SIDA, cei care vor afla vor spune altora și vor fi tratați, priviți ca fiind vinovați că sunt infectați. Aproximativ 60% dintre cei diagnosticați cu HIV preferă să păstreze doar pentru ei diagnosticul și, de teama reacției comunității, nu accesează unele din drepturile sociale stabilite prin lege. Teamă de marginalizare și stigmatizare duce la păstrarea secretului diagnosticului, uneori și în situații care nu impun acest lucru.

PROIECT DIDACTIC

TEMA 3.

Clasificarea drogurilor. Supradozele (90 min)

1. Tezele principale:

- Tipurile și criteriile de clasificare a drogurilor
- Consumul de droguri injectabile și riscuri asociate. Supradozele

2. Obiective educaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- fenomenul consumului de droguri injectabile și riscurile asociate
- clasificarea drogurilor, efectele, tehnici de pregătire și moduri de utilizare
- tabloul clinic în caz de supradozare. Noțiuni de prim ajutor în supradozare
- relația dintre consumul de droguri injectabile și riscurile transmiterii HIV și altor maladii hemotransmisibile

3. Scop final/Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să dobândească cunoștințe privind consumul de droguri injectabile și riscurile asociate
- să distingă principalele grupuri de droguri, efectele, tehnicile de pregătire și modurile de utilizare
- să cunoască și să descrie tabloul clinic în caz de supradozare și măsurile de prim ajutor în supradozare
- să identifice relația dintre consumul de droguri injectabile și riscurile transmiterii HIV și altor maladii hemotransmisibile

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop și ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 3
- Foi de Flip Chart A 1 și markere
- Fișele tehnice:
 - 3.1 Fișele tehnice despre droguri:<http://www.justice.gov/dea/druginfo/factsheets.shtml>
 - 3.2 Fișele tehnice privind consumul de droguri injectabile și HIV:http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsdruguse_en.htm
- Testul de evaluare a cunoștințelor privind consumul de droguri.

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunctul 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, capitolul Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Beldianu, I., Breazu, A., Mihalache, S., Spireu-Dobrotă, S., „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și violenței familiale”, manual de instruire. București: Editura JSI Research and Training Institute Inc., 2006.
9. Blagoslov, A., Lazăr, F., Luca, A., „Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Ghid pentru serviciile de Asistență Socială.” București: Editura Psiho Cover, 2007.
10. Bourhis, Y.R., Leyens, J.P., „Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri.” Iași: Editura Polirom, 1997.
11. Bucur, Gh., „SIDA și prevenirea ei.” București: Editura Medicală, 1991.
12. Bulcea, D., Cupsa, A., „Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale.” Craiova: Editura Aius, 1995.
13. Buzducea, D., coord. „Primii pași – Asistența psiho-socială a familiei afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngri-

- jirea lor.” București: Editura Astrobios, 1999.
14. „Ghidul Educatorului de la Egal la Egal în Prevenirea HIV/SIDA”, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova, Chișinău 2003.
 15. „Ghidul lucrătorului de tineret. Includerea socială a tinerilor”, European Youth Exchange Moldova, UNICEF, Chișinău 2004.
 16. Aprobata la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 24 octombrie 2013 proces verbal nr. 4
 17. Aprobata prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1553 din 26.12.2013 „cu privire la aprobarea Instrucțiunii „Prevenirea infecției cu HIV în populațiile cheie”
 18. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 40 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre originile și istoria epidemiei HIV</p> <p>Privire de ansamblu asupra căilor de administrare a drogurilor (oral, intranasal, prin injectare, anal).</p> <p>Rezumatul principalelor moduri de administrare a drogurilor în ultimele două decenii și discuții despre factorii care stimulează trecerea la injectarea drogurilor</p> <p>Discuție despre riscurile și efectele nocive asociate consumului de droguri.</p> <p>Prezentarea și discutarea datelor privind injectarea de droguri și riscurile asociate, cum ar fi contractarea de HIV și hepatite virale</p> <p>Privire generală asupra abordărilor de prevenire a consumului de droguri, tratamentul persoanelor dependente cu accent pe administrarea prin injectare cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p>	<p>Cadrul didacticva propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt principalele clase de droguri și efectele acestora. Daunele și beneficiile consumului de droguri? 2. De ce oamenii consumă droguri? 3. Care sunt principalele droguri injectabile? 4. Care sunt factorii care cresc/scad nivelul de utilizare a drogurilor? 5. Care factori conduc tranziția la droguri injectabile? 6. Numiți câteva dintre modurile în care consumul de droguri poate fi legat de infecția HIV și alte infecții hemotransmisibile 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ o imagine de ansamblu a drogurilor legale și ilegale, a modurilor de administrare și efectele acestora, a primului ajutor în supradozare ■ o privire de ansamblu asupra factorilor care afectează modul de utilizarea drogurilor și stimulează trecerea la droguri injectabile ■ a revizui datele curente privind ratele consumului de droguri și abuzul de droguri, cu un accent pe administrarea lor prin injectare (Fișa tehnică nr.3)

<p>Activitatea 1 10 min</p>		
<p>Discuții</p> <p>Cereți studenților să formeze grupuri, să citească fiecare afirmație și să decidă dacă este adevărată sau falsă și să marcheze corespunzător fișa.</p> <p>Studenților li se permite să discute sarcina și răspunsurile cu ceilalți membri ai grupului.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cum s-a schimbat modul de consum al drogurilor, în leătură cu trecerea la administrarea intravenoasă, la nivel global/regional, în ultimii cinci-zece ani? 2. Ce tendințe în consumul de droguri sunt în curs de dezvoltare? 3. Ce schimbări în modul de administrare a drogurilor au loc în comunitatea voastră? 4. Care este motivul acestor schimbări și care ar putea fi consecințele? 5. Diferă schimbările din comunitatea voastră de cele la nivel de țară/regiune? 6. Care ar putea fi cauza acestor deosebiri? 	<p>Privire de ansamblu asupra celor mai frecvente droguri utilizate în țară/regiune.</p> <p>Discutați despre tendințele în administrarea drogurilor (vedeți Fișa tehnică nr.3).</p> <p>Întrebați studenții:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schimbările în administrarea drogurilor din comunitate corespund cu cele din țară/regiune? – Care ar putea fi cauza posibilelor deosebiri? – Schimbările în administrarea drogurilor ar putea fi evitate?

Activitatea 3 10 min		
<p>Lucrul în grupuri mici</p> <p>Studentii vor discuta și rezuma impactul consumului de droguri injectabile în propriile comunități.</p> <p>Vor reține unele informații despre persoane fizice și organizații din comunitate care ajută la reducerea riscurilor ce țin de consumul de droguri injectabile și abuzul de droguri, și cele care oferă tratament și suport persoanelor HIV infectate.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Numiți organizațiile din comunitatea care se ocupă cu diferite grupuri de risc. Cum ar putea să conlucreze poliția cu aceste organizații?2. Când vă întoarceți acasă, evaluați eficacitatea acestor Programe. Nu doriți să vă înrolați ca voluntar în astfel de programe?	<p>Atenționați studenții asupra gravității problemelor legate de abuzul de droguri, inclusiv de alcool.</p> <p>Asigurați-vă că ei înțeleg relația dintre HIV, hepatitele virale și consumul de droguri, mai ales a celor injectabile.</p> <p>Subliniați necesitatea unor intervenții preventive pentru toți consumatorii de droguri: pentru cei inițiați decurând în droguri injectabile și cei ce le folosesc de mult timp; prevalența HIV și a hepatitelor în timp.</p> <p>Stimulați studenții să evidențieze organizațiile care se ocupă cu diferite grupuri de risc și cum ar putea să conlucreze poliția cu aceste organizații</p>

Activitatea 4 20 min		
<p>Reluați formatul de clasă și analizați răspunsurile grupurilor</p> <p>Discutați</p>	<p>Analizați răspunsurile grupurilor la următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cunoștințele voastre despre modurile de consum a drogurilor s-au schimbat?2. În baza cunoștințelor noi, invocați același motiv pentru care se trece la injectarea drogurilor sau aveți altul?3. Care este rolul angajaților de poliție în reducerea riscurilor consumului de droguri?	<p>Analiza comentariilor sau preocupărilor studenților</p>

Conținutul prelegerii

Tipurile și criteriile de clasificare a drogurilor

Drogurile sunt orice substanță care, atunci cînd este absorbită de un organism viu, îi modifică una sau mai multe funcții psiho-fiziologice (definiția OMS). Se consumă prin:

- înghițire (administrare orală)
- inhalare
- injectare – cea mai periculoasă, deoarece există un risc major de transmitere a infecției HIV

În literatura de specialitate și în practică există numeroase clasificări ale drogurilor, avînd la bază diferite criterii, printre care:

- originea produsului
- regimul juridic al substanțelor
- efectul asupra SNC
- modul de administrare (de consum): injectabile, ingerabile, de prizare, de masticare, de fumare, inhalare. Unele se pot administra și sub formă de supozitoare⁸.

A. Dependența generată: chimică, psihică sau mixtă (clasificare de ordin medical). Dependența chimică presupune depinderea de oricare substanță chimică care modifică conștientul persoanei. Aceste substanțe sunt numite psihoactive (SPA). Dependența chimică este un termen ce semnifică mai mult decît o „maladie” și include un spectru larg de factori social-psihologici și medicali care formează la individ necesitatea de a întrebuiți substanțe psihoactive.

Sunt cunoscute 9 categorii de SPA:

- alcoolul
- opiate și opioide (heroină, tramadol, substanțe care conțin codeină)
- canabiodi (marijuană și hașiș)
- sedative și somnolente (tranchilizanți și barbiturați)

⁸ Jenică Drăgan, op. cit., p. 47.

- psihostimulatori (cocaină și amfetamină)
- halucinogene (LCD, mescalina, psilocibină)
- tutun
- cofeină
- substanțe volatile și clei (acetona, cloroform, clei Moment)

Prezentarea generală a substanțelor psihoactive

A. OPIACEE

Opiaceele sunt substanțe naturale, semisintetice sau sintetice cu acțiune analgezică, narcotică, antitusivă, antispastică, euforizantă și toxicomanogenă.

Opiul se extrage din capsula macului opiaceu (Papaver somniferum), plantă erbacee a cărei tijă verzuie poate atinge înălțimea de 1,5 m. După 3 sau 4 luni de vegetație macul ajunge la maturitate, floarea având petale albe strălucitoare sau albe și roșii. După ce petalele cad, se formează capsula cu semințe oleaginoase, un aliment valoros.

Morfina a fost izolată din opiu la începutul sec. XIX și a fost numită în cinstea zeului grec al somnului Morpheus. Este alcaloidul principal care se extrage direct din macul alb sau din produsul intermediar. Se prezintă sub forma unei pulberi, culoarea variind între alb murdar sau galben și maroniu⁹. Opiaceele, în special morfina, s-au dovedit a fi foarte folositoare pentru efectele lor analgezice și anestezice.

Heroina este cel mai periculos dintre narcotice și care duce la dependența cea mai puternică. Este produsă printr-o alterare chimică a morfinei și este de 2-3 ori mai puternică decât aceasta. În multe țări este o problemă majoră deoarece duce extrem de rapid la dependență și pentru a-și întreține obiceiul indivizii recurg la acte criminale precum spargeri, jafuri, furturi, prostituție etc.

Fortralul este un analgezic opioid. Injectat într-un volum de 30-60 mg are o acțiune analgezică similară cu 10 mg de morfină, iar 50 mg

⁹ Emilian Stancu, *Criminalistică, Volumul II*, Editura Actami, București, 1999, p. 681.

administrare orală sunt echianalgezice cu 60 mg de codeină; efectul se menține 3-5 ore. Are acțiune sedativă marcată, deprimă respirația (mai puțin decât morfina).

Codeina este utilizată în medicină ca antitusiv, analgezic și antidiareic. În jargon este denumită T-threes, școlarul, sirop. În doze mici, pe termen scurt, dă o ușoară senzație de euforie, amețelă, plutare, gură uscată, constipație, retenție urinară, greață.

B. STIMULENTE

Sunt substanțe care accelerează activitatea SNC. Din această categorie fac parte: frunzele arbustului de coca, Drack-ul, khat-ul, amfetaminele, anorexigenele și psihostimulenții. Se subclasifică în:

- Stimulente ale veghii: amfetamina, cafeina, cocaina. În doze moderate acestea întrețin starea de veghe, cresc activitatea mentală și crează o senzație de bine
- Stimulente ale umorii: substanțe ce îndepărtează starea depresivă

Cocaina, substanță naturală extrasă din frunzele unei plante originare din America de Sud, numită *Erythroxylon Coca* sau arborele-de-coca, este un alcaloid cu proprietăți psihostimulante a cărei utilizare poate genera toxicomanie¹⁰. Conținutul în cocaină al frunzelor de coca diferă de la 0,1-0,8 în funcție de condițiile de creștere. La nivel mondial, conform Raportului mondial privind drogurile 2009, pentru anul 2008, suprafața cultivată cu coca a suferit o scădere cu circa 8%, însumând 167600 hectare

Crack-ul este o derivată din pudra de cocaină, obținerea căreia nu implică folosirea unor solvenți inflamabili. Utilizarea îndelungată a crack-ului poate cauza iritabilitate extremă, paranoia, convulsii sau moartea¹¹.

¹⁰ Denis Richard, Jean Loius Senon, *Dicționar de droguri, toxicomanii și dependențe*, editura Larousse, 1999, p. 445 - 446.

¹¹ Jenică Drăgan, *Aproape totul despre droguri*, Editura Militară, București, 1997, p. 56-112.

C. CANNABIS ȘI DERIVAȚI ¹²

Cannabis sativa (cânepa-indiană) face parte din familia cannabinacee. Este o plantă din regiunile calde și umede, dar se adaptează ușor la diverse condiții de cultivare. Atinge o înălțime de până la 5 m, iar vîrfurile florale ale plantei femele și frunzele alăturate sunt acoperite de o rășină. Cannabisul este folosit în principal sub trei forme: marijuana, hașiș și ulei de hașiș. Marijuana este produsul rezultat din uscarea florilor și a frunzelor. Este produsul mai slab și de obicei se fumează. Fumatul de drog este mai periculos pentru organism avînd o acțiune de 2-3 ori mai toxică decît produsul ingerat, deoarece inhalate profund cu fumul, substanțele active sunt absorbite rapid de organism prin capilarele pulmonare. Hașișul este obținut din rășina cânepii. Este uscat, presat și fumat, consumat ca atare sau adăugat în mâncare. Uleiul de hașiș, cel mai puternic dintre produsele pe bază de cannabis, apare sub forma unui ulei dens obținut din hașiș.

D. DROGURILE SINTETICE (DESIGNER DRUGS)¹³

Principalele droguri sintetice sunt: ecstasy (X.T.C.)¹⁴, metadona, morfina, codeina, heroina, derivații de amfetamină. **Ecstasy**¹⁵ este numit „designer drugs” (drog proiectat) cu acțiuni de droguri stimulative și halucinogene, fiind atribuit grupei entactogenelor (droguri care au ca efect producerea sentimentului de fericire). Inițial, numele de ecstasy a fost atribuit drogului MDMA (3,4 -metilen - dioxid -ne-lamfetamina), o substanță sintetică pură.

E. HALUCINOGENE

Sunt substanțe care au ca efect producerea sentimentului de fericire. În această grupă sunt cuprinse: cannabisul, LSD 25, mescalina Ecstasy, PCP, Psilocybina, Psilocyna ș.a.

¹² www.ana.gov.ro/rom/.htm/hașiș.html.

¹³ www.anti-droguri.ro.

¹⁴ www.Anti-droguri.ro/Prezentare; www.Testo.ro/Tipuri și www.armonia.ro/ecstasy; www.ana.gov.ro/rom/sintetice.htm.

¹⁵ Legislația drogurilor, Culegere de teorie și practică judiciară, Editura Moroșan, p. 229.

LSD (acronim de la dietilamina lisergic LSD 25), reprezintă inițialele denumirii din limba germană, utilizată pentru dietilamida acidului lisergic (Lyserg-Saure Diethylamid). Uneori, este denumit și LSD-25, datorită faptului că acest produs a fost izolat al 25-lea dintr-o familie de 27 de produse. Este un drog semisintetic, cu proprietăți halucino-gene, obținut din cornul-secarei – o ciupercă parazită a secarei.

Dom (STP) a fost elaborată de către firma americană DOW- Chemical care produce și Napalm-ul. Dom sau STP este o amfetamină modificată chimic. În doză redusă produce efecte de genul Speed-ului, iar în doze mai mari efectul este mai curând „despeed-trip”. „Speed-trip-ul” oferă tocmai contrariul experienței căutate în cazul abuzului de LSD. Se caracterizează printr-o neliniște chinuitoare, însoțită de agitație fizică, stări intense de anxietate și de o durată lungă (72 de ore!)¹⁶.

PCP sau Ansei Dust prezintă următoarele caracteristici:

- este mai ieftin decât heroina sau LSD
- efectul se instalează la fel de rapid ca și la heroină și mai rapid decât la LSD
- acțiunea este mult mai intensivă decât la marijuana, hașiș sau alcool
- durata efectului este mai lungă decât la heroină (pînă la 48 de ore)
- este preferat de cei dornici de trăiri terifiante (horror) și autolitice

Ciuperci ce conțin substanțe stupefiante (deex. Psilocibina)

Roger Heim¹⁷ a descris trei clase de ciuperci psihotrope în funcție de efectele determinate de ingestia lor și anume:

- ciuperci cu acțiune psihotonică – induc o stimulare însoțită de modificări senzoriale moderate
- ciuperci cu acțiune psiholeptică – au efect hipnotic, favorizează

¹⁶ Stelian Ion, op. cit., p. 32.

¹⁷ Fost director al Secției de Micologie a Muzeului Național de Istorie Naturală din Paris.

onirismul

- ciuperci cu acțiune psihodisleptică – ciuperci halucinogene în sensul popular al termenului

F. AMFETAMINE

Amfetaminele sunt un grup de substanțe sintetice, descoperite în 1910, care reunesc amfetaminele, metamfetaminele și dextroamfetaminele.

Influența ulterioară – senzația de plăcere (*euforie*):

(1) creșterea concentrației de preparat în sânge duce la:

- Excitare, inclusiv sexuală
- Hiperactivitate
- Iritare
- Neliniște
- Acțiuni agresive
- Comunicabilitate excesivă

Starea de veghe activă poate dura de la 4 ore pînă la 72 ore (3 zile), în funcția de doza administrată.

(2) Manifestările fizice ale stării:

- Tremur
- Hiper-reflexie
- Transpirare abundentă
- Frisoane
- Creșterea tensiunii arteriale
- Puls accelerat
- Vertij
- Respirație profundă și frecventă
- Pierderea poftei de mîncare (anorexie)
- Uscăciune în cavitatea bucală
- Greață
- Dilatarea pupilei și scăderea reacției la lumină
- Nistagm
- Strălucirea ochilor

Uneori se deosebește și a treia fază: starea depresiv-disforică – starea disforică alternează cu somnolența, somnul și în final simptome restante de depresie și de astenie. Deseori această etapă de ieșire din puseul de utilizare prin disforie postamfetaminică este numită postintoxicațională. Între CDI această stare poartă numirea de ieșire, ieșire din maraton, iar între medici sindromul de sevraj.

G. SEDATIVE ȘI SOMNIFERE¹⁸

Tranchilizante

Pe piața medicamentelor psihotrope se găsesc, în principal, următoarele tranchilizante: lexotanil, librium, valium, tranxilium, tavor, nobrium, mogadan, adumbran, praxiten, demetrin, rohypnol. Tranchilizantele cel mai frecvent utilizate fac parte din categoria renzodiazepinelor.

Somnifere

Principalele clase de somnifere sunt: barbituricele (Luminal), bromurile (Adalin), cloralhidrații/paraldehid (Chioralduraf), alte categorii de substanțe (Distraneurin), preparate combinate periculoase (Mandrax).

H. INHALANTE

Tot ce produce fum sau se află sub formă de vapori ce pot fi inhalati producând stare de high se numesc inhalanți. Sunt multe tipuri de inhalanți, incluzând **oxizi de azot, azotați de amid, diluanți, solvenți, spray-uri cu vopsea**, hidrocarburi precum **gazolina, lipici**, fumul multor chimicale de uz casnic (**fixativ, corector de mașină de scris, acetonă** etc.) ce pot fi inhalate pentru a produce starea de high.

Tutunul

Dependența de nicotină trebuie tratată ca o boală cronică. Este un fenomen biopsihosocial complex în care intervin factori generici, farmacologici, psihologici și de mediu, care combinați duc la consumul de tutun cronic și tenace¹⁹.

¹⁸ A se vedea și <http://www.ana.gov.ro/rom/sedative.htm>.

¹⁹ A se vedea în acest sens Deepak Chopra, *Comportamente dependente*, Editura Curtea Veche, București, 2003, p. 104-107 și Emil Rădulescu, *Adio, țigări!*, Editura Viață și Sănătate, București, 2004, p. 27-31.

Renunțarea bruscă la fumat induce starea de sevraj cu toate consecințele ei. Pentru eliberarea organismului de nevoia de tutun, fără efectele fizice ale lipsei, toxicomanii pot apela la un sevraj sub control medical²⁰.

I. DROGURI DE PETRECERE (PARTY DRUGS)

Poppers

Forma de consum: Poppers se inhalează și în nici într-un caz nu se ingerează. Efectul stupefiant se instalează după 3-5 minute.

GHB, Fantasy, LiquidE, Liquid X

Substanța: GHB (gama-hidroxi-butiratul) este o substanță naturală, produsă și de organismul uman. Concentrația maximă este la nivelul creierului, motiv pentru care se presupune că ar avea rol de transmițător la acest nivel.

Alcoolul

Alcoolul acționează predominant asupra sistemului nervos al omului, mai ales pe centrii ce coordonează funcțiile cerebrale complexe cum ar fi conștiința și emoțiile, și mai puțin pe funcțiile inferioare, vegetative. Intensitatea și durata efectului depinde de concentrația de alcool din organism (alcoolemia) și se măsoară în grame de alcool la litru de sînge. Cele mai multe decese survenite în urma unei intoxicații etanolice au evidențiat o alcoolemie cuprinsă între 1,8 și 6,7 g/l. Concentrațiile letale sunt cuprinse între 5,0 și 8,0 g/l; 90% dintre persoanele ce prezintă aceste valori decedează.

J. SOLVENȚII

Solvenții volatili sunt substanțe chimice, sintetice, care au proprietatea de a solubiliza grăsimile și numeroase substanțe lipofile. Substanță activă o reprezintă hidrocarburile aromatice sau alifatică²¹.

Conform rezultatelor studiului ESPAD2, în 2011 în Republica Moldova, 7% din băieți și doar 4 % din fete considerau cannabisul un

²⁰ J. Perriot, *Tabacologie*, Abreje Mason, Paris, 1995. În același sens F. D. Mihaltan, M. Ciobanu, *Tabagismul, consecințe și tratament*, Editura Medicală, București, 2001.

²¹ Pavel Abraham, Adela Lucia Roncov, Cornel Cărăușu, *Drogurile, aspecte juridice...op. cit.*, p. 28.

“drog ușor de obținut”, Amfetaminele și Ecstasy “destul de ușor sau foarte ușor” accesibile de 3% și respectiv 4% din respondenți. Pentru tranchilizante sau sedative elevii au raportat un procentaj de 4% privind accesibilitatea acestora, mai mare în rândul fetelor (5%), față de băieți (3%).

Consumul de droguri injectabile. Riscuri asociate – supradozele

Drogurile sunt consumate pentru efectul lor asupra creierului șideoarece creierul controlează celelalte organe ale corpului (plămâinii, care îmbogățesc sângele cu oxigen, rinichii și ficatul care elimină toxinele din corp sau inima care pompează sângele în tot corpul), folosirea lor poate afecta una sau mai multe dintre funcțiile esențiale, ca efect secundar al drogului. De exemplu, cocaina provoacă tahicardie (intensifică bătăile inimii), iar heroina – dispnee (încetinește respirația). Intoxicația acută sau supradozarea apare ca consecință a cumulării substanței în organism. Intoxicația acută cu metamfetamine nu se deosebește de cea cu cocaină, dar este mai de lungă durată, cu posibil acces epileptic și deces.

Simptomele de supradozarea SPA	
Opioizi și alți depresanți	Simptomele supradozării
Este conștient, dar nu poate vorbi	Spumă la gură
Bătăi cardiace încetinite și puls slab	Tahicardie și puls des
Respirație lentă sau lipsa ei	Respirație frecventă superficială
Acrocianoza buzelor și degetelor	Febră, transpirație abundentă
Respirație clocotindă, răgușită	Inconștiență
Pierderea cunoștinței	Vomă
Vomă	Convulsii
Pielea palidă a feței	Dureri în piept, în inimă
Corpul flasc, relaxat	Infarct miocardic sau acces cardiac

Fazele intoxicației:

Prima fază:

- Majorarea progresivă a dozei de SPA

A doua fază:

- Disforia postamfetaminică
- Neliniște
- Iritare
- Apatie
- Afect depresiv

Starea disforică duce, de obicei, la consumul repetat de SPA din cauza apariției unei stări foarte accentuate de toleranță acută. Ca rezultat se instalează o stare stabilă depresiv-disforică.

Intoxicația acută, de regulă, se produce la această etapă!

Corpul unei persoane se adaptează de obicei acestor schimbări, dar dacă doza consumată este prea mare schimbările pot depăși capacitatea de adaptare a corpului, ceea ce poate duce la efecte secundare foarte periculoase. Unele dintre acestea sunt importante, dar nu pun viața în pericol imediat, cum ar fi cele ce afectează ficatul sau rinichii, forțați să elimine o cantitate mare de droguri timp de mai mulți ani.

Primul ajutor în caz de supradozarea SPA

În cazul supradozării stimulatoarelor, o concentrație prea mare de drog ajunge la creier sau la un organ într-o perioadă de timp foarte scurtă, inducând efecte secundare periculoase cum ar fi pierderea cunoștinței, bloc respirator, stop cardiac sau convulsii, oricare dintre acestea putând fi fatale. În așa situații urmăm pașii prezentați mai jos:

- Dacă persoana are convulsii, proteja-ți-i capul de lovire de podea, pereți, mobilă
- Nu trebuie de introdus lingură ori alt obiect în cavitatea bucală a suferindului – mai mult îl veți leza (nu există risc de îngețare a limbii)
- În caz de stop respirator, resuscitați prin masaj indirect al cordului cu sau fără de respirație artificială

- Contactați imediat serviciul de urgență sau un medic

În cazul unei supradoze cu opioizi se intervine de regulă cu naloxonă sau naltrexonă, care au o afinitate înaltă pentru receptorii opioizi, dar care nu îi activează. Această blocare se manifestă momentan prin declanșarea sindromului de retragere (withdrawal syndrom). Studiile efectuate încă din 1920 au scos la iveală că administrarea unei doze chiar de 1600–1800 mg de naloxonă (de circa 160-180 ori mai mare decât așa-zisa doză de recreere) nu a dus la deces.

Naloxona face parte din medicamentele antagonist-opioide, acționând ca substanță concurentă a opioidelor de blocare a receptorilor opioizi. Prin acest mecanism se blochează parțial sau total acțiunea opioidelor. Naloxona are o acțiune farmacologică care durează aproximativ două ore, mai scurtă comparativ cu cele mai multe opioide, din această cauză este necesară repetarea injectării medicamentului.

Alți antagoniști utilizați mai des în tratarea dependenței cu opioizi, dar care pot fi utilizați și în tratarea intoxicației cu heroină (și nu numai), sunt:

- metadona
- buprenorfina

PROIECT DIDACTIC

TEMA 4.

Dependența de droguri: concepte și definiții (90 min)

1. Tezele principale:

- Conceptul de dependență de droguri
- Cauzele consumului de droguri
- Modelele principale ale dependenței de droguri
- Comportamente asociate consumului de droguri
- Principalele modalități de suport și tratament a dependenței de droguri

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- dependența de droguri și principalele modele care au fost invocate pentru a o explica
- termenii și conceptele utilizate în discutarea dependenței de droguri, aspectelor gender, toleranței, supradozării, sindromului de abstenență și tratamentului

3. Scopul final:

Studenții urmează:

- să dobândească cunoștințe și înțelegere a termenilor și conceptelor folosite în discutarea dependenței de droguri, aspectelor gender, toleranței, supradozării, sindromului de abstenență și tratamentului dependenței
- să conștientizeze factorii-cheie în formarea dependenței de droguri

- să cunoască și să descrie principalele modele ale dependenței de droguri
- să distingă particularitățile principalelor modalități de tratament a dependenței de droguri

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop și ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 4
- Foi de Flip Chart A 1 și markere
- Fișa tehnică nr. 4

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018, Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri*.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. UNODC, Din constrângere pentru coeziune: Abordarea dependenței de droguri prin Servicii de sănătate, nu prin pedeapsă, 2010 http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/From_coercion_to_cohesion.pdf;
9. Hîrtia de briefing a lui Beckley – Consumul de drog: Cunoștințe, Cultură și Context, 2010, <http://idpc.net/publications/2010/01/beckley-briefing-21-drug-use-knowledge-culture-context>
10. Modul Adițional: Concepte și modele ale dependenței de droguri [https://www.google.md/search?newwindow=1&site=&source=hp&q=modele+de+dependenta+de+droguri&oq=modele+de+dependenta+de+droguri&gs_l=hp.3...3253.19244.0.20060.32.32.0.0.0.0.341.3696.18j12j0j2.32.0.crnk...0...1.1.45.hp..8.24.2701.0.2CXBULj4Uuw](https://www.google.md/search?newwindow=1&site=&source=hp&q=modele+de+dependenta+de+droguri&oq=modele+de+dependenta+de+droguri&gs_l=hp.3...3253.19244.0.20060.32.32.0.0.0.0.341.3696.18j12j0j2.32.0.crnk...0...1.1.45.hp..8.24.2701.0.2CXBULj4Uuw;);

11. Cele 12 etape pentru ieșirea din dependență de Michel Gerard, Sursa articolului în franceză: site-ul revistei CLES, <http://www.cles.com/enquetes/article/aa-les-12-etapes-pour-sortir-de-la-dependance>
12. Dependența – Adicție, Ghid pentru Comunitățile care se ocupă de dependență – studiul celor 12 pași <http://www.slideshare.net/gflorentina/ghid-12-pasi-13524612>.
13. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 25 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre natura dependenței de droguri și principalele modele care au fost invocate pentru a le explica.</p> <p>Conceptul de dependență, toleranță, sindrom de abinență.</p> <p>Simptomele dependenței de droguri.</p> <p>Continuumul și problemele privind consumul de droguri.</p> <p>Modele ale dependenței de droguri.</p> <p>Factorii-cheie în dezvoltarea dependenței de droguri.</p> <p>Principalele modalități de tratament a dependenței de droguri.</p> <p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt factorii-cheie, genetici și biologici, care predispun o persoană la dependența de droguri? 2. Care sunt factorii psihologici-cheie care predispun o persoană la dependența de droguri? 3. Care sunt factorii sociali-cheie care predispun o persoană la dependența de droguri? 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a descrie natura dependenței de droguri și modelele dependenței de droguri ■ o prezentare generală a factorilor-cheie ce provoacă dependența: <ul style="list-style-type: none"> ■ Biologici/Genetici ■ Psihologici ■ Sociali ■ a descrie modelele-cheie ale dependenței: <ul style="list-style-type: none"> ■ Moral ■ Medical/Boală (afecțiune) ■ Învățare socială ■ Genetic ■ Biopsihosocial ■ a caracteriza principalele modalități-suport de tratament: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dezintoxicare ■ Reabilitare și re-socializare ■ Tratament de substituție cu metadonă (farmacoterapie) ■ Consiliere ■ Intervenții psihoterapeutice ■ Intervenții comportamentale ■ Grupe de auto-ajutor

<p>Activitatea 1 10 min</p> <p>Brainstorming și discuții privind definițiile-cheie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dependența de droguri – Continuumul utilizării. Ciclul schimbării – Toleranța la droguri – Sindromul de abținere – De ce definițiile sunt importante? 	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 4</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbater următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care este diferența dintre dependența de droguri fizică și psihică? 2. Care sunt tipurile de consum de droguri? 3. Care sunt semnele toleranței la droguri? 4. Care sunt semnele sindromului de abținere? 	<p>Repartizați Fișa tehnică nr. 4</p> <ul style="list-style-type: none"> – De ce definițiile-cheie sunt importante? – Enumerați câteva motive (claritate, înțelegere, scopuri etc.) ale: <ul style="list-style-type: none"> ■ dependenței de droguri fizice ■ dependenței de droguri psihologice ■ toleranței la droguri ■ sindromului de abținere
<p>Activitatea 2 10 min</p> <p>Discuții privind modelele dependenței de droguri</p> <p>Factorii-cheie implicați în dezvoltarea dependenței:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Biologici/Genetici ■ Psihologici ■ Sociali <p>Modelele dependenței de droguri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Moral ■ Medical/ Boală (afecțiune) ■ Învățarea socială ■ Genetic ■ Biopsihosocial 	<p>Fișa tehnică nr. 4</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbater următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt etapele învățării sociale? 2. Care sunt principalele caracteristici ale modelului biopsihosocial al dependenței de droguri? 	<p>Repartizați Fișa tehnică nr. 4</p> <p>Revizuirea modelelor dependenței de droguri:</p> <p>Factorii-cheie implicați în dezvoltarea dependenței:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Biologici/Genetici ■ Psihologici ■ Sociali <p>Modelele dependenței de droguri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Moral ■ Medical/ Boală (afecțiune) ■ Învățarea socială ■ Genetic ■ Biopsihosocial

<p>Discuție-panel 35 min</p>		
<p>Vorbitorul/ii, care lucrează cu consumatorii de droguri, inclusiv persoanele care își injectează droguri</p>	<p>Studentii vor pune întrebări respectuoase vorbitorului.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt etapele învățării sociale? 2. Care sunt principalele caracteristici ale modelului biopsihosocial al dependenței de droguri? 	<ul style="list-style-type: none"> – Prezențați vorbitorul/ii – Mulțumiți vorbitorul/ii – Rezervați timp pentru întrebări
<p>Activitatea 3 10 min</p>		
<p>Întrebări și discuții generale Referiți-vă la modelele dependenței de droguri și de tratament a acestora</p>	<p>Cadru didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Întrebări? Preocupări?? 	<p>Monitorizați orice întrebare care s-ar putea să se refere la modulele următoare</p>

Conținutul prelegerii

Conceptul dependență de droguri. Noțiuni generale

În ultimii ani, termenul de adicție a fost folosit în legătură cu orice comportament de tip compulsiv – fie că este vorba de consumul de alcool, substanțe, jocuri de noroc, dependența de internet, dependența de muncă sau bulimie.

Atunci când vorbim despre *dependență de droguri* ne referim la dependența de substanțe care au efect asupra creierului. Când sunt administrate, aceste substanțe ajung în creier prin sînge și influențează transferul de stimuli la nivelul celulelor nervoase. Unele substanțe psihoactive, de exemplu drogurile, stimulează în mod direct receptorii celulelor nervoase ca neurotransmițători artificiali.

Potrivit definiției Organizației Mondiale a Sănătății, folosirea excesivă continuă sau sporadică a drogurilor, incompatibilă sau fără legătură cu practica medicală, este considerată consum ori abuz. Dependența este o formă de consum voluntar, abuziv, periodic sau cronic de substanțe, fără a avea la bază o motivație medicală. Din punct de vedere farmacologic, conform definiției date de Organizația Mondială a Sănătății, *prin dependență trebuie să înțelegem „starea psihică sau fizică ce rezultă din interacțiunea unui organism și a unui medicament, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite totdeauna de nevoia de a lua substanța on mod continuu sau periodic pentru a-i resimți efectele psihice și, uneori, pentru a evita suferințele”*.

Folosirea drogurilor poate crea dependență fizică sau psihică, sau tulburări grave ale activității mentale și ale comportamentului, fiind considerată o maladie cronică a organismului.

Dependența fizică este reacția organismului uman la drog. Substanțele chimice din drog se integrează în organism, chiar dacă sunt toxice, iar atunci când organismul nu le mai primește, intră în alerta violentă, exprimată prin stare generală alterată, grețuri, vomă, di-

aree, transpirație, tahicardie (puls accelerat), dureri, spasme, tremur. Dependența fizică se mai face simțită o vreme chiar și după abținerea, și încetarea simptomelor de sevraj, ceea ce poate favoriza revenirea la consum. Totuși dependența fizică nu se întâlnește la toate tipurile de droguri. Astfel, în consumul de marihuană nu apare dependența fizică, iar în consumul de heroină aceasta se instalează de la prima doză.

Dependența psihică, care este și cea mai importantă, se manifestă printr-o nevoie irezistibilă de a folosi drogul, pentru a influența, a schimba sau a controla dispoziția sufletească, sentimentele sau conștiința de sine. Este întâlnită la toate tipurile de droguri. În unele cazuri, starea de dependență este greu de depășit. Dependentul poate alege între a începe un tratament (detoxificare) sau a lua o altă doză. Din nefericire, cea mai ușoară cale este să continue consumul de droguri. Această alegere este fatală.

Toleranța la drog apare atunci când organismul se obișnuiește cu prezența unei anumite substanțe și se adaptează la ea. În acest caz, pentru obținerea unei anumite stări, toxicomanul trebuie să mărească dozele. Astfel, un toxicoman ajunge să suporte doze care pentru persoanele normale ar fi fatale.

Sevrajul sau sindromul de abținere desemnează simptomele fizice și psihice care apar atunci când un individ este privat de drogul de care devenise dependent sau la scăderea accentuată a dozelor. De exemplu, în cazul opiaceelor, clasă de substanțe cu prevalență mare a consumului, apar simptome ale abținerei ca greață, vărsături, mialgii, diaree, febră, transpirații, rinoree, lacrimație, dilatare pupilară, insomnii sau piloerecție, iar a amfetaminelor tulburări ale somnului, oboseală, agitație, disforie etc. Severitatea sevrajului depinde nu doar de caracteristicile substanței consumate, ci și de durata consumului și de modalitatea de administrare. Uneori, sindromul de abținere este similar cu simptomatologia intoxicației, iar diagnosticul corect poate fi pus doar prin stabilirea exactă a momentului apariției efectelor: după reducerea ori încetarea administrării – sevraj, sau în timpul ori imediat după administrare – intoxicație.

Cauzele consumului de droguri

Cauzele fizice, psihice și sociale ale consumului de droguri

În privința cauzelor consumului de droguri există mai multe puncte de vedere, mai mult sau mai puțin fundamentate științific. Comun pentru aceste puncte de vedere este premisa că nu există un anumit tip de personalitate asociat cu consumul de droguri²². Provenind din toate păturile sociale²³, cu probleme familiale sau fără, cu stare materială bună sau nu prea, cu sau fără studii indivizii încearcă drogurile dintr-o mulțime de motive, cum ar fi curiozitatea, dorința de a trăi o nouă stare, de a evada din realitate, de a scăpa de durerea fizică sau de necazuri, de a se adapta vieții cotidiene sau de a fi acceptați de către ceilalți ori pur și simplu din plictiseală. Toți afirmă că la început au făcut-o ocazional, iar când drogurile le-au oferit exact ceea ce căutau nu au mai putut renunța și au devenit dependenți.

Așadar, cauzele consumului de droguri sunt complexe și nu țin nici de nivelul de educație, nici de situația materială. Unii autori²⁴ disting câteva cauze generale ale consumului de droguri: curiozitatea, plictiseala, teribilismul (provocarea, tocmai pentru riscurile pe care le implică), presiunea grupului de prieteni, a „găștii”, probleme în familie, școală, prieteni, la serviciu, neintegrarea în colectivitate și societate (unii consideră consumul de droguri un răspuns la singurătate).

Walter Reakless a clasificat factorii, ce influențează comportamen-

²² Gilles Ferreol, *op.cit.*, p. 49.

²³ Este posibil ca unele pături sociale să utilizeze drogurile mai mult decât alte paturi. De exemplu, probabilitatea utilizării drogurilor este mai mare la bărbați decât la femei, la bărbați celibatari decât la cei căsătoriți, la locuitorii orașelor decât la cei rurali, la tineri decât la bătrâni. Prizonierii și copiii străzii, de asemenea, demonstrează o înaltă frecvență a abuzului de droguri. Datele recente sporesc neliniștea cu privire la întrebuintarea sporită a drogurilor în rândul tinerilor din toată lumea. Datele disponibile demonstrează că răspândirea printre tineret tinde să fie de patru ori mai înaltă decât răspândirea între populația generală. (www.abuzuldedroguri.htm).

²⁴ www.prevenireconsumuldedroguri.net nu este decât o sinucidere în mai multe etape un fel de sinucidere în serial [cauze.htm](http://www.abuzuldedroguri.htm).

tu, împletind perspectivele socială și psihologică în cadrul teoriei înfrînării, în²⁵:

- factori de presiune socială (condiții de locuit și economice precare, statut social scăzut, lipsa oportunităților, conflicte familiale)
- factori de atragere. Doar 10% dintre consumatori încep în mod solitar consumul (anturaj defavorabil, subcultură delincentă și criminală, grupuri deviante); înfrînareexternă (grupuri sportive, familie)
- înfrînare internă (produs al internalizărilor - forța eului, auto-conceptualizare, rezistența în fața diversiunilor)
- presiuni interne (tensiuni interne, ostilitate, agresivitate, sentimente de inadecvanță și inferioritate, afecțiuni organice)

Citîndu-i pe J. Molto și C. Radel²⁶, autorii Sociologiei medicale susțin că, „fără îndoială, nu există o etiologie pentru toxicomanie, ci există, totuși, o serie de factori care adeseori coexistă”. Acești factori, culturali, economici, sociali, religioși ș.a., sunt grupați de autori în două categorii: socio-culturali și individuali.

Factorii socio-culturali se referă la: căutarea unei plăceri insolite prin transgresarea interdicției și gustului riscului; apartenența la un grup favorabil utilizării drogului; căutarea unei spiritualități în izolarea de lume; mod de a protesta; precaritate, izolare socială, neintegrare, trăirea exclusiv în prezent²⁷.

Factorii individuali nu se referă la existența unei personalități proprii toxicomanului, ci vizează, cel mai des, anumiți indivizi, „fragilizați” înaintea întâlnirii cu drogul, și care prezintă:

- intoleranță la frustrare
- nevoia imperioasă de satisfacție

²⁵ Walter Reakless, aqud Gabriel Ștefan Gorun, *Paradisuri artificiale -Toxicomaniile*, Editura Viața Medicală Românească, București, 2003, p. 30.

²⁶ J. Molto, C. Radel, *Drogues, in Impact – Iternat. Psychiatrie, Sante Publique*, nr. 21, aqud Iustin Lupu, Ioan Zanc, op. cit., p. 183.

²⁷ Walter Reakless, op. cit., p. 30.

- agresivitate patologică
- inadaptare, care poate ajunge pînă la comportamente devian-te
- relații părinte – copil perturbate (adesea precoce)
- tulburări psihopatologice de gravitate variabilă: crize de adolescență, psihopatie, schizofrenie

Presiunea grupului social și disponibilitatea drogului sunt califi-cați drept factori determinanți în inițierea și menținerea consumului de droguri. În general, utilizarea tutunului, alcoolului și canabisului precede uzul de cocaină și opioide. Acele persoane care încep să con-sume drogurile cele mai dezaprobrate social, cum ar fi heroina, provin din familii dezorganizate sau au o relație deficitară cu părinții și prezintă adesea o stimă de sine redusă.

Așadar, conduitele adictive nu sunt rezultatul doar al acțiunii fac-torilor externi subiectului (factori sociologici și potențialul adictiv al substanței), fără a avea și o legătură cu personalitatea lui. Pe de altă parte nu există o „personalitate toxicomană” în sensul unei structuri univoce, dar există un ansamblu de factori psiho-dinamici cu o impor-tanță relativă în dobîndirea dependenței.

În motivația pentru inițierea consumului de drog, cu precădere după o perioadă de abținere, sunt implicați și factori psihopato-logici. Unii consumatori au mari dificultăți în a diferenția și a descrie ceea ce simt (sentimente), dificultate numită alexitimie. Pe de altă parte, atît din punct de vedere farmacologic, cît și simbolic, utilizarea drogului îi ajută pe toxicomani în controlul ego-ului asupra actelor, astfel drogul putînd fi privit ca o forma de automedicație.

Hawkins și colaboratorii au grupat diferitele categorii de factori de risc în două mari grupe²⁸:

- factorii sociali și culturali amplii (contextuali), adică factorii relaționali sau încadrați prin aspecte legale și normativele so-

²⁸ Gilles Ferreol, *op.cit.*, p.58.

ciale explicite sau percepute în relație cu comportamentele de consum sau abuz de droguri;

- factorii cu caracter individual și interpersonal.

Concluzionând, constatăm că cercetarea factorilor de risc și de protecție în consumul și abuzul de droguri permite elaborarea strategiilor eficiente de reducere a cererii de droguri. Fără îndoială, rămîne încă un lung drum de parcurs pînă la atingerea dezideratului.

Aspectele policonsumului

Policonsumul²⁹ este conduita toxicomană care asociază consumul simultan sau secvențial al mai multor substanțe psihoactive. Cu alte cuvinte, policonsumul asociază utilizarea mai multor produse ilegale, denumită Spped-Ball, deseori a unui număr și mai mare de psihotrope sau produse dintre care unul este considerat principal.

Asocierea diverselor produse poate avea mai multe cauze³⁰:

- în perioada sindromului de abstenență, toxicomanul utilizează aceste produse pentru a-și ușura simptomele. Anxietatea și tulburările de somn din cursul unei intoxicații (cu opiacee, amfetamine) favorizează unsupraconsum de diverse hipnotice, alcool
- căutarea unei noi experiențe; asocierea haotică a diverselor produse

Ca urmare a consumului de mai multe droguri în asociere a apărut un nou fenomen denumit politoxicomanie³¹. Pe lângă alcool și medicamentele psihotrope, produsele cele mai utilizate în asociere, se folosesc toate combinațiile posibile, cum ar fi: opiacee + cannabis; cannabis + halucinogene; barbuturice + alcool; opiacee + cannabis + alte droguri.

Aceeași substanță în combinație cu cannabisul amplifică neliniștea,

²⁹ Sinonim cu politoxicomanie. Poli- de la grecescul polis= mulți. Element de compunere care introduce în termeni sensul de pluraritate. A se vedea Iulia Popovici, Dumitru Lupuleasa, Anișoara Hriscu, Dicționar farmaceutic, Editura Didactică și Pedagogică, București, p. 334.

³⁰ Iustin Lupu, Ioan Zanc, op.cit., p. 189.

³¹ Ibidem.

nervozitatea, iar în combinație cu cofeina stimulează în plus nervozitatea. În combinație cu cocaina, ecstasy produce reacții de panică³². Caracterul ilegal al drogului și amestecurile necontrolate în care se comercializează sporesc considerabil riscul efectelor adverse. În mod iluzoriu se discută imitarea efectelor negative ale unei substanțe prin efectele alteia (de exemplu, aflizarea de barbirurice sau de opiacee atenuează efectele stimulante ale cocainei sau ale amfetaminelor).

Tratamentul intoxicațiilor acute generate de policonsum este deosebit de dificil, deoarece și diagnosticul clinic devine dificil de stabilit în condițiile în care semnele caracteristice ale utilizării unui produs dat sunt abolite de cele ale substanței cu care se combină.

Simptomele dependenței de droguri

- Administrare neapărată (urgență, imediată de a-și administra substanța sau substanțele necesare)
- Prioritate ridicată (a consumului de droguri)
- Pierderea controlului (incapacitatea de a doza frecvența folosirii substanței psihoactive)
- Continuarea folosirii în pofida fenomenelor negative
- Toleranță (trebuie din ce în ce mai multă substanță pentru același efect euforic)
- Disconfort și dureri care însoțesc întreruperea utilizării

Etapele stabilirii dependenței de droguri

Comisia de Experți a Organizației Mondiale a Sănătății definește toxicomania ca „o stare psihică și uneori fizică, care rezultă dintr-o interacțiune între un organism viu și un produs psihoactiv, caracterizată prin modificările comportamentului, prin alte reacții care conțin întotdeauna o dorință invincibilă de a utiliza drogul permanent sau periodic, cu scopul de a simți efectele psihice și de a scăpa de izolare”.

Schema evoluției consumului de drog de la prima administrare și pînă la stadiul de dependență gravă se prezintă astfel:

³² Legislația Drogurilor. Culegere de teorie și practică judiciară...op. cit., p. 232.

- a) Începem să folosim drog căutînd buna dispoziție(euforie) sau senzații noi, sau imitînd semenii care ne asigură că „merită să încerci”.
- b) Luăm drogul, obținînd sau neobținînd trăirile așteptate. Este faza așa-numitului „uz recreațional”.
- c) Eventual cantitățile administrate antrenează riscuri pentru activitatea individului ca membru al societății sau pentru propria sănătate.
- d) După un timp, în cazul folosirii mai multor substanțe, se constată o adaptare a organismului care impune administrarea unei cantități tot mai mari de drog pentru a obține același efect.
- e) Incapacitatea de a întrerupe consumul de drog prin voință proprie semnalează faptul că ne aflăm deja în stadiul de „dependență”.
- f) Dacă administrarea este totuși întreruptă brusc, vom trăi simptome mintale și fizice, distincte pentru fiecare clasă de substanțe, care constituie „sindromul de abstenență” sau „sindromul de sevraj” (înțărare).

Comportamentul autodistructiv³³ – suicidar, automedicația, presiunea grupului interesat economic în vânzarea de droguri sau politic de destabilizarea situației („mafia”) completează lista factorilor cauzali ai începerii consumului de drog și ai abuzului.

Perturbarea dispoziției afective este foarte frecventă și se traduce prin euforie, stări depresive, anxietate. Aceste stări apar fie ca efect direct al intoxicării, fie ca efect post-toxic.

Perturbările personalității, trăsăturile antisociale de personalitate pot fi accentuate de necesitatea de a obține bani pentru a procura substanțe ilegale. Suspiciunea generată de instabilitatea dispoziției poate genera la toxicomani violență.

Cînd o dependență apare din cauza uzului de substanțe psihoac-

³³ Ibidem.

tive în adolescență ea se însoțește de o tulburare de conduită și incapacitatea de a termina studiile. Consumatorul de droguri este clar o victimă. El are probleme serioase în relația cu familia, societatea și cu propria lui viață. Cu toate acestea, conform legislației, societatea îi poate trata ca pe infractori dacă săvârșesc și infracțiuni. În acest context, izolarea lor poate deveni definitivă. În pofida faptului că toxicomanul are nevoie de asistență, el riscă excluderea socială și pedeapsă penală.

Modele de bază ale dependenței de droguri

A. Modelul „afecțiune medicală”

- În acest model, dependența este considerată o boală permanentă, cu origine atât biologică, cât și de mediu
- boala este definită ca o stare gravă, potențial fatală, care se manifestă printr-o pierdere ireversibilă a controlului asupra utilizării substanțelor psihoactive
- deși afecțiunea poate intra și în remisiune, nu există tratament pentru ea

B. Modelul exemplului social

Acest model pune alături utilizarea drogurilor cu lecția socială. Conform acestui model, măsurile sociale impun indivizii să-și modeleze comportamentul de consum după cel al părinților, al fraților mai mari sau al confracților. Teoreticianul „lecției sociale” Albert Bandura (1977, 1986) descrie patru stadii ale acestui model:

- *Atenție*: individul face o alegere conștientă după ce observă comportamentul cerut de grup (în cazul nostru consumul de droguri)
- *Învățare*: individul își aduce aminte despre ceea ce a observat la cei luați drept model
- *Imitare*: individul imită acțiunile (utilizarea de droguri) pe care le-a observat

- *Motivare:* individul trebuie să posede și o motivație interioară pentru a-și dori să imite comportamentul modelului admirat

C. Modelul genetic

- Cercetări de peste 20 de ani au identificat o predispoziție genetică a unor indivizi spre consumul de alcool, tutun sau alte substanțe
- Studii epidemiologice arată că 40 – 60% din riscul de a deveni dependent de alcool, opiacee sau cocaină este genetic
- Un număr din ce în ce mai mare de cercetători în genetică cred că anumite clase de substanțe se conectează la structuri genetice bine definite, explicînd în felul acesta de ce unii oameni devin dependenți de anumite droguri.

D. Modelul dependenței biopsihosociale

Modelul biopsihosocial schimbă centrul de gravitație de la drogul la înțelegerea dependenței ca boală, a cărei evoluție depinde de interacțiunea dintre drog sau consumul de nestăpînit, slăbiciunile biogenetice și psihologice ale individului, și contextul social în care are loc administrarea drogurilor.

Factorii biologici / biochimia cerebrală

- Drogurile psihoactive influențează organismul în așa fel încît să stimuleze centrul plăcerii din creier. În modul acesta, problemele legate de droguri apar fundamentate biologic
- Efectele favorabile puternice ale drogurilor, mai ales euforia pe care o declanșează, utilizează o serie de mediatori chimici cerebrali (neurotransmițători)
- Utilizarea pe termen lung a drogurilor determină schimbări de lungă durată în structura cerebrală
- Antecedentele familiale privind dependența de droguri pot reprezenta un factor de risc în cazul problemelor generate de droguri, iar riscul este și mai mare chiar dacă și un membru din nucleul familial prezintă un istoric de dependență

Factorii psihici specifici care pot predispuce un individ la dependență de droguri sunt variabile individuale cum ar fi modul în care o persoană se simte, se comportă sau gîndește. Printre factorii psihici se numără:

- Probleme emoționale: depresie, anxietate
- Tulburări mintale: tulburare bipolară, deficit de atenție/tulburări hiperactive, psihoze
- Stres psihologic

Factorii sociali (de mediu)

“Noi influențăm mediul înconjurător, dar și el ne influențează pe noi”. O mulțime de factori sociali pot influența pe cineva să devină dependent. Factorii sociali sunt de obicei în relație directă atît cu individul, cît și cu factorii de mediu:

- Presiunea anturajului
- Sărăcia
- Relațiile interumane
- Schimbările din viață și crizele
- Evenimentele traumatizante
- Izolarea culturală

Factorii psihici și sociali sunt foarte importanți în înțelegerea dezvoltării și persistenței dependenței de droguri și a problemelor legate de aceasta.

Reacțiile sociale față de persoanele consumatoare de droguri

Reacțiile sociale nu epuizează ansamblul reacțiilor societății față de devianți. Stigmatizarea și marginalizarea reprezintă probleme bioetice și sociale. Indivizii fac parte dintr-o rețea morală în care binele social inter-relaționează cu realizarea individuală. Prin această interdependență umană s-au derivat modalități de existență comunitară. O comunitate organizată pe baze morale presupune un acord mutual în cadrul interacțiunilor sociale dintre indivizi.

Din punct de vedere social, toate caracteristicile discriminatorii ale grupurilor sociale marginale sunt privite ca trăsături sociale, „in-

ventate” conștient drept „construcții sociale ale realității” sau sunt preluate ca tradiții, de regulă, chiar de către „stăpînitori”, de către instituțiile sociale dominante. Această acceptare nu este valabilă numai pentru caracteristicile „invizibile”, de exemplu: „statutul de nebun”, ci și pentru caracteristicile „vizibile” – culoarea pielii, a părului, „anormaliile” fizice

Un subiect, care atrage atenția în mod particular, este cel al reacțiilor oamenilor față de toxicomani.

Societatea actuală îi condamnă pe consumatorii de droguri ilegale, dar tolerează consumatorii de alcool și tutun. Foarte puțini părinți se așteaptă ca fiii sau fiicele lor să nu consume niciodată alcool sau să nu încerce să fumeze, pentru că aceste produse li se par mai puțin nocive și nu în afara legii. Însă tinerii de azi nu văd nici o diferență între consumul de tutun, de alcool și de droguri ilegale ușoare, deși ar trebui să fie conștienți că pe lângă efectul dăunător al drogului ca atare, folosirea lor întâmplătoare sau experimentală este o activitate ilegală care se poate solda cu dosar penal.

Sancțiunile penale sunt alte mijloace prin care societatea încearcă să restabilească ordinea socială perturbată prin comiterea diferitor infracțiuni precum și un instrument al prevenirii și combaterii fenomenului criminalității.

Se poate concluziona că devianța nu poate fi înțeleasă ca fenomen sau ca un comportament detașat de contextul social. Fiind intim legată de condițiile fundamentale ale oricărei vieți sociale, devianța reprezintă un fenomen normal în cadrul evoluției societății, a moralei și a dreptului, iar individul deviant nu trebuie considerat neapărat ca o ființă nesocializată, un element parazitar, neasimilabil, introdus în corpul societății, el avînd uneori rolul unui agent reglator al vieții sociale (Durkheim, 1974). Devianța, desemnînd distanțarea semnificativă de la normele de conduită și de la valorile sociale acceptate într-un spațiu cultural determinat, într-o anumită societate și la un moment dat, are atît o semnificație negativă, disfuncțională, cît și una pozitivă, funcțională.

Principalele modalități de suport și tratament a dependenței de droguri

Principalul serviciu disponibil pentru consumatorii de droguri în cadrul sistemului național de servicii medicale este **dezintoxicarea**. În Republica Moldova aceasta este disponibilă în șapte instituții medicale publice și într-o instituție medicală privată, localizate în cinci regiuni ale țării. În caz de urgență, asistența medicală poate fi oferită de serviciile de asistență medicală de urgență și secțiile de terapie intensivă și reanimare din instituțiile medicale.

Tratamentul de dezintoxicare este gratuit în cazul persoanelor asigurate medical (angajați, studenți, elevi și pensionari, cu poliță procurată) care se adresează în instituțiile medico-sanitare publice cu condiția divulgării numelui și altor date personale, urmată de înregistrarea în baza de date a IMSP Dispensarul Republican de Narcologie. În cazul pacientului, care solicită tratament în condiții de anonimat, dezintoxicarea este contra plată.

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stipulează că un pacient nu poate fi internat în staționar fără acordul său, cu excepția cazurilor în care este vorba despre degradarea avansată a personalității sau când persoana prezintă pericol public. Persoana poate să se adreseze benevol după ajutorul specializat în instituțiile publice și private. În instituțiile medicale private oferta nu diferă de cea în sistemul public – în principal se prestează servicii de dezintoxicare. Se fac cure de dezintoxicare în staționar, tratament simptomatic în cazul sindromului de abinență, se oferă suport psihologic. În cazul persoanelor din grupurile social vulnerabile, dezintoxicarea poate fi acoperită din banii publici.

Conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 365 din 26.09.2007, în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie a fost instituit **Centrul de reabilitare și resocializare a bolnavilor dependenți de droguri** care oferă continuarea tratamentului persoanelor dependente de droguri după etapa de dezintoxicare. Toate serviciile oferite de

centru sunt fără plată și acordate în condiții de ambulator. Acordul pacientului este o clauză importantă în inițierea tratamentului. Reabilitarea socio-medicală este abordată la momentul internării și vizează personalitatea pacientului, statutul fizic și psihic, starea socială și familială fiind definitorii în stabilirea capacității de implicare a persoanei în tratament.

În februarie 2010 în Republica Moldova, în cadrul grantului oferit țării de către Fondul Global de combatere HIV, Tuberculoză și Malarie au fost deschise patru **Centre de asistență psihosocială a persoanelor dependente de droguri** (Chișinău, Bălți, Cahul, Tiraspol). Scopul acestor centre constă în extinderea accesului persoanelor dependente și a beneficiarilor tratamentului de substituție cu metadonă la servicii de suport psihosocial în vederea îmbunătățirii calității vieții și prevenirii noilor cazuri de infectare cu HIV. La finele anului 2010, în 10 teritorii administrative se oferea suport psihosocial persoanelor dependente de droguri în condiții de ambulator de către 19 grupuri de ajutor reciproc.

În țară este implementat Programul de tratament de substituție cu metadonă (actuala denumire – farmacoterapie cu metadonă), aprobat conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 159 din 20 mai 2003³⁴.

Tratamentul de substituție cu metadonă (*OST – opioid substitution treatment*) sau *farmacoterapia cu metadonă (FTM)* este partea Programului Național de prevenire și control a infecției HIV/SIDA pentru anii 2011-2015³⁵, fiind implementat în Republica Moldova din anul 2004 în sectorul civil și din anul 2005 în penitenciare prin intermediul a trei unități amplasate la DRN, Departamentul Instituției Penitenciare și Spitalul Clinic Municipal din Bălți. Cu toate că proiectele cuprind trei unități, numărul de beneficiari/aria de acoperire cu servicii este foarte mic – 1% din numărul estimat de consumatori de droguri injec-

³⁴ Ministerul Sanatatii al Republicii Moldova 2003

³⁵ <http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=120>

tabile din țară. Actualmente, FTM este oferit persoanelor dependente de opiacee prin intermediul celor trei unități amplasate în orașele Chișinău și Bălți și a șapte unități amplasate în sectorul penitenciar.

Înscrierea persoanelor la tratamentul de substituție se face în baza următoarelor criterii:

- consumator de droguri din grupul opiaceelor
- patologii asociate consumului de droguri injectabile (HIV, hepatitele virale B și C, TB)
- patologii concomitente, cum ar fi diabetul zaharat, tulburări psihice, dereglări trofice
- tratament de dezintoxicare repetat fără succes
- dorința de a renunța la injectarea drogurilor
- contact permanent cu personalul medical implicat în astfel de activități
- renunțarea la consumul de droguri

Pe durata implementării programului FTO au fost realizate evaluări independente în 2007, 2008, 2009 și 2012 care au identificat atât o serie de constrângeri, referitoare la aria de cuprindere a CDI cu servicii, cât și nevoia de extindere a acestor servicii la nivel de țară. Spre regret, indicatorii cantitativi în raport cu serviciile FTO sunt ongrijor-tori: atât în sectorul penitenciar, cât și în cel civil sunt înscrși un număr redus de pacienți.

În pofida prestării serviciilor de sprijin psihosocial pacienților FTO din 2010 în vederea sporirii aderenței la OST și a altor eforturi menite să aplice o metodă integrată de abordare a OST, ratelele de abandon din programul de tratament sunt la fel de mari. Pe baza datelor existente, deși FTM, care durează mai mult de șase luni, este optimal pentru atingerea impactului scontat, doar 50% din persoane au reușit să treacă peste șase luni de tratament continuu.

Potrivit rapoartelor de program, **doza medie zilnică pentru beneficiarii FTM din Chișinău era de 42 mg**, iar la Bălți –47,4 mg³⁶, adică cu mult mai mică decât doza zilnică recomandată de OMS (60-120 mg de

³⁶ Dispensarul Republican de Narcologie. Raport anual de activitate, 2009. Raport nepublicat.

metadonă) pentru a evita orice simptome de sevraj. Doze mai mari au fost administrate la spitalele din penitenciare (64,4 mg). Dozarea sub nivel ar putea fi una din cauzele consumului în paralel de droguri din stradă ca o metodă de compensare a simptomelor de sevraj la pacienții din programul OST.

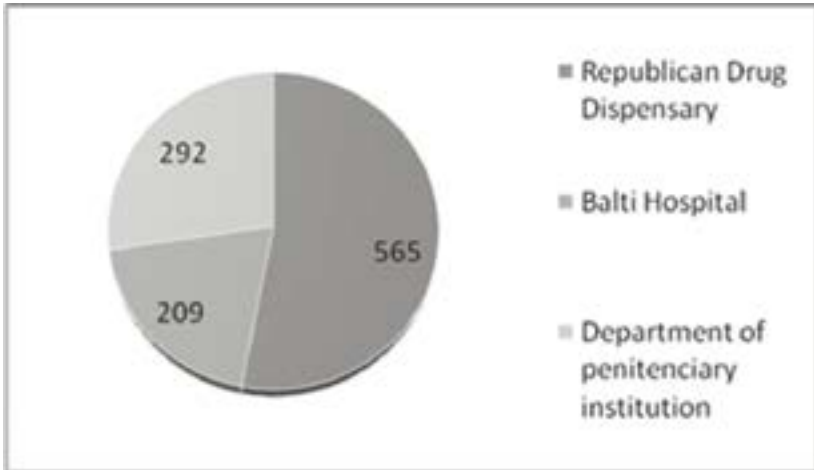


Figura 5.
Numărul cumulativ al beneficiarilor FTM, sector civil și penitenciar,
Republica Moldova (malul drept al râului Nistru), 2004-2012

În izolatoarele de anchetă penală din municipiile Chișinău și Bălți pacienții deținuți au putut continua farmacoterapia cu metadonă. Poliția însoțea pacienții către serviciul narcologic pentru a primi doza zilnică de metadonă. În caz de spitalizare a pacientului aflat în FTM, personalul serviciului narcologic transporta doza zilnică de metadonă la instituția medicală respectivă.

Intervenții psihosociale complementare în farmacoterapia cu metadonă și alte inițiative de tratament

În prezent sunt disponibile diverse forme de asistență psihosocială și psihoterapie adaptate problemelor asociate dependenței de

droguri. Farmacoterapia cu metadonă ajută pacientul să renunțe la un stil de viață haotic, oferindu-i stabilitatea necesară participării la intervențiile psihosociale. În prezent este disponibilă o gamă variată de asemenea intervenții.

Educația

Pacienții aflați în farmacoterapie cu metadonă au nevoie **să primească:**

- informații și sfaturi cu privire la menținerea stării de sănătate, în special în ce privește reducerea riscului de infectare cu HIV/SIDA, hepatita B și C; despre posibilitatea contractării și transmiterii unei infecții cu transmitere sexuală; despre ce pot face în cazul în care au fost infectați cu HIV, hepatita B sau C
- educație pe subiecte generale de sănătate și pe asistența socială pe care o pot primi, funcționarea socială și de rol (angajare, educare, parentare)
- informații și/sau trimitere la alte servicii de sănătate sau sociale disponibile în comunitate
- informații despre serviciile de urgență disponibile în caz de suferință sau altă urgență

Consilierea

Se consideră că serviciile, care oferă cu regularitate ședințe de consiliere centrate pe problemele legate de consumul de droguri, au rezultate mai bune decât serviciile care oferă puțină consiliere sau deloc. Consilierea poate fi realizată în format individual sau de grup. În format individual, frecvența consilierii este determinată de nevoile și starea pacientului la moment.

Conform panelului de experți al SAMSHA³⁷, componentele standard ale consilierii acestor pacienți includ:

- intervenții de stimulare a motivației
- educație despre dependență și efectele drogurilor și ale alcoolului

³⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration

- educație despre strategiile de prevenire a recăderilor, de exemplu, cum să evite sau să facă față „oamenilor, locurilor, lucrurilor” care pot declanșa pofta de drog
- identificarea unor probleme speciale, neașteptate
- asistență în menținerea compliancei față de regulile și regulamentul programului
- tehnici de management al timpului și stresului
- asistență în structurarea timpului și stabilirea unui orar de activități
- asistență în dezvoltarea unui stil de viață sănătos care să implice mișcare, alimentație adecvată, renunțarea la fumat și la practicile sexuale riscante
- asistență în implicarea în activități sociale comunitare, grupuri de autoajutor

Consilierea realizată în format de grup reprezintă intervenția cea mai reprezentativă pentru domeniul adicțiilor. Posibile probleme abordate în cadrul consilierii de grup sunt:

- educație despre consumul de droguri
- mecanismele dependenței de droguri
- probleme medicale
- impactul consumului de droguri asupra celorlalți membri ai familiei
- petrecerea timpului liber
- relații interpersonale
- consumul de alcool
- creșterea stimei de sine
- mecanismele recăderii
- tulburările psihice
- efectele secundare ale metadonei/buprenorfinei
- managementul stresului și tehnici de relaxare
- abilități de comunicare
- managementul timpului
- HIV/SIDA

- alimentație și mișcare
- grupuri pentru părinți

Pe lângă consilierea pacienților programului farmacoterapeutic cu metadonă, se recomandă organizarea ședințelor individuale/grupuri de consiliere pentru familiile acestora, cu scopul implicării lor în tratament și creșterea sprijinului familial.

Intervenții psihoterapeutice

Dacă în consiliere se lucrează în special asupra evenimentelor și proceselor externe, psihoterapia își propune să influențeze procesele intrapsihice care mențin consumul de drog sau interferă cu tratamentul. Numeroase studii au dovedit eficiența intervențiilor psihoterapeutice asociate farmacoterapiei cu metadonă. Mai bine documentate sunt intervențiile de tip cognitiv-comportamental și cele de tip interviu motivațional:

- I. *Programele pentru prevenirea recăderilor*: se bazează pe identificarea situațiilor în care pacientul se află în pericol să reia consumul de opiacee ilicite și dezvoltarea de strategii de coping specifice fiecărei situații
- II. *Programele de tip trainingul abilităților sociale*: își propun să ofere pacienților abilități noi pentru a face față presiunii grupului, schimbări în stilul de viață, managementul emoțiilor, stresului și timpului
- III. *Intervențiile de creștere a motivației*: se sprigină pe un model stadial al schimbării (Prochaska, diClemente, 1982) și își propun ca, prin intervenții nonconfrontative, să ajute pacientul să-și consolideze motivația pentru schimbare, implementând și menținând apoi schimbarea
- IV. *Terapia de familie și terapia comportamentală de cuplu*: indicată după o perioadă de stabilizare, este recomandată pacienților ale căror familii/parteneri contribuie la menținerea consumului de drog sau interferează negativ cu participarea la tratament

Intervenții comportamentale

Se bazează pe principiile învățării și schimbării comportamentale.

Un exemplu de astfel de intervenție îl reprezintă managementul contingentelor. În această formulare, pacientul are dreptul să primească o serie de recompense pentru atingerea unor ținte comportamentale clar formulate. Neatingerea obiectivelor duce la retragerea recompenselor. Recompensele pot fi sub formă de vouchere pe care pacientul le poate schimba apoi în servicii, alimente, obiecte sau, mai adesea, sub forma dreptului de a lua acasă metadonă. Un principiu important în tratamentul comportamental este superioritatea recompenselor pentru schimbare față de pedepsirea comportamentelor nedorite. De exemplu, după o anumită perioadă în care pacientul a prezentat urine negative la opiacee, acesta poate obține dreptul de a primi acasă medicația. O probă de urină pozitivă poate duce la anularea acestor drepturi.

Grupurile de autoajutor

Slab dezvoltate în Republica Moldova, grupurile de autoajutor de tip Narcotic Anonymous (NA) pot reprezenta o sursă de suport social valoroasă pentru pacienții care au pierdut contactele cu persoane neconsumatoare de drog. Din păcate, filosofia NA promovează abținerea totală și pacienții menținuți pe metadonă se pot simți ostracizați într-un asemenea mediu. Rămîne posibilitatea organizării unor grupuri de egali.

Intervenții de reinsertie socială

La prezentarea pentru farmacoterapia cu metadonă, pacienții au adesea numeroase probleme sociale a căror soluționare influențează aderența la tratament. Un centru specializat va oferi servicii de asistență socială pentru soluționarea unor dificultăți de natură socială, cum ar fi probleme legate de:

- asigurarea nevoilor de bază (hrană, adăpost): trimiterea pacientului la servicii diverse cum ar fi adposturile de noapte, locuințele protejate, cantinele sociale
- justiție:
 - stabilirea statutului juridic al pacientului și rezolvarea problemelor legate de o posibilă urmărire penală, probațiune sunt

- chestiuni urgente care, nesoluționate, pot duce la abandonul tratamentului
- probleme legate de perfectarea actelor de identitate
 - asigurarea accesului facil la tratament (asigurarea transportului către locația tratamentului)
 - creșterea copiilor minori ai pacienților
 - accesarea fondurilor de asigurări sociale, inclusiv asigurare medicală
 - finanțe, inclusiv datorii
 - găsierea și menținerea unui loc de muncă:
 - ajutorarea pacientului în pregătirea pentru un interviu, scrierea unui CV
 - accesarea cursurilor și programelor de formare profesională
 - reintegrarea în sistemul școlar
 - în unele cazuri, menținerea contactului cu angajatorul și soluționarea unor posibile conflicte la locul de muncă

PROIECT DIDACTIC

TEMA 5.

Risc și vulnerabilitate pentru infecția HIV. Populațiile-cheie afectate de HIV (90 min)

1. Tezele principale:

- Conceptul de vulnerabilitate și risc vizavi de infecția HIV
- Riscurile asociate cu HIV și vulnerabilitatea la HIV
- Populațiile-cheie afectate (PCA) de HIV
- Activismul social în domeniul HIV/SIDA

2. Obiective educaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- conceptul de risc de infectare cu HIV
- conceptul de vulnerabilitate pentru infecția HIV
- persoanele cele mai expuse riscului și/sau vulnerabile la infecția cu HIV
- identificarea timpurie și implicarea populației-cheie afectate de HIV în programele de prevenire, suport și tratament

3. Scop final /Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să lucreze împreună pentru a spori nivelul de cunoștințe și de înțelegerea riscului și vulnerabilității la HIV/SIDA
- să identifice grupurile sociale cele mai afectate de HIV/SIDA
- să înțeleagă importanța identificării și implicării timpurii a populațiilor-cheie afectate de HIV în programe de prevenire, suport și tratament

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop și ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 5
- Foi de Flip Chart A 1 și markere
- Fișa tehnică nr. 5: IHAA, Populații vulnerabile și cele mai expuse riscului, 2010 <http://www.aidsalliance.org/includes/Document/Prevention%20campaign/Campaign-Policy-Briefing-1.pdf>
- Lectura despre context: UNAIDS, Să ajungem la zero, 2010 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034_unaids_strategy_en.pdf

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri*.
2. Programul Național de Prevenire și Control al Infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor, cu modificări.
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Beldianu, I., Breazu, A., Mihalache, S., Spireu-Dobrotă, S., „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și violenței familiale”, manual de instruire. București: Editura JSI Research and Training Institute Inc., 2006.
9. Blagoslov, A., Lazăr, F., Luca, A., „Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Ghid pentru serviciile de Asistență Socială.”, București: Editura Psiho Cover, 2007.
10. Bourhis, Y.R., Leyens, J.P., „Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri.”, Iași: Editura Polirom, 1997.
11. Bucur, Gh., „SIDA și prevenirea ei.”, București: Editura Medicală, 1991.

12. Bulcea, D., Cupsa, A., „Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale”, Craiova: Editura Aius, 1995.
13. Buzducea, D., coord. „Primii pași – Asistența psiho-socială a familiei afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngrijirea lor”, București: Editura Astrobios, 1999.
14. „Ghidul Educatorului de la Egal la Egal în Prevenirea HIV/SIDA”, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova, Chișinău 2003.
15. „Ghidul lucrătorului de tineret. Includerea socială a tinerilor”, European Youth Exchange Moldova, UNICEF, Chișinău 2004.
16. Aprobata la ședința Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 24 octombrie 2013 Proces verbal nr. 4
17. Aprobata prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1553 din 26.12.2013, „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii „Prevenirea infecției cu HIV în populațiile cheie”
18. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 25 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Trecerea în revistă a căilor de transmitere și de prevenire a infecției HIV</p> <p>Privire de ansamblu asupra conceptelor de risc și vulnerabilitate la HIV/SIDA, factorii epidemiei HIV.</p> <p>Privire de ansamblu asupra persoanelor cele mai afectate de HIV, cele mai expuse riscului sau vulnerabile la HIV/SIDA.</p> <p>Conceptul de populații-cheie afectate de HIV. Identificarea timpurie și angajamentul acestor grupuri.</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt principalele modalități de transmitere și de prevenire a infecției HIV? 2. Care sunt grupurile cele mai expuse riscului infectării cu HIV și cu virusurile hepatice? 3. Identificați populațiile-cheie afectate de HIV din țară/regiune. 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a revizui modul de prevenirea transmiterii HIV ■ a prezenta la general grupurile cele mai afectate de HIV și cele mai expuse riscului sau vulnerabile la infectarea cu HIV, hepatite virale ■ a prevedea identificarea și implicarea timpurie a acestor grupuri în programe de prevenire, suport și tratament
<p>Activitatea 1 10 min</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici Studenții întocmesc împreună o listă a grupurilor din comunitățile lor cele mai expuse riscului sau vulnerabile la infectarea cu HIV.</p> <p>Apoi întocmesc împreună o listă a factorilor care favorizează acest risc și/sau vulnerabilitate.</p> <p>Strategiile care ar putea reduce transmiterea HIV în aceste grupuri.</p> <p>Luați notițe și prezentați-le în grupul mare.</p>	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 5</p> <p>Discutați despre relația dintre infecția HIV și factori cum ar fi statutul socio-economic, orientarea sexuală și accesul la metodele de profilaxie, tratament și îngrijire.</p>	<p>Repartizați Fișa tehnică nr. 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cereți studenților să întocmească o listă a grupurilor din comunitățile lor cele mai expuse riscului sau vulnerabile la infectarea cu HIV ■ Ajutați studenții să întocmească o listă a factorilor care favorizează acest risc și/sau vulnerabilitate ■ Încurajați-i să discute unele strategii care ar putea reduce transmiterea HIV în aceste grupuri

<p>Activitatea 2 15 mni</p> <p>Reluați formatul de clasă Discutați despre relația dintre infecția HIV și factori precum statutul socio-economic, orientarea sexuală și accesul la metodele de profilaxie, tratament și îngrijire. Ce se poate face pentru a reduce aceste riscuri? Enumerati măsurile de identificare și implicare timpurie a acestor grupuri în intervențiile profilactice. Cum poate interveni poliția în acest context? Întrebări generale și discuții.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce se poate face pentru a schimba nivelele de risc? 2. Cum poate fi realizată identificarea și implicarea timpurie a acestor grupuri în intervențiile profilactice? 3. Cum poate interveni poliția în acest context? 4. Întrebări? Preocupări? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitorizați orice întrebare care ar putea să se refere la modulele următoare ■ Adresați întrebări generale pentru a antrena vorbitorii invitați la discutarea acestui subiect.
<p>Vorbitorul invitat 45 min</p> <p>Prezentare panel realizată de reprezentanții populațiilor-cheie afectate de HIV și/sau persoanele care lucrează cu ele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ persoanele care își injectează droguri ■ lucrătoarele sexului comercial ■ bărbații care practică sex cu bărbați <ul style="list-style-type: none"> ■ deținuții ■ tinerii străzii ■ migranții ș.a. 	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Întrebări sau preocupări? 	<ul style="list-style-type: none"> – Prezențați vorbitorul ■ Cereți-i părerea vizavi de întrebările propuse ■ Mulțumiți vorbitorului ■ Faceți față oricăror întrebări sau preocupări suplimentare din partea studenților

<p>Activitatea 3 10 mni</p>	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 2. Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cum poate fi prevenită transmiterea HIV de la mamă la copil? 2. Care este rolul tratamentului antiretroviral? 3. Cum sunt finanțate programele de prevenire, tratament, suport și îngrijiri în infecția HIV? 4. Cum se asigură continuitatea acestor programe? 5. Analizați eficiența acestor programe și posibilitățile voastre de a deveni voluntar în aceste programe. 	<p>■ Încurajați studenții să identifice organizațiile care se ocupă de categoriile cele mai afectate de HIV/SIDA și de diferite grupuri cu risc sporit de infectare cu HIV. Lucrând asupra acestei probleme, ei se pot pregăti pentru modulul următor</p>
<p>Discuții/Dezbateri 10 min</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce măsuri trebuie luate la locul de muncă și în viața personală pentru a preveni transmiterea HIV? Dar a hepatitelor virale? 2. S-au schimbat opiniile voastre despre HIV/SIDA? 3. Despre ce ați dori să aflați mai multe? 4. Cum poate fi de ajutor poliția în prevenirea transmiterii HIV? 5. Întrebări? Preocupări? 	<p>Discutați în grupuri mari punctele principale invocate de fiecare grup în sesiuni de breakout</p> <p>Monitorizați orice întrebări carear putea să se refere la modulele următoare</p>
<p>Întrebări și discuții generale și specifice</p>		

Conținutul prelegerii

Conceptul vulnerabilitate și risc pentru infecția HIV

Abordările bazate pe reducerea riscurilor pot fi concepute ca politici adresate populației în general, însă în mod direct ele vizează populațiile bine definite din punct de vedere al riscului de a se infecta cu HIV și ITS.

În acest sens, **riscul** indică probabilitatea ca o persoană să se infecteze cu HIV pentru că adoptă un comportament anume:

- își injectează droguri, folosind dispozitive de injectare în comun cu alte persoane
- întreține relații sexuale neprotejate cu parteneri multipli (comportament adesea asociat sexului comercial)

Termenul **vulnerabil** face referire la un grup sau un individ aflat într-o situație de excluziune socială și cu acces redus la servicii de prevenire, tratament sau îngrijire. **Vulnerabilitatea** este dependentă de trei tipuri de factori și de interacțiunea dintre aceștia:

- apartenența la un anumit grup sau subcultură
- presiunea anturajului de a începe viața sexuală la o vîrstă tînră, de a nu folosi prezervativ, de a-și injecta droguri, de a întreține relații sexuale neprotejate cu persoane necunoscute
- presiunea de a trăi sau lucra în stradă etc.

Concepte-cheie

Termenul **vulnerabil** face referire la un grup sau un individ aflat într-o situație de excluziune socială și cu acces redus la servicii de prevenire, tratament sau îngrijire.

Termenul risc vizează exclusiv populațiile sau persoanele cu un risc de infecție cu HIV și ITS de cîteva ori mai mare decît media.

Populațiile-cheie afectate – consumatorii de drog injectabil (CDI), persoanele ce prestează servicii sexuale (PPSS), bărbați care fac sex cu bărbați (BSB) și persoanele ce trăiesc cu infecția HIV (PTH).

Populațiile și persoanele cu risc sporit de infectare cu HIV sînt persoanele care utilizează droguri injectabile, prestează servicii sexuale, deținuții, migranții, șoferii de cursă lungă. În linii generale, diferența dintre risc și vulnerabilitate poate fi exprimată în următorul mod:

- **Riscul** este un comportament specific care determină o persoană să se expună infecției HIV
- **Vulnerabilitatea** reprezintă factorii care contribuie la angajarea unei persoane într-un comportament cu risc de infectare

Factorii structurali, care influențează transmiterea HIV, sînt adînc înrădăcinați și complecși. Pe termen mediu sau pe termen lung aceștia pot fi abordați prin:

1. Politici și programe pentru reducerea sărăciei.
2. Controlul traficului de droguri.
3. Reforme eficiente în vederea reducerii supra-aglomerării în penitenciare.
4. Îmbunătățirea posibilităților de angajare pentru tineri.
5. Reducerea traficului de persoane și îmbunătățirea infrastructurii sănătății publice în vederea asigurării accesului la testare, consiliere și monitorizare, precum și altor abordări ale infecției HIV bazate pe promovarea și practicarea modului sănătos de viață, grijă și suport.

Diminuarea transmiterii HIV în rîndul populațiilor cu risc sporit de infectare reprezintă o prioritate în stoparea dezvoltării unei epidemii generalizate. Actualmente acest scop este foarte important pentru Republica Moldova.

Pentru fiecare cale de transmitere a infecției există anumite metode pe care orice persoană le poate urma în vederea reducerii sau eliminării riscului de infectare. Există intervenții care și-au demonstrat eficacitatea la nivel local, național și de comunitate. Acolo unde este prezent HIV, acesta va fi transmis prin toate cele trei căi posibile. Numărul de persoane infectate după fiecare mod de transmitere variază în funcție de țară și grupurile de populație. În Ucraina, de exemplu, principalele căi de transmitere sunt prin sînge (folosirea în comun a

echipamentului de injectare) și relațiile sexuale neprotejate.

Prevenirea HIV ar trebui să fie comprehensivă, cu punerea în aplicare a metodelor eficiente, evitînd implementarea izolată a uneia sau cîtorva acțiuni. Programele de succes de prevenire a infectării cu HIV nu oferă doar informații, dar asigură și acces la diferite accesorii importante cum ar fi prezervativele sau echipamentele sterile de injectare. Multe persoane nu pot fi atribuite doar unei singure „categorii de risc”. De exemplu, utilizatorii de droguri injectabile au nevoie de acces la prezervative și consiliere privind relațiile sexuale protejate, precum și de suport pentru a reduce riscul de transmitere a infecției prin sînge.

Oricine se poate infecta cu HIV, de aceea este vitală sensibilizarea cît mai amplă în materie de HIV prin intermediul instruirii în vederea prevenirii tuturor formelor de transmitere. Este important să fie informate despre metodele de prevenire a infectării cu HIV atît persoanele expuse riscului de infectare, cît și cele deja infectate. Consilierea și testarea la HIV sunt fundamentale pentru prevenirea infectării cu acest virus.

Riscurile asociate cu HIV și vulnerabilitatea la HIV

UNAIDS și OMS caracterizează epidemia HIV prin scenarii de nivel scăzut, concentrate și generalizate (UNAIDS, 2007). În scenariile de nivel scăzut, prevalența HIV este mai mică de 1%, iar infecția HIV nu s-a răspîndit astfel încît să atingă niveluri semnificative în oricare dintre grupurile de subpopulație. Scenariile concentrate sunt acelea în care prevalența HIV este înaltă în una sau mai multe subpopulații cum ar fi UDI, BSB sau LSC și clienții acestora, însă virusul nu circulă în populația generală. Scenariile în care prevalența HIV constituie 1–15% dintre gravidele care frecventează clinicile antenatale sunt calificate ca generalizate, prevalența HIV în populația generală în acest caz favorizînd răspîndirea epidemiei prin relațiile sexuale. În anumite țări și regiuni pot exista diferite scenarii epidemice. În Ucraina, de exem-

plu, există epidemie în rândurile UDI și LSC și partenerii acestora, cu potențial de trecere în scenariu generalizat de epidemie (Raportul de țară, Ucraina, 2012).

Riscul semnifică probabilitatea că o persoană poate contracta HIV, fiind generat, fortificat și perpetuat de anumite tipuri de comportament (UNAIDS, 2007). La astfel de comportamente se referă relațiile sexuale neprotejate cu un partener al cărui statut HIV nu este cunoscut, relațiile sexuale neprotejate cu mai mulți parteneri și injectarea drogurilor folosind ace și seringi contaminate.

Termenul „driver” se referă la factorii structurali și sociali, cum ar fi sărăcia, inegalitatea de gen și încălcarea drepturilor omului, care nu pot fi determinați facil și care sporesc vulnerabilitatea populației la HIV (UNAIDS, 2007). **Vulnerabilitatea la HIV** rezultă într-un spectru de factori care reduc abilitatea persoanelor și comunităților de a evita HIV. Acești factori pot fi grupați în personal- lipsa de cunoștințe și abilități/aptitudini de a se proteja personal și de a-i proteja pe alții, factori pertinenti calității și acoperirii cu servicii și factori societali precum normele sociale și culturale, practicile, opiniile și legile care stigmatizează și privează/defavorizează anumite populații și funcționează ca obstacole pentru diseminarea mesajelor de prevenire a infectării cu HIV. (UNAIDS, 2007).

Implicarea populațiilor expuse riscului și vulnerabile este critică pentru un răspuns eficient la HIV, la fel și analiza cost-beneficiu a diferitor măsuri de prevenire a infecției HIV și fezabilitatea acestora ținând cont de resursele disponibile. Comportamentele de risc și vulnerabilitățile fac parte dintr-un conglomerat de factori economici, legali, politici, culturali și psihosociali de care se va ține cont în procesul de proiectare și furnizare a serviciilor/măsurilor de prevenire și îngrijire (UNAIDS, 2007).

Un răspuns eficient la nivel național asigură furnizarea de informații adecvate de prevenire a infecției HIV, servicii și suport populațiilor mai vulnerabile, cu o probabilitate ridicată de expunere la HIV și critice pentru dinamica/evoluția epidemiei. Există locații unde se

manifestă și/sau sunt promovate comportamente de risc, cum ar fi teritoriile urbane sau locurile unde staționează tirurile, asociate cu sexul comercial, „poligoanele” de injectare a drogurilor, unde pot fi găsite persoanele cu risc sporit de infectare (UNAIDS, 2007; LEAHN, 2012).

O combinație de vulnerabilități sociale, factori biologici și comportamentali expun următoarele categorii de persoane unui risc sporit de infectare cu și/sau transmitere a HIV: lucrătorii sexului comercial și clienții acestora, consumatorii de droguri injectabile, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați și deținuții (din penitenciare). Alte grupuri, cum ar fi persoanele cu infecții cu transmitere sexuală, muncitorii mobili sau migranții separați de soții sau parteneri perioade îndelungate, personalul instituțiilor de forță și minoritățile etnice sau culturale de asemenea pot fi expuse unor situații de risc sporit de infectare cu HIV, în funcție de situația locală. Normele sociale sporesc vulnerabilitatea tinerilor, femeilor și fetelor la HIV din cauza unor astfel de factori cum sunt inegalitatea de gen, violența și exploatarea sexuală și bazată pe gen, accesul restricționat la informații și servicii, lipsa de aptitudini de luare a deciziilor și de abilități. În multe localități în care epidemia este de lungă durată femeile căsătorite și fetele sunt expuse unui risc ridicat de infectare cu HIV (UNAIDS, 2007).

Abordările coercitive de prevenirea infecției HIV au fost respinse ca fiind ineficiente și abuzive (OSI, UNAIDS, 2007, 2012; LEAHN, 2012 a,b). Astfel de metode includ testarea obligatorie la HIV, restricția deplasării și incriminarea programelor de reducere a riscurilor și de prevenirea infecției HIV. Aceste măsuri împiedică accesul la informații și servicii de sănătate, interferează cu eforturile de prevenire și încalcă drepturile omului.

Programele eficiente de prevenire a infecției HIV acordă prioritate persoanelor afectate de HIV și vulnerabile la infectare. Măsurile de prevenire eficiente a infectării cu HIV pun în valoare demnitatea umană, responsabilitatea, accesul la informație despre sănătate, servicii și suport, și implicarea comunității (UNAIDS, 2007, 2012; LEA-

HN, 2012a,b). Mediul care favorizează comportamentul de risc și reducerea riscului are o influență majoră asupra modului în care evoluează epidemia HIV și asupra eficienței prevenirii infecției HIV. Programele eficiente creează un „mediu propice” prin implementarea legilor și politicilor non-discriminatorii care reduc vulnerabilitatea (UNAIDS, 2010) și nu scot în evidență populațiile respective pentru a fi blamate și persecutate, nu le marginalizează și nu le stigmatizează.

Un mediu este propice pentru prevenirea infecției HIV dacă sunt operate schimbări corespunzătoare în politicile sociale, sunt mobilizați liderii de opinie de la toate nivelurile, colaboratorii organelor de drept, comunitatea. Numai într-u astfel de mediu grupurile expuse unui risc sporit de infectare pot avea acces la servicii, fără teama de a fi arestat sau hărțuit (UNAIDS, 2010).

Populațiile-cheie afectate de HIV

Majoritatea persoanelor infectate cu HIV nu știu că s-au infectat, deoarece imediat după infectare nu se manifestă nici-un simptom. În pofida faptului că infecția HIV inițial nu declanșează simptome, persoana infectată poate transmite virusul altei persoane. Unica modalitate de determinare a infectării cu HIV este testarea la HIV.

Nu există remedii pentru tratarea SIDA, însă sunt disponibile tratamente care permit întârzierea manifestării și progresării maladiei. Terapia anti-HIV este cunoscută ca terapia antiretrovirală (ART). Administrat la o etapă timpurie, ART schimbă evoluția naturală a infecției HIV prin reducerea cantității de virusuri/încărcăturii virale în corp, întârziind dezvoltarea simptomelor bolii.

Infecția HIV prezintă o problemă prioritară de sănătate publică, atât la nivel global, cât și național. Conform datelor UNAIDS, în lume trăiesc cu HIV circa 34 milioane de persoane, ceea ce constituie aproximativ 0,6% din populația lumii.

Începînd cu 2001, în 25 de țărînumărul cazurilor noi de infectare cu HIV a scăzut cu 50%, iar în Orientul Mijlociu și în Africa de Nord a

crescut cu peste 35%. În Europa deEst și Asia Centrală în ultimii ani a fost înregistrată o creștere a numărului de cazuri noi de infectare cu HIV.

În perioada 1987-2014 în Republica Moldova au fost înregistrate cumulativ 8557 de persoane infectate cu HIV, inclusiv 2775 în teritoriile de est. În 2013, incidența infectării cu HIV la 100 mii populație a constituit în Republica Moldova 17,99, inclusiv 13,68 în teritoriile din dreapta Nistrului și 46,91 în teritoriile de est.

Către finele anului 2013, prevalența infecției HIV a constituit 173,43 la 100 mii de populație, 129,89 pe malul drept și 463,25 în teritoriile de est. Pe parcursul ultimilor ani este constatată descreșterea numărului de cazuri de infectare cu HIV prin consumul de droguri injectabile (2013 –5%). În 2013 a fost atestată o descreștere a ratei infectării femeilor (46,32%), comparativ cu anul 2012 (50,52%), și a persoanelor tinere, apte de muncă, sexual active (din numărul total de persoane infectate cu HIV, 74,24% au vârsta cuprinsă între 15-39 ani). În conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății, infecția HIV în Republica Moldova se află în stadiul de epidemie concentrată.

În multe țări din lume comunitățile marginalizate și supuse incriminării, cum ar fi consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexului comercial, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați, persoanele trans-sexuale, migranții și copiii străzii, sunt printre categoriile cu risc sporit de infectare cu HIV și cu alte infecții (ASCI, 2007; LEAHN, 2012; UNAIDS, 2012). Epidemia HIV prosperă pe baza stigmatizării și discriminării, asociate cu persoanele expuse riscului și vulnerabile, cât și cu persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA.

Răspîndirea HIV este impulsionată și de inechitatea de gen, care sporește violența față de fete și femei, le limitează posibilitățile de protejare contra infecției. Violența și exploatarea sexuală și cea bazată pe gen sunt infracțiuni și, prin urmare, fac obiectul preocupării organelor de poliție. Polițiștii pot și ei să contribuie la promovarea violenței și exploatării sexuale și celei bazate pe gen, fiind adesea con-

sumatori și controlori/proxeneți ai LSC (ASCI, 2007).

În majoritatea țărilor, consumul și/sau păstrarea de droguri, majoritatea formelor de sex comercial constituie infracțiuni penalizabile sau încălcări administrative. Poliția, politicile și cei ce le practică sunt cei mai influenți formatori ai mediului de risc pentru aceste populații (LEAHN, 2012). În multe țări în care prevalența HIV, hepatitelor virale și TB a atins și se menține la un nivel ridicat, UDI, LSC, migrații și copiii străzii sunt adesea hărțuiți și persecutați decolaboratorii de poliție. Unii colaboratori de poliție esatoarcă bani de la utilizatorii de droguri și lucrătorii sexului comercial, exploatează lucrătorii sexului comercial pentru gratificarea sexuală proprie. În unele țări, a fost raportată imixțiunea activă a angajaților de poliție în politicile și practicile de prevenire a infecției HIV, tratamentul și îngrijirile speciale ale persoanelor infectate cu HIV.

Grupurile și persoanele-cheie afectate de HIV în Republica Moldova sunt:

- consumatorii de droguri injectabile
- persoanele care practică sexul comercial (femei și bărbați)
- partenerii sexuali ai persoanelor seropozitive (care nu folosesc prezervativ)
- bărbații care întrețin relații sexuale cu alți bărbați

1. Consumatorii de droguri injectabile. Riscuri specifice asociate consumului de droguri injectabile

CDI sunt supuși riscului de infectare pe cale sanguină ca urmare a folosirii în comun a echipamentelor de injectare, injectarea de orice tip fiind o cale mai riscantă de răspândirea infecției HIV decât contactul sexual. Întrucât consumatorii de droguri injectabile sunt deseori constituiți în rețele compacte și utilizează echipamentul în comun cu alte persoane fără a-l steriliza, HIV se poate răspândi foarte rapid în rîndul

acestora. Ca și alte persoane sexual active, persoanele care injectează droguri se pot infecta cu HIV de la partenerii lor sexuali, dacă întrețin contacte sexuale neprotejate. Întrucît utilizarea drogurilor injectabile este ilegală în majoritatea țărilor, este greu de calculat cu exactitate cîte persoane practică injectarea de droguri și cîte utilizează echipamentul în comun. Este și mai greu de aflat numărul persoanelor seropozitive. Drept urmare, epidemia HIV în rîndul consumatorilor de droguri este un lucru real.

Prin injectare, drogul ajunge la creier în cîteva secunde, iar efectele pe care le produce sunt mult mai intense decît dacă este prizat sau fumat. Scala intensității efectelor drogului în funcție de mijlocul de administrare este și scala riscurilor asociate consumului. Prizarea afectează mucoasa nazală și poate induce complicații la nivelul sistemului respirator. Prin fumare este atacată dantura și apare pericolul cancerului pulmonar sau bucal. Injectarea duce la distrugerea venelor, provoacă abcese care pot evolua în gangrene, iar din cauza impurităților conținute drogurile de stradă afectează întregul corp, generând hemoragii la nivelul creierului, crize renale, stopuri cardiace. Consumul drogurilor pe cale injectabilă comportă și cel mai mare risc de supradoză. Substanțele, folosite preponderent pe cale injectabilă, sunt opioidele, cocaina, heroina și amfetaminele.

Astfel, consumatorii de droguri injectabile sunt expuși la cele mai multe riscuri de îmbolnăvire din cauza impurității drogurilor disponibile pe piața neagră, precum și a injectării frecvente și incorecte, refolosirii seringilor sau folosirii lor în comun. De aceea consumatorii activi de droguri sunt cel mai important vehicul de transmitere a infecțiilor sanguine, în primul rînd HIV și virusul hepatic C. Experiența altor țări arată că aceste epidemii pot cuprinde 80-90% dintre consumatorii de droguri injectabile dintr-un oraș în numai cîteva ani de la apariție. Drept consecință, crește riscul epidemic pentru populația generală și accesul limitat la tratament pentru consumatorii de droguri, ca urmare a rigidității sistemului medical și a stigmei asociate acestei categorii de pacienți.

2. Persoane care prestează servicii sexuale contra plată. Caracteristici și riscuri comportamentale

Riscului de infectare cu HIV sunt expuse și persoanele care practică sexul comercial, numite și lucrători ai sexului comercial (LSC). În cazul în care există un număr mare de persoane care practică sexul comercial, programele de prevenire HIV ar trebui să dezvolte inițiative care includ educația sexuală și distribuirea de prezervative, adaptate grupului de beneficiari: femei sau bărbați care practică sexul comercial, proxeneți sau alte persoane implicate. Prin urmare, este necesar ca serviciile oferite să fie mai accesibile pentru aceste grupuri și să aibă o eficiență mai mare, fiind adaptate necesităților specifice ale populației marginalizate.

Literatura de specialitate și experiența diverselor programe desfășurate la nivel mondial sugerează că practicarea sexului comercial poate fi divizată în trei subtipuri mari:

- prostituția de stradă
- prostituția din bordelurile clandestine (case/apartamente)
- prostituția de „elită” (din hoteluri, cluburi și baruri)

Prostituția de stradă este treapta cea mai de jos și, de regulă, include persoane (bărbați și femei) care vînd servicii sexuale pe stradă, cel mai des în zonele aglomerate (gări sau parcuri de tiruri). Practica demonstrează că o mare parte din aceste persoane își injectează droguri, rareori folosesc prezervativele, se află în situații ilegale, nu au acte de identitate și nici asigurări medicale. Lucrează pe cont propriu sau pot avea un proxenet. Circumstanțele respective le izolează de serviciile de prevenire, diagnostic și tratament pentru HIV și/sau alte boli cu transmitere sexuală. Ca rezultat, în acest grup apar comportamentele cu risc mare de infectare, cum sunt: folosirea drogurilor injectabile și practicarea sexului neprotejat cu parteneri multipli.

Prostituția din bordelurile clandestine (case, apartamente). Acest grup este constituit din persoane care lucrează, de obicei, sub

protecția unui proxenet. Ele prestează servicii sexuale în apartamente, saloane de masaj sau pe stradă, în apropierea locului unde au loc actele sexuale. În cadrul acestui grup, de asemenea destul de răspândit, se consumă droguri injectabile, în special, dacă proxenetul este și el CDI. La fel ca și categoria precedentă, este foarte puțin probabil ca aceste persoane să acceseze serviciile de tratament și diagnostic pentru ITS. În funcție de situație, folosirea prezervativului este negociată de persoana care se prostituează, dar și de proxeneți.

Prostituția deelită. Acest grup este format din persoanele care lucrează în hoteluri, cluburi sau baruri. La astfel de servicii apelează un cerc relativ restrâns de clienți. De cele mai multe ori, persoanele din acest grup au acces la servicii medicale, în schimb serviciile de prevenire HIV sunt greu accesibile, întrucât circuitul este închis.

Persoanele implicate în sexul comercial au contacte sexuale cu parteneri care plătesc serviciile și cu indivizi care nu plătesc. Din ultima categorie pot face parte: partenerii/partenerele sau soții/soțiile, prieteni ocazionali sau cunoștințe. Nivelul și extinderea comportamentelor cu risc ale persoanelor implicate în sexul comercial depind în mare măsură de categoria de parteneri. De obicei, persoanele care vînd servicii sexuale nu folosesc prezervativul cu persoanele care nu plătesc, invocând factori psihologici, emoționali și fizici, de la încrederea în partener pînă la dorința de a avea un copil.

Oricare ar fi motivele legate de folosirea sau nefolosirea prezervativelor, unul dintre efectele majore ale acestui fenomen este creșterea riscurilor de transmitere HIV. Acest risc este amplificat și de faptul că unele persoane care practică prostituția folosesc droguri intravenos sau au un partener sexual care își injectează droguri. Specialiștii, care lucrează cu persoane implicate în sexul comercial, trebuie să ofere informații și educație pentru prevenirea HIV/ITS și a proxeneților, în special ținînd cont de faptul că ei au un grad mai scăzut de mobilitate decît fetele, care sunt foarte des vîndute sau traficate.

Studiile de specialitate demonstrează că în Europa Centrală și de Est, cea mai răspîndită cale de transmitere a HIV este cea sanguină,

urmată de transmiterea prin sex neprotejat. De aceea, grupul persoanelor implicate în sexul comercial trebuie examinat cu o atenție deosebită, avînd în vedere faptul că reprezintă veriga de contact între grupurile vulnerabile la HIV/ITS și populația generală prin intermediul clienților care apelează la serviciilor lor.

3. Bărbații care întrețin relații sexuale cu alți bărbați. Caracteristici și riscuri comportamentale

Grupul bărbaților care practică relații homosexuale în Republica Moldova este practic invizibil. Stigmatizarea și discriminarea îndeapărtază membrii acestui grup de la mesaje și programele de prevenire a infecției HIV care le sunt adresate. Teoretic, riscurile și comportamentele cu risc ale bărbaților care au acte sexuale cu alți bărbați nu diferă de cele ale populației generale. Diferența constă în faptul că predomină actele sexuale anale care au cel mai mare potențial de infectare cu HIV. Cei care fac parte din acest grup și care consumă droguri practică aceleași comportamente ca oricare dintre UDI. Vulnerabilitatea acestui grup este explicată, în mod special, de faptul că sunt o comunitate închisă, iar informațiile de prevenirea infecției HIV pot fi accesate de către membrii ei mult mai greu. Accesul la servicii de diagnostic și tratament ITS este dificil și din cauza atitudinii discriminatorii față de această categorie de populație.

4. Deținuții. Caracteristici și riscuri comportamentale

Comparativ cu populația generală, în rîndul deținuților rata injectării drogurilor este de cîteva ori mai mare. De exemplu, un studiu național realizat în Marea Britanie arată că în rîndul deținuților, 24% dintre bărbați, 29% dintre femei și 4% dintre deținuții minori, au istoric de consum, iar 6% dintre aceștia au început să-și injecteze droguri în timpul încarcerării. Mulți dintre CDI pot abandona temporar injectarea de droguri în timpul detenției, iar pentru cei care continuă să o

facă riscurile sunt mult mai mari. Incidența infecției HIV și a infecțiilor asociate printre deținuți este procentual superioară în raport cu CDI aflați în libertate.

Comportamente cu risc sporit de infectare în mediul deținuților:

- homosexualitate
- violență sexuală
- sex comercial
- consum de droguri
- tatuare
- găurirea pielii (introducerea de inele)/piercing
- ritualul sîngelui
- folosirea în comun a lamelor de ras

Reieșind din acest grup specific pe populație, UNODC recomandă pachetul comprehensiv de servicii compus din 15 intervenții-cheie în locurile de detenție:

1. Informare, educare și comunicare.
2. Testare la HIV și consiliere.
3. Tratament, îngrijire și suport.
4. Prevenire, diagnostic și tratament al tuberculozei.
5. Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt.
6. Aprovizionarea cu prezervative.
7. Prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală.
8. Prevenirea violenței sexuale.
9. Tratamentul dependenței de droguri, inclusiv farmacoterapia cu metadonă.
10. Programe de schimb de ace și seringi.
11. Vaccinare, diagnostic și tratament al hepatitelor virale.
12. Profilaxie postexpunere.
13. Prevenirea transmiterii HIV prin intermediul serviciilor medicale.

14. Prevenirea transmiterii prin tatuare, piercing și alte tipuri de penetrare a pielii.
15. Protejarea personalului de riscuri profesionale.

În penitenciare deținuții utilizează droguri ilegale în pofida eforturilor administrației de contracararea pătrunderii acestora în instituții. Mulți deținuți au o experiență bogată de utilizare a drogurilor până la încarcerare, alții ajung în detenție în legătură cu crime aferente drogurilor (producere, posedare, vânzare, utilizare) sau din cauza crimelor comise pentru a căpăta surse pentru procurarea lor.

Persoanele, care au utilizat droguri pînă la detenție, vor găsi modalitatea de a continua utilizarea lor și în penitenciar. Unii deținuți încep să utilizeze drogurile în detenție cu scopul de a se relaxa și diminua stresul provocat de aflarea într-un mediu suprapopulat. O deosebită îngrijorare în contextul cercetărilor despre HIV și HVC prezintă predominarea în penitenciare a utilizării drogurilor injectabile. Penitenciarele oferă o posibilitate excepțională de corectare a comportamentului, asociat riscului înalt de transmitere a infecției HIV și HVC, prin implementarea măsurilor eficiente de prevenire, inclusiv programele schimbului de seringi și terapia de substituție. Aplicarea acestor măsuri fac instituțiile penitenciare mai sigure nu numai pentru deținuți, dar și pentru personal. În lipsa tratamentului eficient al drog-dependenței, deținuții continuă să utilizeze droguri, persistând crimele (droguri ilegale), riscul înalt de contaminare cu HIV, cu hepatite virale.

Inegalitățile de gen le fac pe femei mai vulnerabile față de HIV, dovadă servind rata mare de infectare a acestora în țările cele mai grav afectate de HIV

Femeile reprezintă circa jumătate din numărul de persoane infectate cu HIV în lume și majoritatea în Africa Subsahariana ca urmare a inegalității politice, sociale, economice și sexuale a femeilor, înrădăcinată în cultură și practică. Discriminarea, stigmatizarea și violența

sunt de asemenea realități cotidiene ale femeilor care trăiesc cu HIV/SIDA.

În multe țări, legile naționale restricționează drepturile femeilor de a deține moșteniri sau vinde o proprietate. Femeile suferă inegalități și în ce privește accesul la educație, credite, angajare în câmpul muncii, divorț. Inegalitățile sociale și legale mențin dependența economică a femeilor față de soții lor, lăsându-le puține posibilități de a rămâne într-o relație în care pot refuza sexul sau în care pot insista să folosească prezervativul. Deseori femeile devin mai sărăcie după moartea soțului sau după încetarea mariajului, fiind nevoite să se prostitueze pentru a supraviețui sau să accepte condiții de trai și/sau de muncă în care sunt expuse abuzurilor sexuale și violențelor. Fiecare din factorii enumerați sporesc riscul de infectarea femeilor cu HIV.

Violența împotriva femeilor este o epidemie globală care duce la creșterea ratelor de infectare cu HIV în rândul lor. Ele se confruntă cu riscuri mari de infectare cu HIV ca urmare a abuzurilor sexuale, iar violența și teama le pot descuraja să acceseze serviciile de testare la HIV, să insiste asupra folosirii prezervativului sau să comunice statutul HIV-pozitiv partenerilor sexuali. Multe țări încă refuză să recunoască violul în mariaj. Chiar și legile care interzic violența împotriva femeilor sunt adeseori nesuținute cu măsuri și servicii adecvate. În multe jurisdicții, supraviețuitorii violului și abuzurilor sexuale au speranțe puține de pedepsire a făptașului din cauza investigațiilor inadecvate ale poliției, a prejudecăților și a corupției sistemului juridic. Foarte rar supraviețuitorii abuzurilor sexuale au acces la prevenirea postexpunere a infecției HIV.

Pentru multe femei care trăiesc cu/sau sunt vulnerabile față de HIV/SIDA, sistemele medicale rămân, mai curînd, locuri de discriminare și nu de tratament și îngrijiri. În toate țările lumii, accesul la servicii pentru sănătatea reproductivă, esențiale pentru prevenirea infectării cu HIV a femeilor și fetelor, rămâne limitat de legi și practici. Femeile întâlnesc prejudecăți și abuzuri cînd se descoperă că sunt

HIV-pozitive, fapt ce le împiedică să acceseze serviciile de testare și tratament pentru HIV. Gravidele seropozitive au parte de prejudecăți și acuze de la lucrătorii medicali, în loc de tratament de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil.

Drepturile și necesitățile copiilor și tinerilor vizavi de HIV sunt ignorate, chiar dacă în multe țări tinerii sunt cei mai afectați

HIV este, în special, o epidemie a celor tineri. Mai mult de jumătate din noile cazuri de infectare cu HIV din lume sunt tineri între 15 și 24 de ani. Incidența copiilor care se nasc cu HIV este în creștere în pofida metodelor de prevenire a transmiterii HIV în timpul sarcinii și nașterii. Copiilor orfani sau afectați de SIDA le sunt respinse drepturile fundamentale de protecție socială, chiar dacă numărul lor se ridică la zeci de milioane numai în Africa Subsahariană.

Deși transmiterea HIV de la mamă la copil nu mai creează probleme în țările dezvoltate, în țările în curs de dezvoltare mai puțin de 10% din femeile însărcinate au acces la servicii de prevenire a transmiterii HIV, ceea ce duce la nașterea anuală a 1500 de copii infectați cu HIV. Dintre aceștia, aproape 90% nu au acces la tratament oportun a infecției HIV.

Deseori tinerii, supuși riscului de infectare cu HIV ca urmare a practicilor sexuale sau consumului de droguri, nu au acces la informații, servicii de prevenirea infecției HIV, testarea independentă la HIV, consiliere, prezervative și tratament. În școli și în programele pentru tineri, informația completă și sinceră despre sănătatea reproductivă și cea sexuală este adesea substituită cu mesaje care se centreză pe abținere și moralitate sexuală. Tinerii, care folosesc droguri, întâlnesc restricții legale ce țin de accesul la seringi sterile și la tratament de substituție cu metadonă administrată oral care să ajute la prevenirea infectării cu HIV.

Orfanii și copiii din familii afectate de SIDA, care numai în Africa

Subsahariană numără câteva zeci de milioane, sunt mai curînd abuzați, exploatați, discriminați și dezmoșteniți de rude, decît să primească îngrijiri și protecție socială. Ratele de abandon școlar printre copiii afectați de SIDA sunt mari, reprezentînd o formă de discriminare legată de accesul la educație și sănătate. Dacă SIDA a omorît părinții, îngrijirea orfanilor și a copiilor vulnerabili este de obicei lăsată în grija bunicilor a căror muncă nu este valorificată sau remunerată. Ca și nepoților de care au grijă, bătrînilor le sunt respinse drepturile la protecție socială în țări unde sistemele de protecție a copilului și cele de securitate socială lipsesc.

Cei mai afectați sunt trecuți cu vederea în cadrul politicilor naționale

Comun pentru persoanele cu risc sporit de infectare cu HIV este statutul lor este criminalizat prin lege. Sistemele legislative responsabile pentru dezvoltarea legilor antidrog, antiprostituției au regulat mităși confesiuni de la oamenii fără apărare, uneori comițînd acte de violență împotriva acestora, inclusiv viol și crime. Abordările primitive ale consumului de droguri, sexului comercial și homosexualității duc la stigmatizarea și marginalizarea persoanelor ce practică astfel de activități, determinîndu-le să nu se adreseze serviciilor de prevenire, tratament, reducînd impactul acestora asupra răspîndirii HIV/SIDA.

În multe țări, majoritatea consumatorilor de droguri ilicite nu primesc tratament antiretroviral, deși ei predomină printre persoanele care trăiesc cu HIV în țările respective. Legile privind drogurile criminalizează statutul de consumator de droguri, determinînd angajații de poliție să ia mită sau săi rețină, îndeplinind și planul de arestări. Astfel, majoritatea consumatorilor de droguri sîrșesc în penitenciare sau sunt încadrați în programe de reabilitare ineficiente și coercitive. Puțini dintre ei beneficiază de servicii pentru tratarea dependenței de droguri sau de prevenire și tratament a infecției HIV.

Persoanele implicare în sexul comercial, al căror comportamen-

te atrag pedepse determinate de legile de prohibiție a prostituției, a proxenetismului și a traficului de persoane, foarte des nu au acces la servicii de prevenire a infectării cu HIV ca urmare a abuzurilor. Mutarea/deplasarea forțată a persoanelor care practică sexul comercial în sectoare cu o infrastructură mai puțin dezvoltată limitează posibilitățile acestora de a accesa servicii de prevenire a infecției HIV. Tratatamentul coercitiv al persoanelor implicate în prostituție în unitățile medicale le descurajează să acceseze servicii de tratament și prevenire a infecției HIV. Eforturile de combatere a traficului de persoane se rezumă adesea la programe axate pe sănătatea și drepturile persoanelor implicate în prostituție. Bărbații care fac sex cu bărbați sunt expuși violenței și discriminării în majoritatea țărilor lumii. Stereotipul “SIDA este o boală a homosexualilor”, care duce la excluderea socială a bărbaților de orientare homosexuală și a celor infectați cu HIV, împiedică ambele grupuri să acceseze servicii medicale. Politicienii dintr-un șir de țări preferă să susțină prejudiciile cu privire la homosexuali, decât să demonstreze voință politică pentru combaterea răspândirii infecției HIV printre membrii acestui grup vulnerabil

În majoritatea țărilor, deținuții și arestații nu au acces, sau acesta este limitat, la testarea voluntară la HIV și la tratament, la informații și la mijloace de prevenire a infecției HIV. Deseori prezervativele și seringile sterile nu le sunt oferite, deși eficiența lor în prevenirea infecției HIV este demonstrată. Discriminarea deținuților și arestaților HIV-pozitivi, respingerea cererii de eliberare pe motive medicale și nedorința de a acționa eficient împotriva violului din penitenciare sunt cele mai mari abuzuri împotriva drepturilor omului care afectează negativ sănătatea deținuților din penitenciare.

Programele eficiente de prevenire, tratament și îngrijiri HIV sunt atacate

În ultimii 25 de ani, programele HIV și-au demonstrat eficiența datorită implicării voluntare, informate și deschise a celor care activează în servicii de sănătate. Aceste servicii ar trebui să informeze oamenii despre infecția HIV, să-i susțină în adoptarea comportamentelor să-

nătoase și să le ofere o varietate de programe de prevenire și îngrijiri eficiente, bazate pe realitățile vieții celorla cărora se adresează. Totuși, tendințele recente împotriva abordărilor coercitive și “o măsură e bună pentru toată lumea” înlocuiesc serviciile HIV/SIDA care și au demonstrat eficiența.

Multe țări, care au luptat mult pentru accesul la servicii comprehensive de prevenire a transmiterii HIV, fiind presate de donatori internaționali, conservatorii religioși și alte forțe ideologice, au restricționat informațiilor axate pe sexul sigur și folosirea prezervativului. Astfel, ținătorii le este respins dreptul la informații obiective despre transmiterea HIV, care le-ar putea salva viață; femeilor tinere – la informații și servicii de sănătatea reproductivă; bărbaților și femeilor - la prezervative și informații HIV complete.

În multe țări, guvernele pun în funcții unele metode coercitive de prevenire a infecției HIV precum declararea drept crimă a transmiterii “neglijente” a HIV, testarea în masă la HIV fără consimțământ informat. Aceste politici favorizează stigmatizarea persoanelor infectate cu HIV și împiedică adresarea lor după tratament și îngrijiri.

În pofida riscurilor atât pentru persoanele implicate în prostituție, cât și pentru clienții acestora, în multe țări angajații de poliție confiscă prezervativele de la persoanele care se prostituează în calitate de dovadă a practicării prostituției ilegale.

Recent, mai multor organizații, care lucrează cu persoanele implicate în sexul comercial, le-au fost respinse cererile de finanțare din motiv că nu au adoptat o politică clară care să se “opună” prostituției. Această cerință restricționează libertatea de expresie și subminează eforturile de a lucra adecvat, non-discriminativ cu persoanele care practică sexul comercial pentru a preveni HIV și pentru a le oferi tratament și îngrijiri. Presiunea asupra Națiunilor Unite și a multor guverne a redus suportul oficial pentru programele de schimb de seringi, una dintre cele mai eficiente metode de prevenire a infecției HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Programele de schimb de ace și seringi, și tratamentul substitu-

tiv cu metadonă rămân restricționate prin lege sau de politicile multor state, în pofida multiplelor dovezi ale eficienței lor. Chiar și acolo unde aceste programe sunt legale, consumatorii de droguri se tem să le acceseze pentru că riscă să fie arestate pentru posesia de instrumente de folosire și/sau de deținere a unor substanțe controlate. În toată lumea, medicația împotriva durerii pe bază de opioide este greu de accesat pentru majoritatea persoanelor care au nevoie de ea. Deși au fost obținute anumite progrese, țările cele mai afectate de HIV/SIDA nu au înregistrat un echilibru între consumul ilegal de morfină și morfina utilizată în tratamentele medicale. Restricțiile în importarea și prescrierea morfinei persistă din cauza temerilor exagerate vizavi de dependența de morfină și neconștientizarea de către medici și personalul medical a importanței morfinei în tratamentul SIDA și a altor boli în fază terminală.

Activismul social în domeniul HIV/SIDA

În multe țări, activiștii care cer acces la serviciile HIV/SIDA sunt amenințați cu cenzura, închisoarea, defaimați, supuși violenței etc. chiar de către guvernele țărilor lor. Unor astfel de presiuni au fost supuși activiștii din Africa de Sud, care cer acces la tratamentul antiretroviral, fermierii din China care se pronunță pentru compensații pentru că s-au infectat cu HIV prin programul guvernamental de colectare a plasmei, demonstrații din Maroc, care se opun protecției excesive a licențelor din Acordul pentru Comerțul Liber între SUA și Maroc, transsexualii din Nepal care încearcă să distribuie informație despre HIV și prezervative, persoanele care consumă droguri din Thailanda care se opun războiului violent împotriva drogurilor din țara lor. Legile, care stabilesc restricții asupra modului de înființare a organizațiilor internaționale, fac și mai dificil modul în care societatea civilă poate să susțină politici SIDA eficiente la nivel de țară.

„În conștiința colectivă, legătura dintre HIV/SIDA și populațiile marginalizate, „diferite” sau „deviante” din punct de vedere social a

fost foarte strânsă încă de la început. De aceea apare o întrebare cu privire la sănătatea publică și apărarea drepturilor omului: continuarea represiunilor și a izolării acestor populații este eficientă pentru prevenirea de mai departe a infecției HIV sau ar fi mai eficient să lucrăm cu aceste grupuri din perspectiva drepturilor omului?” Joanne Csete, 2005

Protejarea drepturilor omului este modalitatea corectă de protejare a sănătății publice

Apărarea tuturor drepturilor omului este cheia pentru protejarea sănătății publice. Pornind de la acest deziderat, activiștii din domeniul drepturilor omului au câștigat mult în lupta împotriva SIDA: dreptul la nediscriminare pe baza statutului HIV-pozitiv, dreptul la tratament ca parte a tratamentelor esențiale, de bază, și dreptul persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA să participe la dezvoltarea politicilor și programelor SIDA. Totuși, activiștilor li se reproșează că sunt mai interesați de “drepturile individuale” decât de sănătatea publică. În realitate, drepturile omului sunt esențiale în sănătatea publică și în realizarea unui răspuns eficient la infecția HIV.

Activiștii din domeniul drepturilor omului au fost printre primii care au subliniat importanța creșterii accesului la testarea la HIV ca parte a dreptului la cele mai înalte standarde de sănătate. Recent, unii susținători ai testării “de rutină” la HIV au acuzat activiștii din domeniul drepturilor omului că au permis celor “3 C-uri” (consens, consiliere și confidențialitate) să prevaleze asupra importanței răspîndirii largi și a detectării timpurii a HIV. Totuși, este posibil să lărgesci accesul la testarea la HIV fără sacrificarea celor “3 C” și este mai ușor să implici oamenii să susțină eforturile de pervenire și de tratament HIV dacă “3 C” sunt protejați și asigurați. Mai mult de atât, eforturile pentru creșterea accesului la testarea la HIV trebuie complementate de combaterea stigmatizării și abuzurilor drepturilor omului, care (pot) împiedică accesarea testării la HIV, de lărgirea accesului la tratament

antiretroviral și programe de prevenire bazate pe evidențe. Activiștii din domeniul drepturilor omului s-au aflat și în fruntea luptei pentru accesul liber la măsuri de prevenire bazate pe evidențe, insistând ca guvernele să ofere informații, prezervative, ace și seringi, metadonă, tratamente pentru prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil, protecție împotriva violenței și abuzurilor legate de dreptul de proprietate care cresc vulnerabilitatea femeilor. Aceste cereri s-au bazat atît pe drepturile omului, cît și pe datele științifice care au analizat eficiența programelor de prevenire a infecției HIV.

De ce nu ne-ai spus că ești hemofilic?– I-a întrebat o asistentă medicală din spitalul universitar din Toronto pe activistul James Kreppner când acesta, în 1990, a fost internat pentru infecții oportuniste SIDA. Te-am fi tratat mult mai bine.

Ann Silversides, 2003

SIDA aduce provocări unice și necesită un răspuns excepțional

Mai mult decît oricare epidemie din zilele noastre, SIDA este responsabilitatea guvernelor și cere ca acestea să dea socoteală pentru acțiunile întreprinse. Temerile și prejudiciile referitoare la sex, sînge, boli și moarte, percepția că HIV este legată de comportamente “deviante” sau “imorale”, cum ar fi sexul în afara căsătoriei, sexul între bărbați, consumul de droguri, fac că liderii politici să nu facă față epidemiei HIV. Probleme controversate, precum egalitatea de gen și sexualitatea adolescenților, sunt neglijate în abordarea globală a HIV/SIDA pentru că femeile și adolescenții nu au putere politică pentru a menține aceste probleme pe agenda priorităților. Guvernele continuă să aloce resurse limitate pentru intervențiile HIV în grupurile marginalizate. Programul HIV/SIDA al Națiunilor Unite (UNAIDS) a numit această atitudine “un management vicios al resurselor și un eșec în respectarea drepturilor fundamentale ale omului.”

„Cu resursele disponibile acum pentru HIV/SIDA, putem presupune că tratamentul HIV se va alătura eforturilor de prevenire a infecției

HIV într-o manieră integrată, respectând o continuitate în servicii. Din păcate, abordările moralizatoare, care pun obstacole noi în contactarea și lucrul cu populațiile care au cea mai mare nevoie de informații și servicii, pun în pericol o astfel de abordare comprehensivă.”

Joseph Amon, 2006

Abordările bazate pe drepturile omului față de problematica HIV sunt practice și funcționează

Abordările bazate pe drepturile omului față de problematica HIV nu sunt abstracte, dar reale, practice și cost-eficiente. Țări precum Brazilia, care au plasat drepturile omului în centrul răspunsului lor față de HIV/SIDA, s-au convins că epidemiile HIV pot fi oprite sau încetinite. La astfel de abordări se referă:

- includerea în programele naționale HIV a măsurilor de combaterea discriminării și violenței împotriva persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și a celor din grupurile cu risc sporit de infectare
- asigurarea accesului liber al tinerilor la informații despre HIV, la educație despre sexualitate și despre viață, la prezervative, la servicii pentru infecțiile cu transmitere sexuală și de planificare familială
- asigurarea cunoașterii de către persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA a drepturilor legale
- promovarea politicilor care să permită reducerea supra-aglomerării în penitenciare astfel încât deținuții să fie mai puțin vulnerabili la HIV din cauza violențelor sexuale și a folosirii în comun a acelor
- înlăturarea barierelor legale și a altor tipuri de bariere care se opun dezvoltării programelor eficiente de prevenire și tratament a infecției HIV printre persoanele care consumă droguri ilegale
- stabilirea unor măsuri legale clare pentru violență și discrimi-

nearea persoanelor care practică sexul comercial, a bărbaților care fac sex cu bărbați și a altor grupuri marginalizate

- aplicarea de măsuri eficiente împotriva tuturor formelor de violență bazate pe gen/sex, revizuirea sancțiunilor legale pentru discriminarea femeilor în ce privește accesul la oportunități economice, proprietăți și moșteniri

„Refuzul de a distribui prezervative deținutelor din cele mai multe state aflate în curs dezvoltare face să crească vulnerabilitatea față de HIV, amplificată de supra-aglomerare și violență sexuală.”

Mark Heywood, 2004

Pe hârtie, locul drepturilor omului în programele HIV/SIDA este bine determinat. Guvernele, care au semnat în 2001 Declarația de Angajament față de HIV/SIDA, acceptând să adopte măsuri în corespundere cu problematica HIV și a drepturilor omului, și-au reconfirmat angajamentele cu cinci ani mai târziu. În realitate au fost depuse eforturi insuficiente în vederea implementării programelor naționale care să asigure protejarea drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV sau sunt afectate/vulnerabile față de HIV/SIDA.

Pînă în 2003, aproape jumătate din guvernele din Africa Subsahariană trebuiau să adopte o legislație care să excludă discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA. Doar o treime din țările lumii au adoptat măsuri legale care previn discriminarea populațiilor cele mai vulnerabile față de HIV.

O evaluare a implementării Declarației de Angajament față de HIV/SIDA semnate de 14 țări a arătat că “abuzurile față de grupurile vulnerabile la HIV continuă, acestora refuzându-li-se accesul la servicii și instrumente eficiente de prevenire a infecției HIV/SIDA care să îi țină în viață”.

În 2003, Secretarul General al Națiunilor Unite Kofi Annan a declarat: “Drepturile omului și HIV nu sunt pe lista de priorități ale guvernelor naționale, ale finanțatorilor sau ale organizațiilor pe problemele drepturilor omului.”

„Realizarea drepturilor omului și drepturilor fundamentale pentru toți sunt esențiale în reducerea vulnerabilității față de HIV/SIDA.”

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

În încercarea de a menține ordinea publică și de a limita rata infracționalității, lucrătorii Ministerului Afacerilor Interne și alte persoane care se ocupă de implementarea legii vin în contact cu PTHIV, persoanele utilizatoare de droguri sau care prestează servicii sexuale. Aceste persoane devin ținta măsurilor și acțiunilor oficialităților care se ocupă de implementarea legii, adesea cu încălcarea drepturilor fundamentale. Aceste acțiuni sunt favorizate de existența unor ordine și regulamente.

Ordinul Ministerului Afacerilor Interne cu privire la organizarea activității secțiilor de ordine publică, sectoarelor și posturilor de poliție ale comisarariatelor de poliție nr. 200 din 10.06.2004 a fost emis în scopul organizării eficiente a activității de combatere a criminalității și de menținere a ordinii publice, precum și a implementării unor forme și metode avansate de profilaxie a contravențiilor. Prin acest ordin au fost aprobate: Regulamentele-tip ale secției poliției de ordine publică a comisarariatului de poliție, pe de o parte, și ale secției, sectorului și postului de poliție al comisarariatului de poliție, pe de altă parte.

Potrivit prevederilor acestor regulamente, printre funcțiile secției de ordine publică, secțiilor, sectoarelor și posturilor de poliție ale comisarariatelor de poliție se numără și „organizarea activității de profilaxie și suprimare a prostituției, pornografiei și altor încălcări ce țin de viața sexuală”. În scopul îndeplinirii acestor atribuții, subdiviziunile de poliție menționate au mai multe drepturi, printre care „să efectueze în modul stabilit de lege aducerea persoanelor care au consumat alcool, substanțe narcotice sau toxice la instituția medicală pentru a fi examinate, dacă rezultatele examinării sunt necesare pentru confirmarea sau respingerea faptului delictului sau pentru examinarea obiectivă a cazului de infracțiune”.

Ordinul Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Sănătă-

ții despre măsurile de intensificare a lucrului cu persoanele care răspîndesc maladiile sexualtransmisibile (SIDA, sifilisul, gonoreea) nr. 183/217 din 23.06.1993, obligă conducătorii instituțiilor medicale din țară și conducătorii organelor municipale și raionale de poliție:

- „să asigure examinarea la SIDA și sifilis a persoanelor reținute în camerele de detenție provizorie, instituțiile de primire și repartizare, serviciile de dezalcoolizare de pe lângă secțiile de poliție, precum și a persoanelor reținute pentru vagabondaj, purtare amorală și celor eliberate din locurile de privațiune de libertate (pct.1.1)
- să organizeze și să efectueze lunar raiduri comune în scopul depistării și examinării în privința bolilor sexualtransmisibile (SIDA, sifilis, gonoree) a persoanelor cu purtare amorală, prostituatelor, reținute în timpul raidului (pct. 1.2).
- să prezinte organelor de drept materialele necesare despre persoanele bolnave cu SIDA, sifilis și gonoree care se eschivează de la tratamentul benevol, pentru a fi trase la răspundere, conform legislației în vigoare (pct. 2.2)
- să ceară medicilor specialiști ca în cadrul convorbirilor cu bolnavii de SIDA, cu purtătorii de HIV, sifilis, gonoree, să identifice existența speluncilor, locurilor deîntîlnire a persoanelor ce duc un mod de viață amoral și să informeze despre aceasta organele locale de poliție (pct. 2.3)
- la semnalul și solicitările instituțiilor medicale, să fie aduse cu forța persoanele cu boli sexualtransmisibile care se eschivează de la tratamentul benevol (pct. 3.2)
- să prezinte (o dată la 6 luni) instituțiilor medicale lista următoarelor contingente (indicînd datele din buletinul de identitate, locul de lucru și de trai): narcomani ce consumă droguri parenterale, homosexuali și prostituate (pct. 3.4)”.

Datele adunate din teren relevă mecanismele de aplicare a acestor ordine. Prin urmare, scopul pe care și-l propun reprezentanții sistemului de sănătate în comun cu reprezentanții forțelor de ordine

publică, prevenirea și monitorizarea răspîndirii infecției HIV în formula descrisă de actele normative enumerate, reprezintă o sursa de abuzuri și violări ale drepturilor PTHIV.

Interviul cu inspectorul de sector a confirmat că în pofida vechimii sale, acest ordin nu a fost abrogat, fiind aplicat de către colaboratorii de poliție în activitatea lor de profilaxie și suprimare a prostituției, pornografiei și altor încălcări ce țin de viața sexuală. Acest lucru a fost confirmat și de un angajat al Secției minori și moravuri din cadrul Inspectoratului General de Poliție, Chișinău, fiind contactat telefonic de inspectorul de sector interviuat.

„Pînă în prezent am probleme cu polițistul de sector, cînd am aflat că sunt infectată, am cedat... am început să mă droghez, vroiam să mă sinucid, ...din bunătatea mea am stat o perioadă la închisoare... de cînd m-am eliberat am probleme cu polițistul de sector, cu toate că nu mai sunt la evidență la narcolog și nu am săvîrșit nici o infracțiune.”

Ce gen de probleme aveți?

„nu mă scoate de la evidență că am fost condamnată. Mi-a spus deschis că nu are rost, mai devreme sau mai tîrziu o să ajung din nou după gratii, fiindcă cel ce a călcat strîmb odată, o va mai face. I-am spus să se intereseze la policlinică dacă am avut careva probleme cu drogurile..., nu am fost văzută beată sau drogată. Nu am făcut nici o încălcare... eu stau acasă. Îmi incriminează că nu lucrez. Mi-a propus, indirect, să colaborez (mai mult ca precis), să ”vînd” droguri. Eu să-i contactez pe narcomanii cunoscuți și să le propun droguri, iar el să-i rețină și să le ceară bani pentru dosirea faptei. Banii urma să-i împărțim ...”

Și pînă acum refuză să vă scoată de la evidență?

„Mă trimite la executor după copia sentinței. I-am spus că aceasta nu e treaba mea și apoi nimeni nu-mi va da așa document la mîină.”

Credeți că atitudinea sectoristului e condiționată de statutul dumneavoastră?

„Într-o oarecare măsură – da. Am impresia că așteaptă un moment

propice, fiind convins că voi fi prinsă cu ceva ilegal sau voi muri. Parcă-i citesc gândurile... totuna nu i-a rămas mult de trăit, care e diferența unde să moară acolo sau aici. Nu cred că are dreptul să gândească așa, el știe că sunt HIV infectată și...”

Dar de unde știe că sunteți seropozitivă?

„Cred că din documentele cazului, la judecată am adus certificat că sunt HIV-pozitivă.”

Ați fost obligată să comunicați acest lucru la judecată?

„Am prezentat documente despre starea sănătății. Mi se pare că au ținut cont de faptul că sunt bolnavă și mi-au redus sentința cu trei luni.”

Interviu cu PTHIV, femeie, 30-35 de ani, Bălți, martie 2010

PROIECT DIDACTIC

TEMA 6.

Strategia Reducerea riscurilor. Rolul poliției în implementarea

Programelor de reducere a riscurilor (90 min)

1. Tezele principale:

- Strategia Reducerea riscurilor
- Considerațiuni generale privind rolul poliției în implementarea Programelor de reducere a riscurilor
- Sporirea eficacității activității poliției în domeniul HIV/SIDA

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- identificarea consumatorilor de droguri injectabile și alte grupuri a PCA (populații-cheie afectate)
- cunoașterea opțiunilor de cedare în cazul când se pot face devieri de la urmărirea penală și de la sancțiunile administrative
- trimiterea grupurilor cu risc sporit de infectare cu HIV la serviciile de prevenire și tratament
- identificarea modului în care politicile, strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin politicile și practicile de prevenire, tratament și îngrijire în caz de infecție HIV și hepatite virale

3. Scopul final:

Studenții urmează să identifice:

- rolul angajaților de poliție în identificarea timpurie a grupurilor cu risc sporit de infectare cu HIV și trimiterea lor la servicii de

- prevenire, tratament și îngrijire
- schemele de diversiune
- modul în care strategiile și tacticile polițienești pot împiedica/sușține prevenirea, tratamentul și îngrijirea persoanelor HIV-pozitive și cu afecțiuni conexe

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr. 6
- Foi de Flip Chart A 1 și markere
- Fișa tehnică nr. 11: Centrul de Reducerea Riscurilor (CHR) , pentru a reduce oferta, cererea și riscul 2004, <http://idpc.net/publications/2004/01/fact-sheet-supply-demand-harm-reduction>.
- Video scurt

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratatamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
 2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
 3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
 4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
 5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
 6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
 7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
 8. Convențiile ONU privind consumul de drog și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>
- Lectura despre context:**
9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future> IDPC Ghidul Politicii privind consumul de drog - Ediția a2-a, martie 2012 <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>
 10. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Euro-

- pa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă
11. http://www.harmreduction.org/sites/default/files/pdf/2011_12_12_ehrn_digest_ru.doc_.pdf
 12. Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010.
 13. UNAIDS 2011 Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
 14. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionondrugs.org/hiv/>
 15. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 30 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre rolul angajaților de poliție în prevenirea și controlul consumului de droguri injectabile (CDI), infecției HIV și a hepatitelor virale, inclusiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Susținerea consumatorilor de droguri în comunitate ■ Devierile de la urmărirea penală și alternative (exemple ale altor țări) ■ Modul în care strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin serviciile profilactice pentru consumul de droguri injectabile, infecția HIV, hepatite virale și TB ■ Cum poliția poate spori eficiența prevenirii, îngrijirii și tratamentului persoanelor HIV infectate 	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <p>1.1. Care sunt principalele modalități în care serviciile de poliție:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ajută consumatorii de droguri în comunitate. – contribuie la devierea de la urmărirea penală. – ajută/împiedică prevenirea și controlul infecției HIV și a hepatitelor virale. – ajută/împiedică îngrijirea și tratamentul bolnavilor cu HIV, hepatite virale și TB. <p>(Un voluntar va nota răspunsurile colegilor)</p> <p>2. Cum ar funcționa aceste abordări în comunitatea ta? Dacă nu, de ce ?</p> <p>3. Cum ar putea fi modificate aceste abordări (comunitatea și poliția) pentru a spori probabilitatea funcționării lor?</p>	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea PowerPoint pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ A descrie rolul angajaților de poliție în prevenirea și controlul HIV și CDI, inclusiv: ■ Ajutorul acordat consumatorilor de droguri în situații de risc și pericol ■ Diversiunea (devieri) ■ Cum strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin prevenirea și controlul consumului de droguri, infecției HIV, hepatitelor virale, TB? ■ Cum poliția poate spori eficiența prevenirii, îngrijirii și tratamentului bolnavilor cu HIV, hepatite virale și TB?

<p>Activitatea 1 20 mni</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici</p> <p>Discutați despre principalele modalități în care angajaților de poliție ar putea contribui la devierea de la sistemul de justiție penală la alternative.</p> <p>Discutați aceste modalități cu referire la „dezincriminare/decriminalizare», liberalizare, legalizareetc.</p> <p>(Un voluntar va nota răspunsurile colegilor)</p>	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 11</p> <p>Opțiunile de cedare a cazului.</p> <p>1. Care sunt principalele modalități prin care angajaților de poliție ar putea contribui la devierea de la sistemul de justiție penală la alternative?</p> <p>2. Ce înseamnă „dezincriminare / decriminalizare”, liberalizare, legalizare etc.?</p> <p>3. C e r e ț i studenților să numească principalele modalități prin care colaboratorii de poliție ar putea contribui la devierea de la sistemul de justiție penală la alternative.</p>	<p>Repartizați Fișa tehnică nr. 11, Opțiunile de cedare a cazului.</p> <p>■ Discutați despre unele alternative și modul în care acestea pot acționa în comunitate cu referire la „dezincriminare”, liberalizare, legalizare etc.</p>

<p>Activitatea 2 20 mni</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici Discutați cum strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin programele profilactice și de prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB.</p> <p>Discutați despre principalele modalități în care strategiile polițienești ar putea ajuta mai bine în tratamentul și îngrijirea bolnavilor cu HIV, hepatite virale și tuberculoză.</p> <p>Estimați rezultatele pe termen scurt și pe termen lung, bunăstarea consumatorilor de droguri și comunității lor, precum și etica și legalitățile strategiilor și costurilor.</p> <p>(Un voluntar va nota răspunsurile colegilor)</p> <p>Pregătiți-vă să apărați aceste strategii în fața grupului mare (și fiți pregătit pentru a juca rolul „Avocatul diavolului”).</p> <p>Apărați aceste strategii în grupul mare.</p> <p>Înregistrați, pentru evidență, principalele concluzii pentru o utilizare viitoare.</p>	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 11, un videoclip. Discuții despre videoclip:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ar funcționa astfel de abordări în comunitatea voastră? 2. Dacă nu, de ce ? 3. Explicați cum strategiile și tacticile polițienești împiedică/susțin PWID și prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și tuberculozei. 4. Numiți principalele modalități prin care strategiile polițienești ar putea ajuta mai bine în tratamentul și îngrijirea bolnavilor infectați cu HIV, cu hepatite virale și TB. 	<p>Un videoclip <i>Fișa tehnică nr. 11</i> Discutați motivele pentru care abordările din videoclip ar funcționa în comunitatea voastră, ținând cont de legislația și atitudinile locale.</p> <p>Adunați grupul mare și discutați constatările (este încurajat un format de dezbateri).</p> <p>Înregistrați, pentru evidență, principalele concluzii pentru o utilizare viitoare.</p>

Discuții generale 20 min		
Reluați formatul de clasă <ul style="list-style-type: none">▪ Raport de la grupuri.▪ Dezbateri și discuții.▪ Întrebări și discuții generale.	Raport de la grupuri <ol style="list-style-type: none">1. Apărați concluziile grupului.2. Întrebări? Preocupări?	Încurajați dezbaterile <p>Monitorizați oricare din întrebările care s-ar putea referi la modulele următoare; faceți față întrebărilor relevante din modulele anterioare.</p>

Conținutul prelegerii

Strategia Reducerea riscurilor

Strategia Reducerea riscurilor reprezintă un ansamblu de politici sau programe de sănătate publică, orientată la reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri la nivel individual, social și economic, fără a impune abținerea.

În cadrul Strategiei, problemele asociate consumului de droguri nu sunt abordate din punctul de vedere al moralității, dar în termeni de daune/riscuri măsurabile, cauzate de traficul de droguri și consumul de droguri, de situația economică și socială, starea de sănătate a indivizilor.

Programele de Reducere a riscurilor își axează activitățile pe minimalizarea riscurilor de ordin medico-social, asociate consumului de droguri sau comportamentului sexual riscant/periculos. Această abordare încearcă să diminueze problemele asociate comportamentelor de risc prin metode care să protejeze demnitatea și drepturile omului în cazul persoanelor care consumă droguri sau au comportamente cu risc sporit de infectare cu HIV.

Strategia de reducere a riscurilor, conform recomandărilor agențiilor ONU (OMS; UNAIDS; UNODC), include:

1. Dezvoltarea și implementarea timpurie a unor programe de prevenire, atunci când prevalența infecției HIV este încă mică.
2. Întocmirea unui Pachet comprehensiv de servicii (descrie mai jos).
3. Intervențiile trebuie să se bazeze pe outreach (munca în teren) și pe peer education (educația de la egal la egal).
4. Luarea în considerare a modelelor de bună practică.
5. Crearea unui cadru/mediu de susținere: reducerea sărăciei, scăderea ratei șomajului.
6. Crearea oportunităților pentru educație – prevenirea consumului de droguri, politici adecvate, legislație care să ofere spri-

jin pentru intervenție.

7. Reducerea cererii de droguri. Aceasta presupune:

- educația în rândurile tinerilor cu scopul de a-i informa și a le oferi susținerea necesară pentru ca ei să nu înceapă să consume droguri
- încurajarea consumatorilor de droguri de a renunța la acest viciu prin participarea la programele de tratament

8. Identificarea obiectivelor comune cu comunitatea utilizatorilor de droguri injectabile. Unul dintre principiile de bază este faptul că nu trebuie să te confrunți cu comunitatea beneficiarilor, ci să lucrezi în parteneriat cu ea

Schimbul de seringi și farmacoterapia cu metadonă sunt cele mai eficiente intervenții de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

Programele de Reducere a riscurilor oferă servicii care răspund nevoilor consumatorilor de droguri și reprezintă poarta de acces a acestora la sistemul de sănătate și asistență socială. Aceleași abordări și servicii bazate pe necesități specifice trebuie oferite și persoanelor care prestează servicii sexuale contra plată, bărbaților care întrețin relații sexuale cu alți bărbați, dar și altor grupuri cu risc sporit de infectare cu HIV.

Considerațiuni generale privind rolul serviciului de poliție în domeniul HIV/SIDA și consumul de droguri

Conform prevederilor Legii nr. 713 din 06.12.2006 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, Programului național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 658 din 12.07.2007, Strategiei Naționale Antidrog pe anii 2011-2018, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1208 din 27.12.2010, Programului național de prevenire și control

al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1143 din 16.12.2010 și Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1171 din 21.12.2010, angajații Serviciului interacțiune comunitară din cadrul Inspectoratelor de Poliție au organizat și desfășurat măsuri de prevenire și combatere a viciilor sociale la compartimentele enunțate mai sus.

În scopul prevenirii consumului abuziv de băuturi alcoolice, șefii de post și ofițerii (principali, superiori) de sector, în 2013 au înaintat 695 demersuri comisiilor de profil ale autorităților administrației publice locale și 567 demersuri comisiilor sociale de pe lângă consiliile locale de nivelul I și II privind inițierea procedurilor de aplicare a supravegherii medicale prin dispensarizare în condițiile Legii nr. 713 din 06.12.2006 (privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope). La comisia de expertiză narcologică au fost prezentate 2547 (2012-3312) persoane din categoria vizată.

La compartimentul prevenirea și combaterea narcomaniei și narcobusinessului, fenomenului contravențional și infracțional, au fost întocmite 1958 de procese-verbale cu privire la contravenții, în baza prevederilor art. 85 din Codul contravențional (*Procurarea sau păstrarea ilegală de substanțe narcotice sau de alte substanțe psihotrope în cantități mici ori consumarea unor astfel de substanțe fără prescripția medicului*) și art. 87 al aceluiași Cod (*Cultivarea ilegală a plantelor care conțin substanțe narcotice sau alte substanțe psihotrope*) – 157 procese-verbale contravenționale.

La comisia de expertiză narcologică au fost prezentați 1170 de consumatori de droguri (2012-1265).

În scopul sensibilizării opiniei publice s-au organizat 2689 de întruniri cu cetățenii și 3008 de lecții informative în instituțiile de învățământ, în cadrul cărora s-au discutat riscurile și consecințele consumului de alcool și de droguri, sancțiunile contravenționale și penale aplicate în aceste cazuri etc.

În scopul familiarizării populației cu consecințele grave ale fenomenului vizat, în mass-media au fost publicate 21 de materiale informative.

Pe durata anului 2013, în timpul raziilor desfășurate de Inspectoratele de Poliție, au fost supuși verificărilor 4804 de agenți economici din domeniul alimentației publice. În privința a 1329 de persoane cu funcții de răspundere au fost înaintate prezentări cu propunerea de a ajusta spațiile gestionate la condițiile prevăzute în alin. (2) art. 16 al Legii nr. 278-XVI din 14.12.2007 cu privire la tutun și articole din tutun. În cazul agenților economici care nu au reacționat la recomandările organelor de constatare, în adresa autorităților administrației publice locale au fost expediate 132 de sesizări privind neînlăturarea abaterilor de la prevederile legale.

Începînd cu anul 2000, în Republica Moldova au fost implementate primele Programe de reducere a riscurilor în scopul profilaxiei/reducerii consecințelor medicale, sociale și economice inevitabile în consumul de droguri. Aceste Programe sunt susținute și promovate de Organizația Mondială a Sănătății ca o măsură eficientă de protecție împotriva infecției HIV.

Unul din viciile sociale, care generează existența și răspîndirea bolilor cu transmitere sexuală, este prostituția. În perioada de raport, în privința lucrătoarelor sexului comercial, conform prevederilor art. 89 alin. (1) din Codul contravențional, au fost întocmite 203 de procese-verbale cu privire la contravenție. Cauzele și condițiile invocate de persoanele, care practică acest gen de activitate, sunt problemele financiare, dorința proprie.

În ultimii ani, în tratamentul cazurilor noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă a sputei nu s-a înregistrat un succes notoriu din cauza numărului mare de eșecuri și abandonuri, precum și a cazurilor de tuberculoză multi rezistentă. Astfel, în 2009 au fost tratate 57,8 % din cazurile noi de tuberculoză cu microscopia pozitivă a sputei, conform prevederilor Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015, pe cînd ținta strategiei DOTS este

cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoză cu microscopie pozitivă a sputei.

Pentru eschivarea bolnavului de tuberculoză eliminator de bacili de la tratament sau încălcarea regimului prescris, în 2013, conform prevederilor art. 76 din Codul contravențional, au fost întocmite 43 de procese-verbale cu privire la contravenție, care au fost expediate spre examinare și adoptarea deciziei în conformitate cu prevederile art. 398 alin. (1) al aceluiași Cod, la Comisia administrativă.

În vederea prevenirii și combaterii viciilor sociale în grupurile vulnerabile (consumatori de droguri și băuturi alcoolice, persoane care practică sexul comercial, se eschivează de la tratamentul tuberculozei), este necesară:

- *Consolidarea* eforturilor tuturor părților implicate și interesate în soluționarea problemelor privind consumul de substanțe psihoactive, prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale, tuberculozei, infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) etc.
- *Implementarea* Strategiei de reducere a riscurilor, FTM și accesului consumatorilor de droguri, inclusiv a celor HIV-pozitivi, la servicii de tratament și reabilitare
- *prevenirea* răspândirii HIV, ITS, hepatitelor virale, tuberculozei și a altor maladii în grupurile vulnerabile, trimiterea acestora către serviciile de acordare a suportului psiho-social
- *acordarea* suportului organizațional, tehnic, metodic, informațional organizațiilor nonguvernamentale ce implementează programe de prevenire a infecției HIV și programe bazate pe strategii de reducere a riscurilor
- *crearea* condițiilor pentru schimbul de experiență, informații și promovarea practicilor de succes în domeniul vizat

Sporirea eficacității activității serviciului de poliție în domeniul HIV/SIDA

În ultimele trei decenii, numărul de exemple de bune practici ale

organelor de poliție referitoare la HIV/SIDA, hepatitele virale și TB a crescut semnificativ (LEAHN, 2012 a,b; Monaghan, 2012; Zaal, 1992). Cu toate acestea, mai sunt multe de făcut atît în ce privește numărul de astfel de practici, cît și la forțele polițienești implicate în realizarea lor.

Acestea includ:

- extinderea PSAS și asigurarea funcționării lor fără intervenția agresivă a organelor de poliție
- practicarea TSO în localitățile unde aceste terapii nu sunt disponibile și asigurarea cu TSO a persoanelor din detenție înscrise în TSO
- lărgirea distribuirii de prezervative UDI și partenerilor sexuali ai acestora și renunțarea la practicile de incriminare a purtării de prezervative ca dovadă de infracțiune iminentă
- asigurarea accesului la informație direcționată pentru consumatorii de droguri, inclusiv pentru cei în arest
- garantarea accesului la tratament antiretroviral pentru persoanele HIV-pozitive în locurile de detenție
- accesul la încăperi pentru consumul de droguri, la programe de prevenire a supradozei și alte măsuri stabilite în baza dovezilor științifice și a legislației cu privire la drepturile omului

Există încă cîțiva factori importanți care trebuie examinați în vederea ameliorării modului în care organele de poliție abordează prevenirea infecției HIV, tratamentul și îngrijirile persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA. La nivel de politici și instituțional, corelarea exercitării atribuțiilor cu inițiativele ONU ar putea asigura sprijinul de bază strategiilor HIV. De exemplu, susținerea autorităților în realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului și a Strategiei de atingere a nivelului zero (UNAIDS 2011-2015) constituie una dintre problemele centrale ale organelor de poliție pentru următorii patru ani (LEAHN, 2012a,b; Monaghan, 2012; OMS, 2013). Obiectivele pot fi atinse numai în cazul în care organele de poliție vor aproba metodele de reducere a riscurilor și vor sprijini toate serviciile incluse în Pachetul

comprehensiv menționat mai sus.

Alte componente-cheie ale strategiei organelor de poliție de a ameliora prevenirea infecției HIV sunt: instruirea, parteneriatele, abilitarea PCR, răspunderea, angajamentul politic, utilizarea instrucțiunilor și ordinelor, practicabilitatea (LEAHN, 2012a).

Instruirea este necesară, însă insuficientă pentru ameliorarea practicilor de supraveghere în vederea prevenirii infecției HIV. Este necesară o modificare mai amplă legată de cultura polițiștilor (LEAHN, 2012 a, b; Monaghan, 2012). Atunci când instruirea este obligatorie, ea joacă un rol central în schimbarea culturii, educația de la egal la egal fiind foarte importantă în acest proces. Însă instruirea nu trebuie să se limiteze doar la un simplu proces de însușire a unor informații despre HIV/SIDA și aspectele conexe. Pentru a influența atitudinile, comportamentul și cultura angajaților de poliție, instruirea trebuie să fie holistică și să includă o combinație de instrumente de studiere teoretice și practice, cum ar fi jocul de rol și vizitele pe teren. (LEAHN, 2012a). Poți înțelege acțiunile, comportamentul utilizatorilor de droguri, lucrătorilor sexului comercial doar atunci când contactezi direct cu ei. La fel de importantă este și instruirea inter-agenției și co-facilitarea care asigură dezvoltarea de parteneriate și încredere, schimb de metode de abordare a problemelor legate de infecția HIV.

Întrucât organele de poliție au menirea de a apăra interesele cetățenilor, obiectivele de sănătate publică ar trebui să facă parte din atribuțiile lor cotidiene. Operaționalizarea lor le-ar ridica la rangul de dispoziții concrete pe care organele de poliție urmează să le execute (LEAHN, 2012a). De exemplu, în Kirgîzstan, a fost elaborată o instrucțiune pentru colaboratorii de poliție referitoare la prevenirea infecției HIV printre UDI. Organele de poliție din Marea Britanie și Țara Galilor susțin și implimentează programul MMT, această activitate fiind parte a obligației lor statutare conform Actului referitor la infracțiuni și dezordine din 1998 (reducerea infracțiunilor).

Pentru ca organele ordinii de drept să-și concentreze eforturile asupra obiectivelor de sănătate publică și să îmbunătățească efica-

citarea prevenirii infecției HIV (LEAHN 2012; Monaghan, 2012; Pearson, 2007) sunt necesare următoarele măsuri:

- I. **Dezvoltarea parteneriatelor dintre organele ordinii de drept și sectorul de sănătate publică** cu focalizarea pe cauzele fundamentale ale problemelor din comunitate și identificarea celor mai eficiente acțiuni pentru soluționarea problemelor identificate; promovarea politicilor și programelor de reducere a riscurilor și utilizarea, după caz, a tacticilor focalizate, gestionate de serviciul de informații și securitate.
- II. **Dezvoltarea parteneriatelor dintre organele ordinii de drept și societatea civilă**, în special cu membrii populațiilor-cheie afectate și ONG-urile care conlucrează cu aceștia.
- III. **Încurajarea colaboratorilor de poliție să dea dovadă de discreție atunci când se confruntă cu potențiali utilizatori de droguri**. Aceștia pot informa serviciile adecvate/potrivite de sănătate publică și sociale în loc să-i aresteze pe utilizatorii de droguri sau să le confişteechipamentele de injectare.
- IV. **Încurajarea angajaților de poliție să acorde maximă atenție locurilor de vânzare a drogurilor și de prestare a serviciilor sexuale care cauzează sau ar putea eventual cauza cele mai multe daune populației și comunității**. Abuzul de alcool, cocaină, heroină și metamfetamină este cu mult mai dăunător decât canabisul sau ecstasy.
- V. **Instruirea angajaților de poliție privind reducerea riscurilor și implementarea programelor de reducere a riscurilor în strategiile organelor ordinii de drept**. Australia și majoritatea statelor din Europa de Vest au implementat cu succes în strategiile naționale anti-drog reducerea riscurilor, inclusiv prevenirea efectelor supradozei cu naloxonă.
- VI. **Adoptarea de legi antidrog care să reducă riscurile pentru sănătatea și securitatea publică**. Politicile, care au demonstrat eficiență în reducerea răspîndirii infecției HIV și a hepatitelor virale printre UDI, includ nereglementarea posedării de seringi

și ace, legalizarea metadonei și altor medicamente pentru tratamentul dependenței de opioide și minimizarea obstacolelor în accesarea și folosirea acestor preparate (OMS, 2012).

VII. **Revizuirea cu regularitate a politicilor, strategiilor, tacticilor și indicatorilor/obiectivelor de performanță** pentru a garanta că acestea susțin imperativele de sănătate publică și corespund tratatelor internaționale bazate pe drepturi.

Prin aplicarea acestor măsuri și monitorizarea efectelor pot fi determinate componentele bunelor practici privind supravegherea sănătății publice, precum și cele mai bune modalități de implementarea a acestora.

PROIECT DIDACTIC

TEMA 7.

Pachetul comprehensiv pentru prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB printre consumatorii de droguri injectabile (135 min)

1. Tezele principale:

- Prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale, TB și componentele Pachetului comprehensiv
- Rolul serviciilor de poliția în reducerea riscurilor

2. Obiective educaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- abordarea comprehensivă a prevenirii infecției HIV, hepatitelor virale și TB, și componentele Pachetului comprehensiv
- relația dintre componentele Pachetului comprehensiv și prevenirea infecției HIV, tratamentul și îngrijirea persoanelor seropozitive
- aplicarea conceptului de Pachet comprehensiv pentru alte infecții

3. Scop final/Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să lucreze împreună pentru a spori nivelul de cunoștințe și înțelegerea noțiunii de Pachet comprehensiv, originile sale și criteriile ce stau la baza selectării componentelor acestuia
- să înțeleagă modul în care componentele Pachetului comprehensiv influențează prevenirea, îngrijirea și tratamentul in-

fecției HIV, hepatitelor virale și TB

- să conștientizeze importanța aplicării componentelor Pachetului comprehensiv în soluționarea problemelor specifice din comunitate

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop și ecran de proiecție (sau perete alb))
- Prezentarea Power Point nr.7
- Foi de Flip Chart A 1 și markere

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri*.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Beldianu, I., Breazu, A., Mihalache, S., Spireu-Dobrotă, S., „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și violenței familiale”, manual de instruire. București: Editura JSI Research and Training Institute Inc., 2006.
9. Blagoslov, A., Lazăr, F., Luca, A., „Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Ghid pentru serviciile de Asistență Socială.”, București: Editura Psiho Cover, 2007.
10. Bourhis, Y.R., Leyens, J.P. „Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri.”, Iași: Editura Polirom, 1997.
11. Bucur, Gh., „SIDA și prevenirea ei.”, București: Editura Medicală, 1991.

12. Bulcea, D., Cupsa, A., „Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale.”, Craiova: Editura Aius, 1995.
13. Buzducea, D., coord. „Primii pași – Asistența psiho-socială a familiei afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngrijirea lor.”, București: Editura Astrobios, 1999.
14. „Ghidul Educatorului de la Egal la Egal în Prevenirea HIV/SIDA”, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova, Chișinău 2003.
15. „Ghidul lucrătorului de tineret. Includerea socială a tinerilor”, European Youth Exchange Moldova, UNICEF, Chișinău 2004.
16. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014
Lectura despre context (în întregime):
17. Ghidul tehnic pentru țări ca să stabilească obiective pentru accesul universal în prevenirea HIV, tratament și îngrijire pentru utilizatorii de droguri injectabile: www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/DrugsAndHIV/WHO_UNODC_UNAIDS_IDU_Universal_Access_Target_Setting_Guide_-_FINAL_-_Feb_09

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 45 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții cu privire la Pachetul comprehensiv pentru prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB printre consumatorii de droguri injectabile după următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programele de schimb de ace și seringi. 2. Terapia de substituție cu opioide și alte tratamente pentru dependența de droguri. 3. Testarea la HIV și consiliere. 4. Terapia antiretrovirală. 5. Prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală. 6. Programele de distribuire a prezervativelor utilizatorilor de droguri injectabile și partenerilor lor sexuali. 7. Informație direcționată, educare și comunicare pentru consumatorii de droguri injectabile și partenerii lor sexuali. 8. Vaccinarea, diagnosticul și tratamentul hepatitelor virale. 9. Profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei. 	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Numiți obiectele care ar trebui să fie incluse într-un Pachetul comprehensiv. Argumentați alegerea. 2. Care din aceste componente sunt mai relevante pentru comunitatea voastră? 3. Cum pot alții să le aplice în comunitatea ta? Notă: modul în care un PC este aprobat de diferite documente ale ONU, politici de țară și de drept. Este puțin probabil că orice strategie sau Program ar putea fi pe deplin eficient pe cont propriu. 4. Ce măsuri sunt necesare pentru a reduce transmiterea HIV în grupurile cu risc sporit și, prin urmare, în întreaga comunitate? <p>Este o abordare multilaterală care implică mai multe strategii de lucru împreună și de sprijin reciproc. Strategiile nu încearcă să anihileze complet comportamentul riscant, ci să reducă riscurile potențiale asociate cu un astfel de comportament.</p>	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point nr. 8 pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a descrie componentele principale ale Pachetului comprehensiv pentru prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale printre consumatorii de droguri injectabile și cost-eficiența acestora

Activitatea 1 20 min		
<p>Discuții despre primele două componente ale PC:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Programele de schimb de ace și seringi.2. Terapia de substituție cu opioide și alte tratamente ale dependenței de droguri. <p>Un student va nota răspunsurile colegilor.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none">1. În ce constau activitățile din cadrul Programelor de schimb de seringi și ace?2. Ce înțelegeți prin termenul terapie de substituție cu opioide?3. De ce programele de schimb de seringi nu sunt suficiente pentru a preveni răspândirea HIV și a virusurilor hepatice?4. Care sunt beneficiile programului de tratament de substituție cu metadonă?5. Care sunt dezavantajele programului de tratament de substituție cu metadonă?6. Cum sunt aplicate/ar putea fi aplicate aceste programe în comunitatea ta?	<p>Discuții despre primele două componente ale PC după următoarele întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ce strategii și programe sunt necesare pentru a stimula consumatorii de droguri să folosească instrumente de injectare sigure?■ Care poate fi reacția societății la implementarea unui program de schimb de ace și seringi?■ De ce programele de terapie de substituție cu opioide sunt cost-eficiente?■ Această situație este similară cu alte forme de tratament medicamentos pe termen lung?

<p>Activitatea 2 20 min</p> <p>Discuții despre următoarele patru componente ale PC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Testarea la HIV și consilierea. 4. Terapia antiretrovirală. 5. Prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală. 6. Programele de redistribuire a prezervativelor utilizatorilor de droguri injectabile și partenerilor sexuali. <p>Un student va nota răspunsurile colegilor</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discuțați beneficiile fiecărui component al PC. 2. Cum ITS sunt legate de infecția HIV? 3. Cum sunt aplicate/ ar putea fi aplicate aceste programe în comunitatea ta? 	<p>Discuții despre următoarele patru componente ale PC.</p>
<p>Activitatea 3 20 min</p> <p>Discuții despre următoarele trei componente ale PC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Informație direcționată, educare și comunicare pentru consumatorii de droguri injectabile și partenerii lor sexuali. 8. Vaccinarea, diagnostic și tratament al hepatitelor virale. 9. Profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei. <p>Un student va nota răspunsurile colegilor.</p>	<p>Discuțați beneficiile și cost-eficiența fiecărui component.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce tipuri de informație orientată ar fi necesară? 2. Cum putem ajuta poliția și alte persoane în implementarea cu succes a unui PC în comunitate? 3. Cum sunt aplicate/ar putea fi aplicate aceste programe în comunitatea ta? 	<p>Discuții despre următoarele trei componente ale PC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ce probleme ar apărea suplimentar în cazul unei epidemii HIV printre utilizatorii de droguri? ■ Cum va beneficia populația din zonele îndepărtate de servicii de prevenire, tratament și îngrijire în caz de infectare cu HIV?

Discuții 30 min		
Reluați formatul de clasă Discuții despre beneficiile și cost-eficiența celor 9 componente ale PC.	Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări: <ol style="list-style-type: none">1. Beneficiile și cost-eficiența componentelor PC.2. Cum poate fi implicată poliția în furnizarea Pachetului comprehensiv?3. Întrebări? Preocupări?	Monitorizați întrebările care ar putea să se refere la modulele următoare. Temă pentru acasă: convingeți prietenul/colegul de necesitatea unui punct de schimb a seringilor pe strada sa.

Conținutul prelegerii

Prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB și componentele Pachetului comprehensiv

Deși importanța Programelor de reducere a riscurilor este în continuare discutată în contradictoriu, sprijinul acordat implementării lor a sporit constant, în special grație dovezilor științifice a eficienței lor (Kimber et al, 2010; Hunt et al., 2005; Pates et al., 2012). În 2009 ONU a publicat Ghidul tehnic în care a prezentat detalii referitoare la Pachetul comprehensiv orientat spre prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale, TB și altor coinfecții printre UDI. Pachetul include următoarele servicii (OMS, 2009):

1. Programe de schimb de ace și seringi (PSAS).
2. Terapia de substituție cu opioide (TSO) și alte tratamente ale dependenței de droguri bazate pe dovezi.
3. Testarea la HIV și consilierea.
4. Terapia antiretrovirală (ART).
5. Prevenirea și tratamentul IST.
6. Programele de distribuire a prezervativelor consumatorilor de droguri injectabile și partenerilor sexuali ai acestora.
7. Informație, educație și comunicare adresată consumatorilor de droguri injectabile și partenerilor sexuali ai acestora.
8. Prevenirea, imunizarea, diagnosticarea și tratamentul hepatitelor virale.
9. Prevenirea, diagnosticarea și tratamentul tuberculozei (TB).

Aceste servicii sunt incluse în Pachetul comprehensiv pe baza dovezilor științifice disponibile care susțin eficiența lor în prevenirea răspîndirii infecției HIV, în paralel cu reducerea efectelor negative asociate consumului de droguri (OMS, 2009, 2013). Acestea urmează a fi întreprinse ca parte a unui set de servicii care pot include și servicii mobile/ outreach, tratament al dependenței de droguri bazat pe dovezi, prevenirea și gestionarea supradozelor, servicii sociale și

juridice gratuite și alte servicii în funcție de necesitățile persoanei (a se vedea mai jos; OMS, 2009, 2012/13? check date on doc). Pachetul comprehensiv va fi studiat la tema nr. 7.

Pachetul comprehensiv a fost făcut public în 2009, fiind susținut la cele mai înalte niveluri politice, inclusiv de Comisia de droguri, Consiliul de coordonare a programelor UNAIDS, Adunarea Generală ONU, ECOSOC, Fondul Global și PEPFAR. Întrucât din Pachet au fost omise unele servicii psihosociale de bază, alianța Internațională pentru HIV/SIDA a inclus în pachetul său de reducere a riscurilor 15 servicii, inclusiv unele orientate spre comunitate, și a adăugat la serviciile clinice aspecte de sănătate sexuală și reproductivă, prevenirea transmiterii infecției de la mamă la făt (Alianța Internațională pentru HIV/SIDA, 2010).

Pachetul comprehensiv ONU a compilat serviciile în ordinea priorității și dovezilor, cele mai importante fiind PSAS și FTM. Cu toate acestea, multe țări n-au reușit să includă aceste 2 componente-cheie, prestînd doar 7 din serviciile incluse în listă. În cea de-a doua ediție a Orientărilor publicată în 2013, Pachetul comprehensiv a rămas intact, însă în procesul de revizuire a orientărilor s-a făcut o distincție clară între serviciile “orientate spre utilizatorul de droguri” și cele generale, ceea ce face mai dificilă pentru unele țări posibilitatea de implementare a PSAS și FTM:

“În vederea prevenirii cu succes a infecției HIV în cazul consumului de droguri injectabile, țările ar trebui să seconcentreze pe implementarea PSAS și tratamentul dependenței de droguri bazat pe dovezi (în special, FTM). Majoritatea țărilor au un anumit număr de [alte] măsuri din Pachetul comprehensiv care nu se referă la utilizatorii de droguri” (2013, p.11).

1. Programe de schimb de ace și seringi (PSAS)

În 2011, majoritatea țărilor au raportat implementarea cel puțin a unui program de distribuire a acelor și seringilor sau de schimb de aceși seringi (UNAIDS, 2012). Distribuirea echipamentelor sterile de

injectare UDI reduce numărul de injecții efectuate cu ace și seringi folosite (Comitetul de prevenire a infecției HIV printre consumatorii de droguri injectabile în țările cu risc sporit, 2006; Degenhardt, 2010; Wodak și Cooney, 2006; OMS, 2004 a,b). PSAS poate funcționa în locații staționare, precum și prin intermediul serviciilor mobile/outreach. Echipamentele de injectare pot fi puse în vânzare la farmacii sau puncte de comercializare. În cazul în care accesul la PSAS este dificil sau expune persoanele care consumă droguri riscului de a fi arestate de organele de poliție, vânzarea echipamentului de injectare la farmacie constituie o sursă importantă și, uneori, cea mai semnificativă, de echipamente de injectare accesibile UDI (Sarang et al, 2007; Sarang et al, 2008). Pot fi folosite în acest scop și distribuitorii automate, unde sunt accesibile echipamente de injectare, contra plată sau gratuit (Islam și Conigrave, 2007).

Pentru mulți UDI, programele de schimb de ace și seringi sunt un punct de contact cu serviciile medicale la care, în caz contrar, n-ar avea acces. De rînd cu ace și seringi, UDI le pot fi distribuite și alte materiale conexe/accesorii, inclusiv tampoane cu alcool, fiole cu apă sterilă, filtre, bandaje de compresie, instrumente de amestecat (linguri sau “oale de gătit”) și agenți de acidulare (acid ascorbic sau praf de acid citric) pentru a le ajuta să dizolve substanța pentru injectare. La fel de importantă este și recuperarea echipamentelor de injectare folosite. PSAS poate încuraja și facilita recuperarea sigură a seringilor folosite, oferindu-le containere rezistente la înțepături pentru depozitarea acelor folosite. Întrucît deținerea asupra sa de ace și seringi folosite se consideră infracțiune și poate fi invocată ca dovadă a consumului de droguri, UDI ar putea să nu aducă la PSAS echipamentul injectabil pentru recuperare.

Studiile au demonstrat că ratele infectării cu HIV sunt de 3 ori mai mici printre UDI antrenați în programele de schimb de ace și seringi, în comparație cu cei care nu participă în asemenea programe (UNAIDS, 2012). Programele de schimb de aceși seringi generează beneficii pentru persoanele care injectează droguri și comunitate

prin reducerea răspândirii agenților patogeni hemotransmisibili, accesul UDI la consilierie, testare la HIV, tratament al dependenței de droguri și alte servicii.

În multe orașe, Programele de schimb de aceși seringi constituie singura sursă pentru a trimite UDI la tratament. Programele de instruire a persoanelor care injectează droguri cum să folosească în comun echipamentul pentru injectare, cum să-l sterilizeze mai ieftin și mai ușor, reduc practicile nesigure de injectare în multe locații, unde schimbul de ace și seringi este ilegal.

Programele de schimb de ace și seringi servesc drept puncte de acordare de ajutor în caz de supradoză persoanelor cu risc sporit și celor din regiuni greu accesibile (Hunt, 2003; OMS, 2012). Efectul maximal ar putea fi atins prin combinarea oricăror forme posibile de distribuire a acelor și seringelor cu circumstanțele specifice și culturale. Distribuitorii automate ar putea constitui o bună strategie de atragere a utilizatorilor tineri de droguri injectabile, care evită Programele de schimb de ace și seringi din farmacii. Un alt avantaj al distribuitorii automate este accesibilitatea 24/24. Distribuția secundară a acelor și seringilor altor UDI, prin intermediul clienților PSAS, constituie o altă strategie importantă.

2. Farmacoterapia cu metadonă (FTM) și alte tratamente ale dependenței de droguri bazate pe dovezi

Tratamentul eficient al dependenței de droguri poate reduce consumul ilicit al acestora și frecvența injectării, îmbunătățind astfel starea de sănătate și socială. Pentru FTM sunt folosite mai frecvent două tipuri de droguri: metadona și buprenorfina. Aceste preparate sunt incluse în listele-model de medicamente esențiale ale OMS, eficiente și sigure, în cazul utilizării conform prescripției, și cost-eficiente pentru tratamentul sindromului de sevraj și al dependenței de droguri (Stewart et al., 2003; OMS, 2010). Practica de peste 50 de ani de folosire a metadonei demonstrează reducerea marcată a infracțiunilor și îmbunătățirea stării de sănătate a persoanelor dependente de dro-

guri (Monaghan, 2012; Stewart et al, 2003).

Tratamentele dependenței de droguri sunt grupate după cum urmează (adaptate după cele folosite de OMS, 2012):

- farmacoterapia cu agoniști opioizi (FTO) (tratament de întreținere)
- detoxifierea pacienților în staționare
- tratamentul ambulatoriu al dependenței de droguri
- tratamentul pe termen scurt în staționar
- tratamentul pe termen lung în staționar sau rezidențial
- grupuri de sprijin de la egal la egal (grupurile anonime în 12 pași)
- intervenții succinte efectuate în locații nespecializate

Farmacoterapia cu agoniști opioizi (FTO) în calitate de tratament de întreținere este foarte eficientă în reducerea comportamentului de injectare care-i expune pe consumatorii dependenți de opioide riscului de infectare cu HIV (Comitetul de prevenire a infecției HIV printre consumatorii de droguri injectabile în țările cu risc sporit, 2006; Degenhardt, 2010; Gowing et al 2009; OMS, 2004b). În plus, FTO ameliorează accesul și aderența la ART și reduce mortalitatea (Metzger et al. 1993; Moatti, 2000; Spireet al., 2007; Wolfeet al, 2010). Astfel, FTO are o importanță aparte în reducerea cazurilor de infectare cu HIV asociate consumului de droguri ca urmare a faptului că în multe țări majoritatea persoanelor dependente de opioide sunt și utilizatori de droguri injectabile, iar la nivel global majoritatea UDI injectează opioide.

Pentru FTO sunt folosiți diferiți agoniști opioizi, cei mai răspândiți fiind metadona și buprenorfina. Într-un număr limitat de țări sunt folosite alte preparate, inclusiv heroina farmaceutică (diamorfina) și preparatele de morfină cu eliminare lentă. FTO este important pentru persoanele dependente de droguri opioide neinjectabile, deoarece tratamentul dependenței de opioide reduce probabilitatea de inițiere a injectării drogurilor. Prin urmare, FTO poate fi considerat parte a strategiilor de prevenire a HIV (Neaigus et al. 2006).

Deși în ultimii ani s-a mărit semnificativ numărul de persoane care primesc FTO, autoritățile au o atitudine diferită în ceea ce privește asumarea angajamentului de a acorda tratament pentru abuz de substanțe în cazul UDI (opioide). În Europa Occidentală, America de Nord și Australia ratele persoanelor antrenate în tratamentul de substituție pentru dependența de opioide sunt relativ mari, comparativ cu Europa Centrală și de Est, Asia Centrală (UNAIDS, 2012).

Pentru a fi mai eficient, FTO de întreținere trebuie să fie aplicat în doze adecvate și pentru o perioadă suficientă (OMS, 2009). Deși actualmente există puține dovezi despre efectele altor forme de tratament al dependenței de opioide asupra incidenței HIV, comparativ cu FTO (Farrell et al 2005), acestea sunt recomandate instituțiilor unde sunt pe larg utilizate astfel de droguri non-opioide cum ar fi stimulenții de tipul amfetaminei ATS, cocaina și benzodiazepina, și unde FTO nu este disponibilă.

Tratamentele dependenței de droguri ar trebui să fie bazate pe dovezi. Intervențiile ar putea include terapie cognitiv-comportamentală (Baker et al, 2005), gestionarea situațiilor de urgență a dependenței de amfetamină (Rawson et al, 2006). Sunt recomandate intervenții psihosociale succinte acordate în locații nespécializate (care nu sunt servicii de tratament specializat antidrog) (OMS, 2011). Procesul de detoxifiere efectuat în staționar sub supravegherea medicului poate să contribuie la procesul de renunțare de la droguri, însă acesta nu este eficient în cazul în care constituie unicul mijloc utilizat pentru realizarea abstenenței durabile de la consumul de droguri (NIDA, 2009). Detoxifierea poate să includă un remediu simptomatic, menit să reducă disconfortul cauzat de sevraj și care poate fi gestionat prin terapia de substituție cu opioide cu doze în descreștere (OMS, 2009).

Într-un șir de țări utilizatorii de droguri sunt arestați și amplasați în centre de detenție pentru tratament antidrog și reabilitare. La moment nu există dovezi că aceste metode sunt eficiente în reducerea dependenței de droguri (OMS, 2013).

3. Testarea la HIV și consilierea

Testarea la HIV și consilierea este un important punct de trecere spre tratament și îngrijiri pentru HIV (OMS, 2012). Tehnicile de testare rapidă permit obținerea rezultatelor în timpul unei vizite. Testarea rapidă la HIV poate fi efectuată în diverse locații și prin diferite metode, inclusiv prin intermediul lucrătorilor echipelor mobile în teritoriu.

Metoda de testare bazată pe comunitate are capacitatea de a acoperi un număr mai mare de persoane, inclusiv UDI, care în alte circumstanțe nu s-ar adresa pentru testare la vreo instituție medico-sanitară publică (IMSP) sau să revină peste o perioadă de timp după rezultatele testului. Este important de-a menționa că pentru persoanele seropozitive sunt disponibile servicii de tratament și îngrijiri HIV. Neinformarea nu permite aplicarea eficientă și în timp util a îngrijirilor și ART. Prezintă importantă și disponibilitatea unor proceduri clare, în corespundere cu strategiile naționale de testare la HIV, pentru a confirma rezultatele pozitive ale testului la HIV efectuat în teritoriu. Consumatorilor de droguri injectabile le este recomandat prestatorul care inițiază testarea la HIV și consilierea, atîta timp cît nu este obligatoriu și este legat de asigurarea tratamentului și îngrijirilor HIV în conformitate cu orientările OMS (OMS, 2012). Atunci cînd este efectuată testarea la HIV și consilierea se va acorda o atenție deosebită veridicității informației furnizate, cu obținerea acceptului în scris.

4. Terapia antiretrovirală (ART)

Acordarea terapiei antiretrovirale (ART) UDI este benefică pentru toată populația. Mai multe studii au demonstrat că UDI pot să beneficieze de pe urma ART (Wolfeet al, 2010; Donoghoeet al, 2007; Long et al, 2006; OMS 2012). Există tot mai multe dovezi precum că ART ar putea contribui la prevenirea infectării cu HIV prin reducerea încărcăturii virale și a transmiterii HIV (Attia et al, 2009; Montaner et al, 2006; Wilson et al, 2008; Wood et al, 2009; OMS, 2012). În multe cazuri, UDI au un acces mai limitat la ART decît cei care nu injectează droguri (Wolfeet al, 2010).

Tratamentul dependenței de droguri, în special FTO, ameliorează rezultatele tratamentului și aderența la ART printre persoanele care trăiesc cu HIV dependente de opioizi (Wolfeet al, 2010). Se impune investigarea prevenirii transmiterii HIV de la mamă la făt (PMTCT) în cazul gravidelor seropozitive, care pot fi consumatoare de droguri injectabile sau partener sexual al UDI de gen masculin. Ar trebui gestionată dependența de droguri în perioada sarcinii, în special acordarea de FTO gravidelor dependente de opioide.

5. Prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) pot biologic spori transmiterea HIV pe cale sexuală (OMS, 2012). Expunerea potențială la ITS este mai mare pentru UDI implicate în sexul comercial și pentru UDI BSB (Des Jarlais & Semaan 2005; Donoghoe, 1992). Programele de distribuire a prezervativelor și de practicarea sexului protejat prin informare și educație constituie două strategii importante pentru prevenirea IST, incluse în Pachetul comprehensiv (6 și 7).

6. Programele de distribuire a prezervativelor consumatorilor de droguri injectabile și partenerilor sexuali ai acestora.

Transmiterea HIV pe cale sexuală de la consumatorii de droguri injectabile la partenerii sexuali ai acestora, care nu consumă droguri injectabile, este cea mai răspândită cale de transmitere a infecției HIV (OMS 2012). O asociație semnificativă există și între consumul de stimulenți pe cale injectabilă și noninjectabilă, și comportamentul sexual de risc (Colfax et al, 2010; Riley și Pates, 2012). Riscului de infectare cu HIV pot fi expuse și CDI implicate în sexul comercial și CDI BSB (OMS, 2012). Ca urmare, accesibilitatea prezervativelor printre persoanele care consumă droguri și partenerii sexuali ai acestora prin programe de distribuire direcționată este o componentă obligatorie a Pachetului comprehensiv.

Deși în majoritatea țărilor prezervativele sunt accesibile pentru

procurare, distribuirea gratuită a acestora în rîndul populației expuse riscului de infectare cu HIV urmărește scopul de a crește accesibilitatea lor și de a elimina barierele impuse de cost. Asigurarea atît a femeilor, cît și a bărbaților cu prezervative și lubrifianți ar putea contribui la o acceptare și utilizare mai largă a acestora (Peters et al, 2010; OMS, 2012). Este important să se acorde servicii de planificare a familiei femeilor care consumă droguri injectabile sau sunt partenere sexuale ale bărbaților UDI.

7. Informație, educație și comunicare direcționată

În combinație cu alte măsuri, cum ar fi distribuirea echipamentelor sterile de injectare și a prezervativelor, precum și tratamentul dependenței de droguri, informarea și educația direcționată poate contribui la reducerea comportamentelor de risc și menținerea succesorilor înregistrate (Ball et al, 2005; Aggleton et al, 2005). Expunerea repetată a informației permite menținerea beneficiilor generate de aceste strategii. Conținutul specific al acestora poate varia în funcție de public, însă întotdeauna va aborda: riscul infectării cu HIV asociat consumului de droguri și modul de reducere a acestuia; riscul de infectare cu HIV pe cale sexuală și strategiile de reducere; alte riscuri asociate consumului de droguri și modul de reducere a acestora; cum se pot obține servicii și sprijin în caz de infectare cu HIV; informație elementară despre drogurile utilizate; accesul la drepturi legale și sprijin; prevenirea supradozelor.

8. Prevenirea, imunizarea, diagnosticarea și tratamentul hepatitelor virale

Pachetul comprehensiv de intervenții se axează în principal pe HIV, însă acordă atenție transmiterii și tratamentului altor infecții hemotransmisibile, în special, a hepatitelor B și C (HBV și HCV). Evaluările recente denotă faptul că la nivel mondial circa 10 milioane de consumatori de droguri injectabile ar putea avea și hepatită virală C (Nelson et al, 2011), comparativ cu 3 milioane de persoane care

trăiesc cu HIV (Mathers et al, 2008); coinfectia HCV este răspândită în rîndul UDI care trăiesc cu HIV (Alter, 2006). Hepatita B estemai răspîndită printre UDI, decît în populația generală (Nelson et al 2011; Walsh et al, 2010).

Coinfecția HIV este asociată cu progresul mai rapid al disfuncției hepatice și mortalitatea printre persoanele infectate cu HCV sau HBV (Alter, 2006). Întrucât transmiterea prin sînge este comună pentru HIV și virusurile hepatice, intervențiile eficiente de prevenire a HIV printre UDI vor preveni și transmiterea HCV/HBV și vice-versa. Deoarece HCV este mai virulent decît HIV, se impun intervenții mai masive pentru reducerea incidenței infectării cu acest virus (Palmateer et al, 2010). OMS a publicat un ghid de prevenire a hepatitelor virale B și C printre consumatorii de droguri injectabile (OMS, 2012).

9. Prevenirea, diagnosticarea și tratamentul tuberculozei

Potrivit ghidului tehnic al OMS, UDI sunt expuși unui risc sporit de contractare a TB independent de statutul lor HIV (OMS, 2012). Infecția HIV sporește riscul de dezvoltare a TB (Altice, 2010). OMS recomandă ca serviciile utilizate de persoanele expuse unui risc sporit de contractare a TB, cum ar fi UDI, precum și instituțiile care deservește persoanele care se află în condiții de detenție și aglomerate, cum ar fi penitenciarele, să implementeze strategia de control a TB și să dispună deregulament de conduită pentru TB și pentru HIV (OMS, 2008; 2012). OMS recomandă: pentru utilizatorii de droguri care trăiesc cu HIV să fie accesibilă terapia preventivă cu isoniazidă (IPT); după cestiadiul TB activă este soluționat rezonabil, se recomandă tratamentul pentru TB activă conform indicațiilor. Este foarte important ca UDI să fie informați despre riscul TB; serviciile de tratament TB să conlucreze cu serviciile pentru UDI; programele integrate și de testare să fie accesibile; serviciile de tratament a TB să dea dovadă de receptivitate față de nevoile consumatorilor de droguri injectabile.

Servicii mobile/outreach bazate pe comunitate

Servicii mobile/outreach bazate pe comunitate sunt o cale de prestare a serviciilor pentru UDI în locațiile în care ei, de regulă, petrec o perioadă îndelungată de timp, deoarece nu beneficiază de serviciile din locațiile staționare. Aceste servicii sunt mijloace foarte eficiente de realizare a programelor de prevenire HIV/SIDA, precum și un punct de accesare de către UDI a unor așa servicii ca TSO și alte tratamente ale dependenței de opioide și ART (OMS, 2004). Serviciile de outreach sunt recomandate ca o componentă esențială a tuturor programelor de prevenire a infecției HIV și de îngrijire, în special cele destinate UDI (OMS 2012).

Unele servicii n-au fost incluse în Pachetul comprehensiv din cauza lipsei relative de dovezi ale eficacității lor sau din alte considerențe. Ghidul OMS menționează inadmisibilitatea eliminării unor servicii adiționale, cum ar fi cele pilot sau complete atunci când contextul local le solicită, beneficiul fiind maxim atunci când toate cele 9 servicii sunt aplicate împreună.

Principiile accesului universal

Reuniunea la nivel înalt privind HIV/SIDA a ONU din 2006 a adoptat obiectivul accesului universal în calitate de angajament pentru extinderea programelor naționale de tratament, prevenire, îngrijiri și sprijin în cazul infecției HIV pentru toate persoanele care au nevoie de astfel de servicii (ONU, 2006). Accesul universal cuprinde principiile de echitate, egalitate, nondiscriminare, caracter cuprinzător, accesibilitate și durabilitate. Aceste principii au ghidat elaborarea măsurilor din Pachetul comprehensiv (OMS, 2012). Ghidul OMS pentru Pachetul comprehensiv declară că aceste servicii trebuie să fie:

- fizic accesibile (distribuite geografic, de ex., disponibile în afara orașelor mari și în localități greu accesibile)
- accesibile ca preț (costul pentru servicii nu trebuie să constituie un obstacol, de ex., pacienții nu ar trebui să fie impuși să plătească pentru tratament)

- echitabile și nondiscriminatorii (să nu fie nici un criteriu de excludere decât cel medical, de ex., FTM nu trebuie să fie oferit doar celor care consumă droguri și sunt infectați cu HIV sau celor care au aplicat, dar fără succes, și alte tratamente pentru dependența de opioide; la fel, accesul la ART ar trebui să nu fie condiționat de încetarea consumului de droguri)
- neraționalizate (furnizarea să fie determinată de necesitate, dar nu de costuri sau alte criterii; de ex., PSAS cu un număr strict de seringi distribuite fiecărui client vor avea un succes mai redus comparativ cu cele fără astfel de restricții)
Accesul la serviciile incluse în Pachetul comprehensiv nu trebuie să fie restricționat de criterii socio-demografice sau alte criterii precum:
- vârsta: programele n-ar trebui să impună restricții de vârstă (nu trebuie stabilită o limită de vârstă pentru a accesa serviciile; în cazul copiilor și al consumatorilor tineri de droguri injectabile ar putea fi impuse cerințe speciale, cum ar fi acordul părinților pentru ca copiii lor să acceseze servicii medicale sau de altă natură)
- sex/gen, orientarea sexuală sau comportamentul sexual
- cetățenie, naționalitate, țara de origine, naționalitate/etnie, statutul de solicitant de azil sau convingeri religioase
- statutul de angajare în câmpul muncii și profesia, inclusiv sexul comercial, activitatea ilegală
- privarea de libertate într-o instituție de detenție, serviciul militar, statutul de orfan etc.
- statutul de asigurare medicală
- statutul de utilizare a substanțelor, de ex., injectarea actuală nu trebuie să fie un obstacol pentru accesul la servicii
- statutul privind locuința (de ex., lipsa unui spațiu locativ)
- starea de sănătate mentală
- graviditatea

Toate serviciile ar trebuie oferite pe bază voluntară, într-un mediu

propice creat prin legislație, politici și strategii de suport. Dezvoltarea modelelor de prestare a serviciilor în diferite instituții ar trebui să fie pragmatice și receptive la condițiile locale. Serviciile direcționate consumatorilor de droguri injectabile, cum ar fi PSAS și serviciile de tratament al dependenței de droguri, pot funcționa ca și puncte de acces la alte servicii incluse în Pachetul comprehensiv și pentru sisteme mai ample de servicii medicale (OMS, 2013).

Pentru a ajunge la UDI, serviciile trebuie să fie accesibile și acceptabile de UDI, receptive la necesitățile lor (OMS, 2013). Metodele, care să facă aceste servicii mai “prietenoase consumatorilor de droguri”, includ:

- coamplasarea intervențiilor și instruirea încrucișată a prestatorilor (de ex., racordarea ART la serviciile de tratament al dependenței de droguri)
- stabilirea unui program de lucru care ar conveni modului de viață al clienților
- amplasarea strategică a serviciilor (de ex., în zone sensibile/hotposts)
- implicarea comunității de la egal la egal în elaborarea, promovarea, prestarea, monitorizarea și evaluarea serviciilor
- instruirea personalului privind lucrul cu UDI
- întreprinderea unor măsuri pentru a evita interferența activităților exercitate de organele ordinii de drept cu accesul clienților la servicii

Serviciile din Pachetul comprehensiv pentru abordarea consumului de droguri injectabile și HIV sunt adecvate pentru implementarea în penitenciare și în alte instituții închise cum ar fi centrele de detenție preventivă, cele pentru refugiați sau imigranți. UNODC, UNAIDS, OMS, PNUD și OIM au întocmit un Pachet comprehensiv din 15 servicii pentru prevenirea infecției HIV, tratamentul și îngrijirile în penitenciare și alte instituții de tip închis. Pachetul include cele 9 servicii din Pachetul comprehensiv pentru UDI, precum și intervenții adiționale pentru a aborda un risc mai amplu asociat cu infecția HIV, inclusiv

servicii pentru prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt, măsuri de combatere a violenței sexuale, profilaxia postexpunere, măsuri de precauție pentru a preveni transmiterea infecției prin servicii medicale/stomatologice (infecții nozocomiale), măsuri sigure de tattoo, piercing și alte forme de penetrare a pielii și intervenții pentru personal.

Serviciul de poliție, reducerea riscurilor și Pachetul comprehensiv

În ultimele trei decenii, colaboratorii de poliție din mai multe țări ale lumii au recunoscut faptul că datorită implementării măsurilor de reducere a riscurilor scade numărul de infracțiuni, se economisesc mijloace și se îmbunătățește sănătatea (o analiză detaliată accesează Monaghan, 2012). Acest fapt a dus la susținerea crescândă a serviciilor din Pachetul comprehensiv, deși unele țări, cum ar fi Rusia, se opun implementării lor.

Programele de schimb de ace și seringi (PSAS). În vederea implementării PSAS, organele de poliție dintr-un șir de țări au recurs la discreție (Monaghan, 2012). Printre aceste țări se numără Australia, Canada, Anglia, Scoția și Țara Galilor, Olanda, Malaysia și SUA (Aitken et al, 2002; Monaghan 2012; Rhodes et al, 2003). În unele orașe din Rusia, PSAS a fost implementat datorită susținerii din partea organelor de poliție (Monaghan, 2012).

FTM și alte tratamente pentru dependența de droguri bazate pe dovezi. Primele date de implicare a poliției în livrarea substanțelor opioide persoanelor cu sindrom de sevraj au fost înregistrate în 1920 în Marea Britanie. Deținuții din Marea Britanie și Olanda au început să primească metadonă în 1970 (Monaghan, 2012; Riley et al, 2012). În prezent, metadona este disponibilă pentru deținuți în secțiile organelor de poliție din Austria, Germania și Olanda, iar în unele regiuni ale Marii Britanii este disponibilă și buprenorfina (Monaghan, 2012). De buprenorfină și metadonă beneficiază persoanele arestate din secțiile de poliție din Australia (Monaghan, 2012). În India, organele de poliție din Kolkata sprijină livrarea buprenorfinei sublingu-

ale persoanelor arestate (Monaghan, 2012). Există și țări, printre care Rusia și Ucraina, unde organele de poliție fac raiduri pe la clinicile FTM, împiedicând livrarea drogurilor pentru tratamentul sindromului de servaj.

Alte servicii din Pachetul comprehensiv precum testarea la HIV și consilierea, terapia antiretrovirală, prevenirea și FTM, programele de distribuire a prezervativelor consumatorilor de droguri injectabile și partenerilor sexuali ai acestora, informație, educație și comunicare direcționată a UDI și a partenerilor sexuali ai acestora, prevenirea, imunizarea, diagnosticarea și tratamentul hepatitelor virale, prevenirea, diagnosticarea și tratamentul TB, sunt disponibile persoanelor în arest în câteva țări (Marea Britanie, SUA, unele regiuni ale Rusiei), prin intermediul Schemelor de referire a drogurilor (DRS) (Monaghan, 2012).

În unele țări, faptul că persoanele au la ele prezervative este folosit ca dovadă a activității LSC, considerată infracțiune, și de aceea prezervativele sunt confiscate (HRW, 2004, 2006, 2008). Deși situația a început să se schimbe, se impune instruirea și educarea colaboratorilor de poliție pe probleme de HIV/SIDA (LEAHN, 2012, a,b; Monaghan, 2012).

Un serviciu cost-eficientă important, care n-a fost inclus în Pachetul comprehensiv, sunt locațiile pentru consumul de droguri (DCR). Aceste DCR sunt un punct al discordiei la nivel de INCB, însă ONU nu și-a declarat poziția oficială în privința lor (Roberts et al, 2004). În prezent DCR funcționează în Australia, Canada, Germania, Olanda, Spania, Elveția, Franța și Marea Britanie.

Prevenirea decesului din cauza supradozei de drog este o altă prioritate de intervenție în reducerea riscurilor. Serviciile de poliție dintr-un șir de țări au elaborat politici și intervenții de abordare a cazurilor de deces cauzate de o supradoză de opioide. Acestea includ administrarea naloxonei – antagonist al opioizilor (Monaghan, 2012). Unele servicii de poliție au emis ordonanțe care prevăd că administrarea suspectă a unui drog este o urgență medicală care necesită spitalizare pentru monitorizarea individului (Monaghan, 2012).

PROIECT DIDACTIC

TEMA 8.

Stigmatizarea, discriminarea, drepturile omului și HIV (90 min)

1. Tezele principale:

- Drepturile omului și HIV: standarde internaționale și europene de protecție a drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA (PTH)
- Terminologie nondiscriminatorie
- Stigmatizarea și discriminarea PTH
- Aplicarea legii și protecția drepturilor omului (DO)
- Respectarea drepturilor PTH în Moldova
- Criminalizarea transmiterii HIV
- Elemente de protecție socială a PTH

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- stigmatizarea și discriminarea, rolul lor în epidemia HIV, modalitățile de reducere a acestor fenomene la locul de muncă și în comunitate
- rolul vital al drepturilor omului în prevenirea infecției HIV, în îmbunătățirea accesului la îngrijire și tratament, în reducerea impactului epidemiei HIV

3. Scopul final:

Studenții urmează:

- să înțeleagă mai bine și să fie mai sensibili la stigmatizare și discriminare. Atitudinea lor față de aceste fenomene

- să lărgescă cunoștințele privind rolul stigmatizării și discriminării în epidemia HIV și modalitățile de reducere a acestor fenomene la locul de muncă și în comunitate
- să dobândească cunoștințe de bază cu privire la rolul drepturilor omului în controlul epidemiei HIV

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop și ecran de proiecție (sau perete alb))
- Foi de Flip Chart A 1 și markere
- Rezumate tematice privind:
 - o Drepturile Omului și politici de combatere a drogurilor 2010, în limba rusă, Prezentare generală, Reducerea Riscurilor, Droguri, Legislația Penală, și Practicile Polițienești, Tratamentul obligatoriu împotriva dependenței, <http://idpc.net/publications/2011/06/ihra-osi-hrw-series-thematic-human-rights-briefing>; OSI, Sănătatea și Drepturile Omului, HIV, 2013, www.equalpartners.orghttp://www.equalpartners.info/Chapter2/ch2_TOC.html
 - o Wolfe, D. și Cohen, J. Drepturile Omului și Prevenirea HIV, Tratament, și îngrijire pentru persoanele care își injectează droguri: Principii cheie și necesitățile cercetării, SIDA, Vol 55, Suplimentul 1, December, 2010, psg. 56-62. 28

5. Bibliografie

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratatamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
 2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
 3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
 4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
 5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
 6. Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
 7. Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
 8. Convențiile ONU privind consumul de drog și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>
- Lectura despre context:**
9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future>
 10. IDPC Ghidul Politicii privind consumul de drog - Ediția a2a, Martie 2012 <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>
 11. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law

- in-Eastern-Europe-and-Central-Asia_
12. Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010.
 13. UNAIDS 2011 Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
 14. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionondrugs.org/hiv/>
 15. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 30 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Trecerea în revistă a grupurilor din societate care prezintă un risc sporit de infectare cu HIV. Argumentați alegerea (Modulul 5).</p> <p>Discuții despre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ stigmatizare și discriminare ■ rolul colaboratorilor de poliție în epidemia HIV ■ rolul colaboratorilor de poliție în epidemia hepatitelor virale și TB ■ relația dintre stigmatizare, discriminare și vulnerabilitate <p>Revizuiți modalitățile în care stigmatizarea și discriminarea pot fi reduse la locul de muncă, în societate și în general.</p> <p>Rolul politicii și legislației (care urmează a fi detaliate în modulul următor).</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbater următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care este relația dintre infecția HIV și factorii favorizanți precum statutul socio-economic, orientarea sexuală și accesul la serviciile de profilaxie? 2. Cum afectează nerespectarea drepturilor omului toate aceste probleme? 3. Care este rolul drepturilor omului în epidemia HIV? 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a descrie natura stigmatizării și discriminării, efectele lor psihologice, fiziologice și sociologice la nivel de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Religie ■ Rasă ■ Gender ■ Orientare sexuală ■ Statutul HIV – a enumera exemple din țară și din istoria lumii ce țin de stigmatizare și discriminare (religie, rasă, sex, orientare sexuală) <ul style="list-style-type: none"> ■ a estima rolul politicilor și legilor în combaterea stigmatizării și discriminării; necesitatea unei legislații privind drepturile omului

<p>Activitatea 1 15 min</p> <p>Lucrul în grupuri mici Studentii se pronunță asupra stigmatizării și discriminării la nivel de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Guvern ■ Asistență medicală ■ Ocuparea forței de muncă ■ Școală ■ Migrație ■ Comunitate ■ Familie <p>Un student va nota răspunsurile colegilor</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateră următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. În care circumstanțe ați fost discriminat sau ați fost discriminat? 2. În comunitate, la locul de muncă ați observat cazuri de stigmatizare și discriminare? 	<p>Cadrul didactic va explica modul în care stigmatizarea și discriminarea afectează:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Guvernul ■ Asistență medicală ■ Ocuparea forței de muncă ■ Școala ■ Migrațiile ■ Comunitatea ■ Familia
<p>Activitatea 2 15 min</p> <p>Lucru în grupuri mici Studentii vor elabora politici/practici de prevenire (se va aplica jocul de rol, vezi instrucțiunile în introducere) a: stigmatizării și discriminării printre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ consumatorii de droguri din cadrul comunității ■ PTH (persoane ce trăiesc cu HIV) în comunitate ■ Homoșexualila locul de muncă <p>În elaborarea politicilor și programelor studenții vor juca pe rând rolul celor care sunt discriminați /discriminează</p> <p>Se vor lua notițe pentru a fi raportate în grupul mare</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateră următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cum vă simțiți? 2. Cum credeți că se simt colegii voștri? 3. Cum se simt persoanele stigmatizate și discriminate? 	<p>Cadrul didactic va încuraja o discuție sinceră despre sentimentele studenților</p> <p>Exercițiile de joc de rol permite liberarea de emoții negative și de sentimentul de vinovăție, stimulând schimbarea atitudinii și a comportamentului. Acest lucru vă poate face să vă simțiți incomod, ceea ce face parte din procesul de înțelegere mai profundă a efectelor discriminării.</p> <p>Discutați fenomenele de stigmatizare și discriminare cu colegii. Această discuție va contribui la aprofundarea sentimentelor de înțelegere și de toleranță</p>

<p>Discuții generale 10 min.</p> <p>Reluați formatul declasă Discuții generale cu privire la drepturile omului, advocacy și prevenirea HIV.</p> <p>Bazele legislației privind drepturile omului (modulul următor).</p> <p>Studentii vor nota unele informații despre persoane fizice și organizații din comunitatea lor care contribuie la reducerea stigmatizării și discriminării.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbater următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Întrebări? Preocupări? Discuții generale. 2. S-au schimbat părerea voastră despre stigmatizare și discriminare? <p>Temă pentru acasă:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Discutați cu familia, prietenii și colegii despre stigmatizare și discriminare și modul în care pot fi evitate 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitorizați orice întrebări care s-ar putea să se refere la modulele următoare ■ Rețineți: pot apărea unele întrebări/probleme de care studenții vor dori să se ocupe de sine stătător.
<p>Posibilitatea de a antrena un vorbitor în funcție de subiectul abordat</p>		
<p>Prezentare panel realizată de reprezentanții populațiilorlorcheie afectate și/sau persoanele care lucrează cu ele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ persoanele care își injectează droguri ■ Lucrătorii sexului comercial ■ bărbații care practică sex cu bărbați ■ tineri ai străzii ☒ migranți etc. 	<p>Respectuos puneți întrebări vorbitorului</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Întrebări sau preocupări? 	<ul style="list-style-type: none"> – Prezențați vorbitorul ■ Cereți-i părerea: cum se simte după întrebările puse ■ Mulțumiți vorbitorului ■ Faceți față oricăror întrebări sau preocupări suplimentare din partea studenților

Conținutul prelegerii

Drepturile omului și HIV. Standarde internaționale și europene de protecție a drepturilor PTHIV

Obiectivul șase din Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM), adoptate de ONU în 2000, îndeamnă statele-părți să stopeze răspândirea HIV/SIDA către anul 2015.

În 2001, Sesiunea Specială a Adunării Generale ONU a adoptat Declarația-Angajament în domeniul HIV/SIDA. Declarația atrage atenția la necesitatea aducerii în corespunderea politicilor naționale din domeniul sănătății cu ODM. De exemplu, statele-părți urmează să adopte cadrul normativ necesar pentru a proteja persoanele care trăiesc cu HIV și alte grupuri vulnerabile.

Carta Socială Europeană

Articolul 11 – Dreptul la protecția sănătății

În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice și private, măsuri care:

1. Să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți precare.
2. Să planifice servicii de consultare și de educare în ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în probleme de sănătate.
3. Să prevină, în măsura posibilităților, bolile epidemice, endemice și alte boli precum și accidentele.

HIV reprezintă o problemă complexă ce ține de domeniul DO deoarece afectează nu doar sănătatea persoanei, ci și relațiile acesteia cu membrii comunității din care face parte, politicile naționale, precum și procesul de dezvoltare economică și socială în ansamblu. Protecția și promovarea DO va contribui la reducerea vulnerabilității persoanelor în ceea ce privește infectarea cu HIV (previne transmiterea), precum și la reducerea impactului HIV asupra celor infectați deja sau

afecțați într-un mod sau altul de HIV/SIDA (protejează demnitatea persoanelor afectate și le permite să facă față provocărilor maladiei).

Întrucât multe grupuri din cadrul societății sunt discriminate sau dezavantajate din cauza statutului lor social, etnic, rasial sau juridic, accesul reprezentanților acestor grupuri la servicii de educație, informare și ocrotire a sănătății este limitat. În aceste condiții, grupurile marginalizate devin cele mai vulnerabile la infectarea cu HIV și la efectele pe care le are aceasta în timp.

În funcție de situația concretă din diferite țări și statutul pe care îl au anumite grupuri, categoria persoanelor marginalizate poate include femei, copii, minorități, persoane indigene, persoane sărace, lucrători migranți, refugiați, lucrători ai sexului comercial, utilizatori de droguri, bărbați care întrețin relații sexuale cu bărbați, prizonieri etc.

În ceea ce privește femeile, acestea sunt deseori tratate inegal la locul de muncă. În multe țări ele sunt remunerate mai modest decât bărbații, sunt lipsite de măsuri de protecție a muncii sau de alte beneficii. Aceasta duce la situații când femeile devin profund dependente de bărbați pentru a se asigura financiar pe sine și copii. Respectiv, femeile au mai puține opțiuni de afirmare și realizare.

Copiii reprezintă un alt grup cu risc sporit de expunere la HIV. În general, copiii sunt neputincioși din punct de vedere economic și politic. De multe ori le lipsește informația despre educația pentru sănătate sau nu-și cunosc drepturile. Atunci când părinții sau îngrijitorii lor se îmbolnăvesc sau decedază, vulnerabilitatea copiilor crește. Copiii vulnerabili, în special orfanii, care își trăiesc viața singuri sau cu frații lor, acasă sau în stradă, fără nicio supraveghere din partea adulților pot ușor deveni victime ale abuzului și violenței.

Drepturile și libertățile mai relevante cu referire la HIV/SIDA:

- dreptul la nondiscriminare și egalitate în fața legii; dreptul la viață; dreptul la sănătate
- dreptul la libertatea și securitatea persoanei, la libertatea de exprimare
- dreptul de a nu fi supus pedepselor sau tratamentelor inumane

- sau degradante; dreptul la libera circulație
- dreptul de a nu fi supus imixțiunilor arbitrare sau ilegale în viața particulară
- dreptul la căsătorie și formarea unei familii; dreptul la educație
- dreptul la muncă; dreptul la un nivel de trai decent
- dreptul la protecție socială
- dreptul la asistență și bunăstare
- dreptul de a cere și de a beneficia de
- dreptul de a participa la viața culturală și publică

Drepturile copilului și drepturile femeilor sunt expuse în convențiile adresate acestor grupuri sociale.

Terminologie nondiscriminatorie

Limbajul folosit pentru a vorbi despre HIV/SIDA reflectă stereotipurile față de subiect și nivelul de înțelegere (sau neînțelegere) a problemei și influențează convingerile, comportamentele și atitudinea altor persoane față de tema dată. Folosirea cu grijă a unui limbaj adecvat este extrem de importantă atunci când juriștii, inclusiv avocații, și alți profesioniști vorbesc despre HIV. Limbajul potrivit este unul constructiv, care nu alimentează stereotipurile și nu naște prejudecăți, precum și „inclusivist”, care nu creează bariere de genul „noi”/„ei”.

În tabelul ce urmează este expusă terminologia recomandată de UNAIDS (adaptată după „UNAIDS Terminology Guidelines”, 2008 și „Ghid de bune practici privind relatarea despre HIV/SIDA”, UNICEF, București, 2003).

Deevitat	De ce?	Recomandat
HIV/SIDA HIV și SIDA HIV sau SIDA	Folosiți termenul cel mai specific și potrivit în contextul dat	HIV/SIDA; persoane care trăiesc cu HIV, prevalența HIV, prevenirea HIV, testarea la HIV, boli asociate cu HIV; diagnosticul SIDA, copiii vulnerabili din cauza SIDA, copiii orfani din cauza SIDA, răspunsul SIDA, programul național SIDA, organizații care prestează servicii în domeniul SIDA; epidemia HIV, epidemia SIDA.
Virusul SIDA	Nu există „virus SIDA”. Doar HIV este virus (Virusul Imunodeficienței Umane).	SIDA - Sindromul Imunodeficienței Achiziționate
Virusul HIV	Este incorect a spune „virusul HIV”, pentru că este un pleonasm.	HIV-Virusul Imunodeficienței Umane; infecția HIV
Infestare cu HIV	A infesta înseamnă „dezvoltarea unui agent patogen cu precădere pe suprafața corpului, de exemplu păduchi”.	Infectare cu HIV. A infecta înseamnă, conform DEX, „invazia și multiplicarea unor micro-organisme (virusuri, bacterii) în țesuturi”.
Infectat cu SIDA	Nimeni nu poate fi infectat cu SIDA deoarece SIDA nu este un agent de infectare. SIDA nu se ia și nu se transmite, oamenii sunt infectați cu HIV.	Persoană care trăiește cu HIV, persoană HIV-positivă, persoană sero-positivă.
Riscul SIDA	SIDA este o definiție de supraveghere care desemnează un sindrom	Riscul infectării cu HIV; risc de expunere la HIV

<p>A lua SIDA, a transmite SIDA</p>	<p>de infecții oportuniste și boli care se dezvoltă odată cu progresarea imunosupresiei pe parcursul stadiilor infecției HIV de la infecția primară pînă la deces</p>	<p>A se infecta cu HIV, a dobîndi HIV, a deveni seropozitiv</p>
<p>Purtător de HIV/SIDA</p>	<p>Implică stigmatizarea persoanelor infectate prin asimilarea lor cu o amenințare. De altfel, SIDA nu este o boală, ci o sumă de boli care apar și se manifestă din cauza afectării sistemului imunitar al individului</p>	<p>Persoană care trăiește cu HIV, persoană HIV-pozitivă, persoană seropozitivă</p>
<p>Suferind de SIDA; Victimă SIDA</p>	<p>Mulți oameni care au HIV pot trăi relativ sănătoși mulți ani. Cuvîntul „victimă” sugerează că persoana este neajutorată, slabă</p>	<p>Persoană care trăiește cu HIV, persoană HIV-pozitivă, persoană seropozitivă. Termenul SIDA se folosește atunci cînd este vorba despre o persoană diagnosticată clinic cu SIDA</p>
<p>Victimă inocentă</p>	<p>Nimeni nu alege să aibă HIV. Această expresie este deseori folosită atunci cînd se vorbește despre copii sau despre persoane infectate în timpul unei intervenții chirurgicale, sugerîndu-se astfel că cei care au dobîndit virusul altfel ar fi oarecum vinovați de aceasta</p>	<p>Persoană care trăiește cu HIV, persoană HIV-pozitivă, persoană sero-pozitivă</p>

Stigma și discriminarea PTHIV

1. Condițiile și factorii discriminării și stigmatizării

Una dintre problemele grave, cu care se confruntă persoanele infectate cu HIV, pe lângă obținerea tratamentului medical (extrem de costisitor), este discriminarea și stigmatizarea socială. Cercetarea conceptului de stigmatizare a crescut dramatic în ultimele două decenii, în special în psihologia socială, în cazul în care cercetătorii au elucidat modul în care oamenii construiesc categoriile cognitive și leagă aceste categorii pentru a crea credințe stereotipice. Stigmatizarea socială reprezintă dezaprobarea extremă sau nemulțumirea față de o persoană, cauzată de anumite caracteristici ale persoanei care o disting de alți membri ai societății.

Sociologul francez Durkheim E. a fost primul care a abordat, în 1895, stigmatizarea ca un fenomen social. El scria: „Imaginați-vă o societate de sfinți, o mănăstire de indivizi exemplari. Într-o astfel de societate infrafracțiunea sau devianța va fi necunoscută, iar defectele, care sunt scuzabile la laici, vor crea un adevărat scandal. Și dacă societate are puterea de a judeca și de a pedepsi, aceste acte vor fi definite ca acte penale (sau deviante) și vor fi tratate ca atare”.

Sociologul Goffman E., unul dintre cei mai influenți sociologi ai sec. XX, definea stigmatizarea ca fiind „procesul prin care reacția altora deteriorează identitate normală” („Stigma. Notes on the management of spoiled identity”, 1964). Goffman E. menționează că o persoană stigmatizată nu este privită ca o ființă umană, stigmatizarea putând duce la izolare.

În altă ordine de idei, stigmatizarea reprezintă o construcție socială care definește oamenii prin caracteristici distincte care îi marchează și îi devalorizează.

Conform Dicționarului Explicativ al Limbii Române, stigmatizarea este definită din dublă perspectivă:

- a arunca asupra cuiva sau a ceva disprețul public, a condamna cu toată severitatea; a înfieră, a dezonora;

- a aplica (cu fierul roșu) stigmatul pe corpul sclavilor sau al delincvenților;

Astfel, stigmatizarea reprezintă un fenomen social prin care se devalorizează identitatea unui actor social astfel încât el nu mai poate beneficia de acceptare totală din partea societății.

Stigmatizarea este un semn al dizgrației, rușinii și neacceptării sociale. Aceasta vine de la vechea practică de a marca pe cineva despre care se credea că avea “deficiențe morale” sau că se purta necuviincios și, prin urmare, ceilalți membri ai societății trebuiau să-l evite.

Stigmatizarea este, deseori, descrisă ca un proces de depreciere. Spre exemplu, dacă o persoană este stigmatizată, ea este discreditată, în dizgrație și/sau percepută ca având mai puțină valoare sau mai puțin merit decât ceilalți membri ai grupului/societății.

Stigmatizarea poate fi, de asemenea, descrisă ca o etichetă, care asociază o persoană la un set de caracteristici nedorite ce formează un stereotip.

Goffman E. evidențiază trei condiții care favorizează stigmatizarea:

- deformările vizibile, cum ar fi cicatrici, manifestări fizice de anorexie nervoasă, lepră, handicap fizic sau invaliditate socială, cum ar fi obezitatea;
- abaterile în trăsăturile personale, inclusiv boli psihice, dependența de droguri, alcoolism, antecedente penale;
- „stigmatetele tribale” – afilierea cu o anumită naționalitate, religie, rasă sau care constituie o abatere de la etnia, naționalitatea sau religia normativ predominante.

După Link B. și Phelan J., stigmatizarea există atunci când converg patru componente specifice:

- indivizii umani diferențiază și etichetează variațiile umane;
- credințele culturale dominante atribuie cele etichetate atributelor negative;
- persoanele etichetate sunt plasate în grupuri distincte pentru diferențiere între „noi” și „ei”;
- experiența persoanelor etichetate se referă la „pierderea sta-

tutului și discriminare” care duce la situații de inegalitate.

În acest context, stigmatizarea este condiționată și de accesul la puterea socială, economică, politică care permite identificarea diferențelor, construcția stereotipurilor, separarea persoanelor etichetate în grupuri distincte cu dezaprobarea, respingerea, excluderea și discriminarea lor. Astfel, termenul de stigmatizare se aplică în legătură strânsă cu termenii de etichetare, stereotipuri, pierderea statutului, precum și discriminare.

Sociologul Falk G. descrie stigmatizarea ca fiind bazată pe două categorii:

- stigmat existențial
- stigmat achiziționat

Falk G. definește stigmatul existențial drept stigmat care rezultă dintr-o condiție pe care ținta stigmatizării sau nu a determinat-o, sau areasupra ei un control redus. Stigmatul achiziționat este consecința conduitei.

Goffman E. explică relația individului cu un stigmat făcând apel la trei categorii:

- stigmatizați sunt cei care poartă stigmatul;
- normali sunt cei care nu poartă stigmatul;
- înțelepți sunt acei dintre normali care sunt considerați de stigmatizați a fi drept „înțelepți” în condițiile lor (ținând cont de starea stigmatizaților).

Stigmatizarea are un impact dramatic asupra distribuției șanselor de viață în domenii cum ar fi veniturile, condițiile de trai, răspunderea penală, sănătatea și viața însăși.

Stigmatizarea legată de HIV/SIDA deseori generează și consolidează alte prejudecăți precum cele legate de rasă, gen și sexualitate. De exemplu, stigmatizarea legată de HIV/SIDA se bazează adesea pe asocierea cu comportamente marginalizate și stigmatizate, precum practicarea prostituției, consumul de droguri și practicarea sexului cu persoane de același gen, relațiile sexuale transgender. Stigmatizarea dată îi afectează pe cei ce trăiesc cu HIVși, prin asociere, pe cei cu

caresunt asociați, adică partenerul sau soțul/soția, copiii și alți membri ai familiei.

O formă a stigmatizării este și cea internă, numită și stigmatizarea „simțită” sau „autostigmatizarea”. Ea descrie modul în care se simte o persoană care trăiește cu HIV, dacă are vreun sentiment de rușine pentru faptul că este HIV-pozitivă. Stigmatizarea internă poate duce la autoapreciere scăzută, la un sentiment de inutilitate și depresie; poate determina persoana care trăiește cu HIV să se retragă din contactul social și intim sau să se autoexcludă din servicii și oportunități din teama că statutul său ar putea fi descoperit sau că ar putea fi discriminată din cauza statutului HIV-pozitiv.

Discriminarea înseamnă a trata pe cineva într-un mod diferit, incorect sau influențat de prejudecăți, deseori în baza apartenenței sale sau a percepției că ar aparține unui anumit grup.

Discriminarea este adesea considerată rezultatul final al procesului de stigmatizare. Cu alte cuvinte, atunci când este aplicată stigmatizarea, de aceea este numită uneori „stigmatizare aplicată”, rezultatul este discriminarea.

Discriminarea constă din acțiuni sau omiteri care derivă din stigmatizare și sunt orientate spre persoanele stigmatizate. De exemplu, discriminarea din cauza HIV; SIDA are loc atunci când cineva este tratat diferit (spre dezavantajul său), pentru că se știe că are HIV; SIDA, este suspectat că este HIV-pozitiv sau asociat strâns persoanelor care trăiesc cu HIV (partenerul sau un membru al familiei). Purtătorii de HIV deseori sunt expuși discriminării, fiind eliberați din funcție sau alungați de acasă, respinși de familie și prieteni, uneori chiar asasinați.



(Sursa: UNAIDS)

1. Cauzele discriminării persoanelor HIV- pozitive sunt:

- *lipsa de informații corecte despre infecția HIV/SIDA:* oamenii nu sunt informați adecvat despre această infecție și modurile în care ea **nu** se transmite;
- *frica;*
- *stereotipurile existente:* infecția HIV se consideră tabu și deseori este asociată cu homosexualitatea, prostituția, consumul de droguri și alte comportamente și noțiuni stigmatizate;
- *dorința de a proteja oamenii dragi:* pentru că unii oameni cred că astfel se pot proteja pe sine și pe cei dragi.

În literatura de specialitate sunt indicate multiple **forme** de discriminare a persoanelor infectate cu HIV:

- *limitarea libertății de acțiune:* persoanele HIV- pozitive sunt marginalizate în școli, grădinițe, magazine și alte instituții;
- *amenințarea:* persoanele seropozitive sunt amenințate la locul de muncă, ceea ce duce la pierderea acestuia;
- *relații ostile cu familia:* relațiile cu membrii familiei sunt fragile și deseori deteriorate;

- *încălcarea drepturilor*: drepturile și principiile lor etice (protejate prin declarația drepturilor omului) sunt permanent încălcate.

2. Practici de modelare a comportamentelor nondiscriminatorii

Fiind un grup vulnerabil, persoanele HIV-pozitive necesită toleranță din partea societății, toleranța însemnând respect, acceptare și aprecierea diversității culturilor, formelor de expresie și a felului de a fi.

În cazul persoanei HIV-pozitive există câteva modele de toleranță:

- să fii binevoitor, să accepți că oamenii sunt diferiți de tine, de crezul tău sau de stilul tău de viață;
- acceptă că ei pot avea un stil de viață diferit de al tău și valori diferite;
- recunoaște faptul că ei au dreptul să nu divulge statutul lor HIV-pozitiv;
- recunoaște dreptul lor la sănătate, demnitate și prevenire;
- recunoaște dreptul lor la sănătate sexual-reproductivă și la drepturile general umane;

La nivel de comunitate se pot dezvolta unele practici care să contribuie la nondiscriminarea persoanelor HIV-pozitive, printre care:

- informarea corectă a localnicilor cu privire la HIV/SIDA prin întâlniri, materiale informative (pliante, broșuri);
- implicarea persoanelor HIV-pozitive în activități comunitare alături de persoanele neafectate de acest virus;
- sensibilizarea comunității la problemele persoanelor afectate de acest virus.

Aplicarea legii și protecția drepturilor omului

În condițiile unei implementări corespunzătoare, legea poate juca un rol semnificativ în ceea ce privește protecția, promovarea și respectarea DO. Încălcarea DO în cazul celor care sunt afectați sau vulnerabili la infectarea cu HIV îi va marginaliza și mai mult și, ca rezultat,

epidemia HIV „va atinge noi culmi”.

Asigurarea egalității de gen trebuie să reprezinte factorul-cheie pentru strategiile care au ca scop reducerea vulnerabilității la infecțarea cu HIV. Pentru o ulterioară prevenire a răspândirii epidemiei, programele HIV/SIDA trebuie să abordeze în profunzime realitățile socio-economice și normele socio-culturale caracteristice femeilor, copiilor și grupurilor vulnerabile.

În 1948, Adunarea Generală a Națiunilor Unite a adoptat Declarația Universală a Drepturilor Omului (DUDO). Deși nu este decît o declarație și nu un tratat semnat de statele-membre, DUDO este obligatorie pentru toate statele-membre în virtutea principiilor dreptului internațional cutumiar.

Totuși, obligațiile propriu-zise privind respectarea DO revin statelor în virtutea faptului că acestea sunt părți la tratatele internaționale din domeniul DO care, odată ratificate, devin documente juridice obligatorii pentru statele-membre. Printre aceste tratate se numără cele menționate mai sus: PIDCP, PIDESC, CETDFD, CDC ș.a. La acestea se adaugă tratatele regionale pentru DO (cum ar fi CEDO) care, de asemenea, au forță juridică obligatorie în raport cu statele-membre. Există și angajamente publice ale statelor, precum cele exprimate în documentele diferitor conferințe ale ONU, așa ca Conferința Mondială pentru DO, Viena, 1993; Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare, Cairo, 1994; Summit-ul Social, Copenhaga, 1994; cea de a Patra Conferință Mondială pentru Femei, Beijing, 1995 și în documente rezultate din alte conferințe, cum ar fi Summit-ul pentru SIDA de la Paris, 1994.

Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului

Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și Drepturile Omului (cunoscute drept Recomandări) au fost adoptate în 1996, revizuite în 2002 (Recomandarea 6) și publicate în versiunea lor consolidată în 2006. Recomandările au fost elaborate, adoptate și publicate de către Programul Comun ONU privind HIV/SIDA (UNAIDS) și Oficiul

Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OÎCDO). Prezentate într-o manieră argumentată și extrem de convingătoare, acestea oferă reperatele necesare guvernelor, ONG-urilor, organizațiilor internaționale și altor entități implicate în elaborarea strategiilor eficiente de abordare a aspectelor pe care le implică HIV. În mod special, recomandările îndeamnă statele să asigure ca legile, politicile și practicile lor să corespundă prin-cipiilor fundamentale ale DO.

DO pot fi restricționate numai atunci când restricția este:

- prevăzută de lege (nu este arbitrară);
- necesară (există anumite nevoi sociale stringente);
- are loc într-o societate democratică (este produsul unui consens).

Cadrul normativ în vigoare (legi, hotărâri de guvern, regulamente, ordine, instrucțiuni)

1. Constituția Republicii Moldova

2. Coduri

- Codul muncii al Republicii Moldova;
- Codul familiei al Republicii Moldova;
- Codul contravențional al Republicii Moldova;
- Codul penal al Republicii Moldova.

3. Legi

- Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005;
- Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005;
- Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XII din 28.03.1995;
- Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007;
- Legea cu privire la statutul juridic al cetățenilor străini și apatrizilor în Republica Moldova nr. 275-XIII din 10.11.1994;
- Legea cu privire la migrație nr. 1518-XV din 06.12.2002;

- Legea cu privire la ieșirea și intrarea în Republica Moldova nr. 269-XIII din 09.11.1994;
- Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie nr. 45-XVI din 01.03.2007;
- Legea privind sistemul public de asigurări sociale nr. 489 din 08.07.1999;
- Legea privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale nr. 289 din 22.07.2004;
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998.

4. Hotărâri de Guvern

- Hotărârea Guvernului nr. 948 din 05.09.2005 privind Programul Național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010;
- Hotărârea Guvernului privind aprobarea Listei contraindicațiilor medicale pentru persoanele care intenționează să adopte copii nr. 512 din 25.04.2003;
- Hotărârea Guvernului cu privire la instituirea Consiliului național de coordonare a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, infecțiilor cu transmitere sexuală și de control al tuberculozei nr. 825 din 03.08.2005.

5. Regulamente

- Regulamentul privind examinarea medicală a tinerilor înainte de căsătorie nr. 396 din 06.09.1995, aprobat în comun de către Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției;
- Regulamentul cu privire la instruirea cetățenilor străini și apatrizilor în instituțiile de învățământ din Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 746 din 21.06.2003 ;

6. Ordine

- Ordinul ministrului Sănătății nr. 523 din 24.12.2009 cu privire la aprobarea Ghidului național de tratament și îngrijiri în cazul infecției HIV și SIDA;

- Ordinul ministrului Sănătății nr. 20 din 19.01.2007 cu privire la Standardul „Supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA”;
- Ordinul ministrului Sănătății nr. 260 din 26 iunie 2008 cu privire la aprobarea Standardului „Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA”;
- Ordinul Ministerului Apărării cu privire la aprobarea Instrucțiunii „Despre aplicarea Regulamentului cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova” nr. 177 din 30.06.2003;
- Ordinul Ministerului Afacerilor Interne cu privire la organizarea activității secțiilor de ordine publică, secțiilor, sectoarelor și posturilor de poliție ale comisarariatelor de poliție nr. 200 din 10.06.2004;
- Ordinul Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Sănătății despre măsurile de intensificare a lucrului cu persoanele care răspîndesc maladiile sexual-transmisibile (SIDA, sifilisul, gonoreea) nr. 183/217 din 23.06.1993;
- Ordinul Ministerului Științei și Învățămîntului nr. 113 din 11.04.1994, Ministerului Sănătății nr. 64 din 05.04.1994 și Ministerului Justiției nr. 47 din 11.04.1994 despre aprobarea și punerea în aplicare a Indicațiilor metodico-instructive cu privire la adopție.

7. Instrucțiuni, Standarde

- Instrucțiunea Ministerului Sănătății și Protecției Sociale privind modul de completare a certificatului de concediu medical nr. 189 din 22.06.2005, modificată și completată prin Ordinul ministrului Sănătății nr. 281 din 28.04.2010;
- Instrucțiunea cu privire la organizarea regimului antiepidemic în laboratoarele și secțiile de diagnosticare a SIDA, hepatitelor și altor infecții virale la efectuarea investigațiilor la infecția HIV-SIDA, aprobată prin ordinul vice-ministrului sănătății nr. 10b-4/278 din 12.07.2004;

- Standardul „Supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA”, CNSPMP și USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău 2007;
- Standardul „Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA”, CNSPMP și Centrul SIDA, Chișinău 2008;

Respectarea drepturilor PTH în Republica Moldova

Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate

Accesul la servicii de sănătate, nediscriminatorii și de înaltă calitate, precum și la medicamentele de bază, reprezintă una din obligațiile sine qua non ale societății față de PTH. În sens practic, sistemele de sănătate trebuie să dea dovadă de promptitudine și receptivitate în ceea ce privește necesitățile specifice asociate cu HIV, atât ale PTH, cât și ale populației în întregime, așa încât riscul infectării cu HIV să fie minim.

În cadrul legislației moldovenești, acest drept este reflectat destul de complex, luând forma mai multor drepturi distincte, cum ar fi: dreptul la ocrotirea sănătății prevăzut de Constituția Republicii Moldova la art. 36; dreptul la asistență medicală prevăzut la art. 20 din Legea ocrotirii sănătății; dreptul la asistență medicală gratuită în volum stabilit de legislație prevăzut la art. 5 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului; dreptul la asigurare obligatorie de asistență medicală a cetățenilor străini și apatrizilor prevăzut la art. 26 din Legea ocrotirii sănătății.

La acestea se adaugă drepturile specifice ale PTH prevăzute, explicit sau implicit, în Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, după cum urmează: dreptul la confidențialitate (art. 14); dreptul de a nu fi supus discriminării (art. 22-27); dreptul de a beneficia de asistență medicală, conform legislației în vigoare (art. 19); dreptul copiilor infectați cu HIV sau afectați de SIDA de a beneficia de consiliere (art. 6); dreptul femeilor care trăiesc cu HIV de a beneficia de contracepție gratuită, inclusiv de sterilizare benevolă (art. 6); dreptul gravidelor HIV-pozitive și a nou-născuților lor de a avea acces la tratament ARV

profilactic gratuit (art. 21) etc.

Aspecte privind aplicarea practică a acestor drepturi se regăsesc în conținutul prezentului ghid.

Nediscriminarea și egalitatea în fața legii

PIDCP prin art. 14 și 26 garantează dreptul la protecție egală în fața legii, precum și dreptul de a fi liber în raport cu orice tip de discriminare.

Nediscriminarea în domeniul sănătății publice este prevăzută în mod expres de dispozițiile câtorva legi de profil. Este vorba de art. 5 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului; art. 5 alin. (1) lit. a) și art. 7 din Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic; și art. 17 alin. (1) din Legea ocrotirii sănătății. Nediscriminarea în raport cu PTHIV este reglementată de Legea cu privire la profilaxia HIV/SIDA care conține un capitol tematic în acest sens (Capitolul VI – Interzicerea discriminării), încercînd să cuprindă cît mai multe situații în care discriminarea PTHIV ar putea avea loc și, prin aceasta, să prevină comportamentul discriminator la adresa lor.

Alte drepturi conexe:

- Dreptul la asigurarea sănătății (art. 17 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul la educația sanitară a populației (art. 18 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății (art. 19 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul la acordarea concediilor medicale (art. 22 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul la libera alegere a medicului și a formei de asistență medicală (art. 25 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul la informație despre starea sănătății (art. 27 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medi-

- co-sanitar pentru prejudicierea sănătății (art. 36 din Legea ocrotirii sănătății);
- Dreptul familiei la ocrotirea sănătății și la protecție socială (art. 46 din Legea ocrotirii sănătății) etc.

Comitetul ONU pentru Drepturile Omului a confirmat că sintagma „orice tip” în contextul prevederilor ce reglementează nediscriminarea din conținutul tratatelor internaționale de drepturi ale omului include și starea sănătății persoanei, inclusiv statutul HIV. De asemenea, Comitetul a îndemnat statele să ia toate măsurile ce se impun pentru a se asigura că PTHIV au acces egal la tratament.

În condițiile lipsei unei culturi și tradiții antidiscriminare atât în societate, cât și în mediile profesionale, se ajunge la situații greu de conceput în care normele unei legi contravin vădit altor norme, din conținutul aceleiași legi. Este cazul Legii cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA – Legea-cadru în acest domeniu (Legea HIV/SIDA) ce conține un capitol distinct prin care se interzice discriminarea. În același timp, unele norme ale aceluiași capitol sunt profund discriminatorii. De exemplu, după ce la art. 22 alin. (1) se interzice expres orice formă de discriminare la locul de muncă, iar la alin. (3) se arată că este interzisă concedierea pe motiv că persoana are statut HIV-pozitiv, la alin. (4) al aceluiași articol se prevede că: „Lista profesiunilor și specialităților la care pot fi admise persoanele cu statut HIV-pozitiv se aprobă de către Ministerul Sănătății și Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului”, prin aceasta dându-se, practic, peste cap prevederile din alin. (1) și (3). De asemenea, prin art. 24 „Restricții la efectuarea unei călătorii și la alegerea reședinței” din cadrul aceluiași capitol se interzice aflarea pe teritoriul Republicii Moldova mai mult de 3 luni a străinilor care nu prezintă certificat medical de testare HIV cu rezultat negativ. Pe lângă faptul că avem de a face cu o normă restrictivă și discriminatorie, încadrarea unui articol cu un asemenea conținut la capitolul care se referă la interzicerea discriminării pare lipsită de sens și fără nicio legătură cu specificul respectivului capitol.

Dreptul de a nu fi supus imixțiunilor arbitrare sau ilegale în viața particulară

Acest drept, prevăzut de art. 17 al PIDCP, presupune obligația din partea statului semnatar de a respecta intimitatea fizică a indivizilor (cum ar fi obligația de a obține consimțământul informat al persoanelor înainte de testarea HIV) și necesitatea de a respecta confidențialitatea informațiilor cu caracter personal (cum ar fi informația referitoare la statutul HIV-pozitiv al persoanei).

Garantarea confidențialității și protecția datelor cu caracter personal sunt reflectate în dispozițiile câtorva acte normative moldovenesti relevante tematicii abordate, cum ar fi: Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic (art. 12) și Legea HIV/SIDA (art. 14), prin acestea fiind interzise expres practicile de testare obligatorie. În același timp, consimțământul celor care sunt supuși testării este obligatoriu.

În peisajul legislativ moldovenesc nu există deocamdată un act normativ-cadru în domeniul nediscriminării. Interzicerea discriminării persoanelor pe motive de rasă, naționalitate, sex, religie, apartenență etnică etc. este prevăzută expres în mai multe acte normative tematice privind reglementarea diferitor domenii de activitate. Toate aceste dispoziții sporadice trebuie să asigure implementarea atât a normelor internaționale în acest domeniu, cât și a normei conținute în art. 16 alin. (2) din Constituția Republicii Moldova, potrivit căreia: „Toți cetățenii Republicii Moldova sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau origine socială”.

Instrucțiunea Ministerului Sănătății și Protecției Sociale privind modul de completare a certificatului de concediu medical nr.189 din 22.06.2005, modificată și completată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 281 din 28.04.2010.

Instrucțiunea în redacția din 2005 prevedea indicarea în certificat a codurilor specifice maladiei, conform diagnosticului, prealabil

și celui final, care a determinat incapacitatea temporară de muncă. La închiderea certificatului de boală, în partea dreaptă de sus trebuie să se înscrie cifra maladiei care a determinat incapacitatea temporară de muncă. În cazul eliberării certificatului cu maladia tuberculoză, SIDA și cancer de orice tip alăturat cifrului maladiei trebuia să se înscrie „100%”, care se confirmă cu ștampila instituției medico-sanitare (pct. 13, 23).

Modificarea și completarea Instrucțiunii, efectuată în temeiul Ordinului ministrului sănătății nr. 281 din 28.04.2010 indică că la rubrica „diagnosticul” se înscrie codul maladiei în conformitate cu Clasificatorul Internațional al Maladiilor (CIM), revizia a X-a a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Potrivit OMS, CIM reprezintă clasificatorul internațional standard și unificat pentru diagnosticul maladiilor care servește unor scopuri multiple (epidemiologice, de gestionare a sistemului sănătății, uz clinic). CIM este accesibil publicului larg, în mod gratuit, prin simpla accesare a internetului, în particular a site-ului OMS.

Aceste norme, prin cerințele pe care le impun, pot genera consecințe periculoase pentru persoanele care trăiesc cu HIV, nu doar pentru că încalcă principiul confidențialității și, respectiv, contravin art. 14 din Legea HIV/SIDA, art. 14 din Legea ocrotirii sănătății și art. 12 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, ci și pentru că generează condiții prielnice pentru apariția discriminării și tratamentul diferențiat la locul de muncă.

Potrivit alineatului final al art. 14 din Legea HIV/SIDA, „Personalul medical și alte persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin informații privind rezultatele examenelor medicale în ceea ce privește infecția HIV (SIDA) sunt obligate să păstreze secretul acestor informații. Pentru divulgarea lor sunt trași la răspundere administrativă în conformitate cu legislația în vigoare”.

În condițiile în care *respectarea confidențialității datelor personale ale persoanelor infectate cu HIV este reglementată atât de contradictoriu* și protejată atât de sumar din punct de vedere normativ,

abuzurile din partea celor ce sunt chemați să respecte acest cadru normativ, în special a autorităților din domeniul sănătății, sunt foarte frecvente, iar credibilitatea lor în fața persoanelor ce trăiesc cu HIV scade dramatic. Prin urmare, tendința permanentă a celor din urmă ca rezultatele testărilor să rămână necunoscute cu orice preț, pentru a evita ingerințele în viața lor privată, stigmatizarea și discriminarea, se prezintă drept una firească.

CC prevede o amendă de la 1000 MDL până la 1400 MDL pentru divulgarea informației confidențiale despre rezultatele testării la HIV de către personalul medical sau alte persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin astfel de informații.

Dreptul la educație

Normele internaționale privind dreptul la educație și interzicerea oricărei discriminări în domeniul învățămîntului se conțin în PIDESC și, respectiv, Convenția ONU privind lupta împotriva discriminării în domeniul învățămîntului. Cadru de Acțiuni de la Dakar privind Educația pentru Toți (2000), adoptat de către comunitatea educațională internațională la Forumul Mondial de la Dakar (Senegal) cheamă guvernele să creeze condițiile necesare ca pînă în anul 2015 toți copiii, în special fetele, copiii aflați în dificultate, precum și cei ce reprezintă minoritățile etnice, să aibă acces liber și gratuit la serviciile de educație primară de înaltă calitate.

Obiectivele Cadru de la Dakar sunt completate perfect de către Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, componenta principală a Declarației Mileniului, adoptată în septembrie 2000 la Summit-ul Mileniului de 191 țări, printre care și Republica Moldova. Relevante sunt, în principal, Obiectivul 2, care prevede accesul universal la învățămîntul primar, și Obiectivul 6 care se referă la combaterea HIV/SIDA și a tuberculozei.

Chiar dacă Republica Moldova este parte atît la Cadru de Acțiuni de la Dakar, cît și la Declarația Mileniului, aprobînd planuri proprii de acțiuni privind realizarea obiectivelor propuse în aceste documente

internaționale, prevederile unor acte normative naționale sunt în absolută contradicție cu ceea ce înseamnă asigurarea accesului la educație a PTHIV.

Regulamentul cu privire la instruirea cetățenilor străini și apatrizilor în instituțiile de învățământ din Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 746 din 21.06.2003

În temeiul dispozițiilor conținute în pct. 5 al acestui act normativ, cetățenii străini și apatrizii care își fac studiile în instituțiile de învățământ din Republica Moldova sunt obligați să treacă anual testarea la HIV. Prin urmare, situația străinilor care doresc să studieze în Republica Moldova, așa cum esteea reglementată de normele juridice în vigoare, este mult mai dezavantajoasă decât a celor care doresc să-și întemeieze o afacere sau să se stabilească cu traiul în Republica Moldova, ei fiind impuși să treacă testul la HIV în fiecare an, prin aceastafiind discriminați chiar în raport cu persoanele cu care, în mod normal, ar trebui să aibă același regim de ședere aplicat de către autoritățile moldovenesti.

Pornind de la faptul că educația universală primară reprezintă una din cele mai eficiente arme în combaterea HIV/SIDA, toți cei implicați au responsabilitatea de a asigura ca planurile naționale de acțiuni privind educația pentru toți, elaborate și aprobate în urma Cadrului de Acțiuni de la Dakar, să conțină obiective privind asigurarea accesului la educație pentru copiii infectați cu HIV sau afectați de SIDA.

Ordinul Ministerului Apărării cu privire la aprobarea Instrucțiunii „Despre aplicarea Regulamentului cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova” nr. 177 din 30.06.2003

Potrivit prevederilor acestui act normativ, candidații pentru înmatriculare în instituțiile de învățământ militare și cele de pregătire a personalului navigant din aviație sunt supuși unui șir de investigații medicale printre care și „analiza sîngelui la HIV”. Rezultatele acestor investigații sunt înregistrate și puse la dispoziția unei comisii medicale care studiază documentele cu informații despre starea sănătății

candidatului. La necesitate, se cer și se studiază și alte documente. Informațiile pe care le conțin aceste documente cu privire la devierile în starea sănătății candidatului se consemnează în fișa examenului medical al candidatului pentru înscrierea în instituție, iar pemașina superioară a tuturor exemplarelor de certificat-decizie, în cazul persoanelor HIV- pozitive, se aplică ștampila cu următorul conținut: „Copierea, furnizarea informației – se interzic”. Totuși, de pe certificatele-decizie indicate pot fi făcute copii la cererea organelor de urmărire penală, instanțelor de judecată și a organelor de asigurare socială, inclusiv la solicitarea comandanților unităților militare sau ale organelor administrativ-militare pentru întocmirea actelor de asigurare socială (pct. 66-69, 90).

Prevederile enunțate ridică mai multe probleme din perspectiva drepturilor fundamentale ale PTHIV. În primul rând, este vorba despre încălcarea principiului confidențialității prevăzut la art. 14 din Legea HIV/SIDA, prin solicitarea și studierea de către membrii comisiilor medico-militare a informațiilor suplimentare despre starea sănătății persoanelor supuse controlului, precum și prin oferirea copiilor de pe certificatele-decizie emise de către comisiile medico-militare organelor de urmărire penală, organelor de asigurare socială, comandanților unităților militare sau ale organelor administrativ-militare – organe și autorități care nu sunt enumerate în conținutul Legii HIV/SIDA ca persoane cărora li se pot elibera rezultatele testului la HIV. În al doilea rând, se încalcă regula prin care se interzice testarea obligatorie la HIV ca precondiție pentru admitere într-o instituție de învățământ, prevăzută la art. 15 din Legea HIV/SIDA. În fine, este vorba despre limitarea posibilităților de înmatriculare în instituțiile de învățământ a PTHIV, lucru ce constituie discriminare și este interzis expres prin art. 23 din Legea HIV/SIDA.

Dreptul la muncă

Pe plan național există câteva acte normative relevante problematicii respectării dreptului la muncă a PTHIV. Primul pe listă, după im-

portanța tematică și greutatea pe care o prezintă din punct de vedere juridic, este Codul muncii.

Acest drept se consideră încălcat atunci cândunui candidat la un post vacant sau unui angajat i se cere să facă în mod obligatoriu testul la HIV precum și atunci când persoanelor li se refuză angajarea sau sunt concediate pe motiv că rezultatul acestuia este pozitiv.

Art. 23 din DUDO și art. 6 și 7 din PIDESC se referă la dreptul fiecărei persoane de a avea acces la un loc de muncă fără precondiții, cu excepția celor ce țin strict de partea profesională

În conținutul acestui act normativ, cu ocazia enumerării principiilor de bază care reglementează raporturile de muncă, la art. 5, se menționează interzicerea muncii forțate și a discriminării în domeniul raporturilor de muncă, precum și dreptul fiecărui salariat la condiții echitabile de muncă, inclusiv la condiții de muncă care corespund cerințelor protecției și igienei muncii. Tot aici se menționează explicit egalitatea în drepturi și în posibilități ale salariaților.

Prin dispozițiile art. 8, se interzice expres discriminarea în sfera muncii, stipulându-se că: „În cadrul raporturilor de muncă acționează principiul egalității în drepturi a tuturor salariaților. Orice discriminare, directă sau indirectă, a salariatului pe criterii degen, vîrstă, rasă, etnie, religie, opțiunepolitică, origine socială, domiciliu, handicap, apartenență sau activitate sindicală, precum și pe alte criterii nelegate de calitățile sale profesionale, este interzisă”.

În pofida reglementărilor optimiste de la art. 5 și 8, în conținutul Codului muncii se regăsesc și norme care direct sau indirect contravin acestor reglementări, iar în situațiile practice pot deveni surse de speculații și abuzuri din partea angajatorilor. Deexemplu, printre documentele care se prezintă la încheierea contractului individual de muncă, potrivit art. 57 din Cod, se numără și certificatul medical, în cazurile prevăzute de legislația în vigoare. Această normă este completată de cea de la art. 238 care impune examenul medical la angajare și examenele medicale periodice pentru anumite categorii de

salariați. În același timp se menționează că: „Lista categoriilor de salariați supuși examenului medical la angajare și examenelor medicale periodice se aprobă de Ministerul Sănătății”.

Ar fi de dorit ca listele aprobate de către Ministerul Sănătății să reflecte situațiile de strictă necesitate, evaluate în mod obiectiv și rezonabil. În orice caz, din legislația curentă se poate desprinde o problemă clară, legată de aplicarea acestor prevederi în raport cu cetățenii străini și apatrizii care doresc să se angajeze pe teritoriul Republicii Moldova. Chiar dacă prin art. 7 al Legii cu privire la statutul juridic al cetățenilor străini și al apatrizilor în Republica Moldova se proclamă expres dreptul acestei categorii de persoane la muncă și protecția ei, art. 8 din aceeași lege, precum și art. 23 din Legea cu privire la migrațiune și art. 24 din Legea HIV/SIDA îngrădesc tranșant acest drept prin impunerea testării obligatorii la HIV pentru cetățenii străini și apatrizi, și condiționarea aflării acestora pe teritoriul Republicii Moldova mai mult de 3 luni de rezultatele testului.

Concedierea, potrivit art. 86 din Cod, se face în anumite condiții prevăzute expres, printre acestea numărându-se și „constatarea faptului că salariatul nu corespunde funcției deținute sau muncii prestate din cauza stării de sănătate, în conformitate cu certificatul medical”. Această normă este atât de generală și ambiguă, încât terenul pentru abuzuri pe care îl creează pare să nu aibă margini, cu atât mai mult în cazul unei persoane diagnosticate cu SIDA care are nevoie de spitalizare sau tratament ambulatoriu de lungă durată.

Dreptul la libera circulație

Acest drept se regăsește în art. 12 al PIDCP și art. 13 al DUDO și se referă la dreptul fiecărei persoane de a-și alege liber locul de reședință în cadrul unei țări, precum și la dreptul cetățenilor unei țări de a intra/ ieși liber în și/din țara lor. Cadrul normativ național este în absolută contradicție cu normele internaționale în materie de liberă circulație atunci când este vorba de PTHIV. În particular, legislația în vigoare impune, în mod explicit, restricții pentru persoanele străine care trăiesc cu HIV în ceea ce privește șederea, circulația și activitatea lor în Republica Moldova.

Legea HIV/SIDA

În art. 24, Legea impune restricții explicite pentru persoanele străine care trăiesc cu HIV la efectuarea călătoriilor și la alegerea reședinței. Prin limitarea libertății de circulație sau a liberei alegeri a reședinței pentru PTHIV se comite un act de discriminare și, implicit, se încalcă aceste drepturi expres ale Legii, aflarea pe teritoriul Republicii Moldova pe un termen ce depășește 3 luni este posibilă doar în condițiile prezentării unui certificat medical prin care se confirmă rezultatul negativ al testului la HIV. Persoanele străine, care nu dețin un asemenea certificat, sunt obligate să se prezinte în termen de 10 zile de la sosirea în Republica Moldova la instituția națională respectivă pentru efectuarea testului la HIV.

Aceste prevederi nu contravin doar normelor internaționale care consacră și garantează dreptul la liberă circulație, ci ridică mari probleme și din perspectiva nediscriminării și securității persoanelor. De altfel, același lucru se poate remarca și în raport cu actele normative care urmează.

Legea cu privire la ieșirea/ intrarea în Republica Moldova

În situația în care obligațiile impuse prin actele normative de mai sus nu se respectă sau rezultatul testului la HIV la care sunt supuși cetățenii străini și apatrizii este pozitiv, se aplică prevederile art. 9 din această lege prin care se reglementează cazurile posibile de refuz a eliberării invitației și a permisului de ședere. Primul dintre aceste cazuri este prevăzut la lit. a) al art. 9 și se referă la situația în care cetățeanul străin sau apatridul prezintă pericol pentru siguranța națională, ordinea, sănătatea și morala publică.

În general, statul are autoritatea juridică și discreția să restricționeze intrarea oricărei persoane în țară atâta timp cât acest lucru nu contravine tratatelor internaționale la care respectivul stat este parte. Practica internațională arată că, de obicei, două argumente sunt invocate în asemenea situații: primul se fundamentează pe rațiuni de sănătate publică crezându-se că, impunând testarea obligatorie și in-

terzicînd persoanelor străine care trăiesc cu HIV să intre în țară, se poate preveni introducerea infecției în țara respectivă; al doilea argument are la bază rațiuni de ordin financiar, crezîndu-se că limitînd intrarea în țară a persoanelor străine care trăiesc cu HIV se vor reduce costurile tratamentului și îngrijirilor pentru HIV/SIDA de care ar avea nevoie vizitatorii pe termen lung și imigranții. Totuși, aceste argumente pot fi combătute foarte ușor.

În primul rînd pentru că HIV nu se poate transmite în mod habitual și, prin urmare, nu există dovezi clare privind eficiența restricțiilor de circulație impuse. Majoritatea statelor nu obligă cetățenii proprii să facă testela HIV la întoarcerea în țară, chiar dacă riscul introducerii infecției în țară în acest caz nu estemai mic decît în cazul cetățenilor străini. În al doilea rînd, într-adevăr, vizitatorii pe termen lung și imigranții pot avea nevoie de servicii de sănătate publică, prin aceasta solicitînd bugetul țării în care se află. Cum rămîne însă cu persoanele străine care vin într-o țară și sunt bolnave de alte boli ce necesită cheltuieli substanțiale din bugetul de stat (de ex., cancerul) și în cazul cărora nu se impun restricții?

Dreptul la libertatea și securitatea persoanei

Acest drept se regăsește în art. 9 al PIDCP și înseamnă că libertatea și securitatea persoanelor nu trebuie limitate în baza statutului HIV-pozitiv al acestora (cum ar fi izolarea în carantină a celor infectați). Testarea obligatorie la HIV de asemenea constituie un atentat la securitatea persoanei. Respectul pentru integritatea fizică a persoanei solicită ca testelela HIV să fie voluntare și efectuate cu consimțămîntul informat al persoanelor.

Testarea obligatorie la HIV este interzisă expres prin dispozițiile art. 15 din Legea HIV/SIDA. Aceste dispoziții se completează cu cele care reglementează consimțămîntul benevol și informat al testelor la HIV și care se conțin, în principal, la art. 13 din aceeași lege, precum și la art. 23 din Legea ocrotirii sănătății.

Testarea obligatorie este prevăzută și impusă în anumite situații și

pentru anumite grupuri de persoane de un șir de acte normative, atât legi, cât și acte normative subordonate legii, prin aceasta creîndu-se situația confuză, însă obișnuită pentru cadrul juridic moldovenesc, de neconcordanță dintre prevederile normative din conținutul diferitor documente ce reglementează același subiect. Prezentăm câteva exemple în acest sens.

Legea cu privire la statutul juridic al cetățenilor străini și apatrizilor în Republica Moldova

Dispozițiile acestei legi, în mod special cele conținute în art. 8 alin. (3) prin care se impune testarea obligatorie la HIV a cetățenilor străini și apatrizilor, sunt în contradicție directă cu regula consimțămîntului benevol și informat al persoanei și, implicit, încalcă dreptul la libertatea și securitatea persoanei.

Legea cu privire la migrație

În conținutul acestei legi, printre obligațiile imigranților, reglementate la art. 23, se regăsește și obligația de a trece examenul medical în scopul depistării HIV/SIDA, precum și altor maladii ce prezintă pericol pentru sănătatea publică. Evidentși această normă se lovește cap în cap atât cu prevederile Legii HIV/SIDA și Legii ocrotirii sănătății, cât și cu prevederile tratatelor internaționale privind drepturile omului la care Republica Moldova este parte.

Regulamentul privind examinarea medicală a tinerilor înainte de căsătorie

În conformitate cu prevederile regulamentului, în decurs de 10 zile de la adresarea tinerilor ce doresc să se căsătorească, instituțiile medicale trebuie să efectueze examinarea necesară pentru a elibera certificatul medical corespunzător. Printre examenele și testele obligatorii, pe care trebuie să le facă tinerii, se numără și „analiza sîngelui la HIV”. Este situația cînd dispozițiile unui act normativ subordonat legii contravine dispozițiilor legii, în acest caz concret Legii HIV/SIDA

și Legii ocrotirii sănătății. Cu toate acestea, actul normativ respectiv continuă să fie în vigoare, iar dispozițiile sale se aplică în practică de către personalul medical în raport cu toate persoanele care doresc să-și întemeieze o familie.

De fapt, dispozițiile enunțate ale regulamentului le completează și le dezvoltă pe cele din Codul familieicare, la art.13 alin. (1), instituie obligația efectuării examenului medical pentru persoanele care doresc să se căsătorească. La alin. (2) al aceluiași articol din Cod, găsim o normă contradictorie și problematică, mai ales din punct de vedere al respectării dreptului de a nu fi supus imixțiunilor arbitrare sau ilegale în viața particulară, prin care se arată că „rezultatele examenului medical obligatoriu efectuat înaintea căsătoriei se comunică numai persoanei examinate”, pe de o parte, iar certificatul care se eliberează în urma examenului „se prezintă organului de stare civilă”, pe de altă parte. Se poate observa că în timp ce legiuitorul este de bună credință și respectă principiul protecției datelor personale în prima parte a normei juridice respective, răstoarnă întreaga idee de confidențialitate în a doua parte a aceleiași norme juridice.

Ordinul Ministerului Apărării cu privire la aprobarea Instrucțiunii „Despre aplicarea Regulamentului cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova”

Prezentul act normativ conține o prevedere curioasă potrivit căreia persoanele, care doresc să se încadreze în serviciul militar prin contract, trebuie să fie supuse testului la HIV. Din perspectiva drepturilor omului, ar fimai multe motive pentru care testarea obligatorie la HIV ar trebui anulată. În principiu, este vorba despre natura foarte sensibilă a informațiilor care țin de viața privată a cuiva. În acest sens, Ghidul Națiunilor Unite în domeniul HIV/SIDA și Drepturilor Omului recomandă ca legislația din domeniul sănătății publice să asigure testarea persoanelor la HIV doar în baza consimțământului informat al acestora. Toate excepțiile de la testarea voluntară trebuie făcute numai în baza unei autorizații (decizii) speciale a unui judecă-

tor care poate fi emisă doar după o apreciere obiectivă a motivelor unei asemenea excepții și a riscurilor pe care aceasta le poate avea în raport cu intimitatea și libertatea persoanelor.

Analizînd cadrul juridic moldovenesc, în special actele normative subordonate legii și practica existentă, se poate constata, din păcate, că recomandările ONU privind testarea informată și voluntară la HIV nu reprezintă un element sine qua non în activitatea cotidiană a diferitor profesioniști, inclusiv a medicilor.

O problemă care nu poate fi trecută cu vederea în contextul testării obligatorii la HIV o reprezintă legătura istorică dintre instituțiile medicale și cele polițienești. Anume cooperarea dintre sistemul de sănătate și forțele de ordine se face vinovată de creșterea ratei testărilor involuntare la HIV, în special în mediul populației vulnerabile (grupurilor de risc – lucrători ai sexului comercial, utilizatori de droguri injectabile). Acțiunile comune întreprinse în acest sens se fac pe fundalul asigurării ordinii publice, prevenirii și înlăturării încălcărilor ce țin de viața sexuală – atribuții ale Ministerului Afacerilor Interne.

Ordinul Ministerului Afacerilor Interne cu privire la organizarea activității secțiilor de ordine publică, secțiilor, sectoarelor și posturilor de poliție ale comisarierilor de poliție nr. 200 din 10.06.2004

Prezentul act normativ a fost emis în scopul organizării eficiente a activității de combatere a criminalității și de menținere a ordinii publice, precum și a implementării unor forme și metode avansate de profilaxie a contravențiilor. Prin acest ordin au fost aprobate Regulamentele-tip ale secțiilor de ordine publică, pe de o parte, și ale secției, sectorului și postului de poliție ale comisarierului de poliție, pe de altă parte. Potrivit prevederilor acestor regulamente, printre funcțiile secției de ordine publică, secțiilor, sectoarelor și posturilor de poliție ale comisarierilor de poliție se numără și „organizarea activității de profilaxie și suprimare a prostituției, pornografiei și altor încălcări ce țin de viața sexuală”. În scopul îndeplinirii acestor funcții, subdiviziunile de poliție menționate au mai multe drepturi, printre care și

„să efectueze în modul stabilit de lege aducerea persoanelor care au consumat alcool, substanțe narcotice sau toxice la instituția medicală pentru a fi examinate, dacă rezultatele examinării sunt necesare pentru confirmarea sau respingerea faptului delictului sau pentru examinarea obiectivă a cazului de infracțiune”.

În condițiile legăturii strânse între medici și polițiști, și testarea involuntară abuzivă, atitudinea respingătoare față de sistemul serviciilor publice din partea celor ce ar putea fi infectați cu HIV și, respectiv, ar avea nevoie de ajutor și consiliere, crește, ei preferând să rămână în anonim.

Prin urmare, scopul pe care și-l propun reprezentanții sistemului de sănătate în comun cu reprezentanții forțelor de ordine publică – de a preveni și monitoriza răspândirea infecției HIV în formula descrierii de actele normative prezentate – este compromis din start.

Ordinul Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Sănătății despre măsurile de intensificare a lucrului cupersoanele care răspîndesc maladii sexual transmisibile (SIDA, sifilisul, gonoreea) nr.183/217 din 23.06.1993

Prin acest act normativ, conducătorii instituțiilor medicale din țară și conducătorii organelor municipale și raionale de poliție sunt obligați:

- „să asigure testarea la HIV și sifilis a persoanelor reținute în camerele de detenție provizorie, instituțiile de primire și repar-tizare, serviciile de dezalcoolizare de pe lângă secțiile de poliție, precum și a persoanelor reținute pentru vagabondaj, purtare amorală și celor eliberate din locurile de privațiune de libertate (pct. 1.1)
- să organizeze și să efectueze lunar razii comune în scopul depis-tării și examinării la bolile sexualtransmisibile (HIV/SIDA, sifilis, gonoree) a persoanelor cu purtare amorală, prostituatelor, re-ținute în timpul raziilor (pct. 1.2)
- să prezinte organelor de drept materialele necesare despre

persoanele bolnave de SIDA, sifilis și gonoree care se eschivează de la tratament, pentru a fi trase la răspundere conform legislației în vigoare (pct. 2.2)

- să ceară medicilor specialiști ca în timpul convorbirilor cu persoanele seropozitive, bolnave de SIDA, sifilis, gonoree, să identifice existența speluncilor, locurilor de întâlnire a persoanelor ce duc un mod de viață amoral și să informeze despre aceste organele locale de poliție (pct. 2.3);
- la semnalul și solicitările instituțiilor medicale, să aducă cu forța la tratament persoanele cu boli sexual transmisibile care se eschivează de la tratamentul benevol (pct. 3.2)
- să prezinte (o dată la 6 luni) instituțiilor medicale lista următoarelor contingente (indicând datele din buletinul de identitate, locul de lucru și de trai): narcomani ce consumă droguri injectabile, homosexuali și prostituate (pct. 3.4)”.

În pofida vechimii, acest ordin nu a fost abrogat și încă se aplică de către organele de ordine publică în activitatea de profilaxie și suprăimare a prostituției, pornografiei și altor încălcări ce țin de viața sexuală.

Criminalizarea transmiterii HIV

Practica aplicării sancțiunilor la adresa persoanelor care îi expun pe alții la infecția HIV este diferită pe plan internațional. Unele state au adoptat sancțiuni administrative, pe când în altele transmiterea HIV este obiect al răspunderii penale. La moment nu există dovezi care ar indica că aplicarea pedepselor penale pentru transmiterea HIV duce la prevenirea acestui fenomen. Dimpotrivă, din perspectiva sănătății publice, aplicarea legii penale în cazurile în care infectarea s-a făcut neintenționat poate împiedica prevenirea răspândirii HIV.

Aplicarea pe larg a legii penale în asemenea cazuri ar putea descuraja oamenii să meargă la testările necesare pentru a li se confirma diagnosticul și, în consecință, să-și informeze partenerii, deoarece negarea statutului HIV-positiv ar putea deveni singura modalitate de

a evita o eventuală urmărire penală. De asemenea, relațiile dintre potențialele persoane infectate și serviciile de sănătate pot fi prejudiciate deoarece, în loc să meargă la medic pentru a beneficia de servicii de îngrijire calitative, oamenii ar prefera să nu facă acest lucru de teamă că informația împărtășită personalului medical ar putea fi transmisă autorităților penale.

În loc de aplicarea legii penale la adresa celor care transmit HIV, ar trebui implementate măsuri care și-au demonstrat utilitatea în ceea ce privește reducerea acesteia. Aceste măsuri includ răspîndirea pe larg a informației privind infecția HIV, oferirea sprijinului și echipamentului necesar grupurilor de risc, înlocuirea testării obligatorii la HIV cu cea voluntară și confidențială, precum și evitarea stigmatizării și discriminării. Un accent deosebit ar trebui să se pună pe programe care ar promova ceea ce se numește prevenire pozitivă. Aceasta presupune eforturi care abilitază PTHIV să evite transmiterea infecției altor persoane, să-și declare în mod voluntar statutul HIV-positiv fără frica de a fi persecutate, precum și să evite noi infecții cu transmitere sexuală.

Republica Moldova face parte din categoria țărilor care prevăd sancțiuni de ordin penal pentru transmiterea HIV, în condițiile în care fapta s-a realizat cu intenție. La art. 212 „Contaminarea cu maladia SIDA” legiuitorul a prevăzut trei situații distincte, după cum urmează: punerea intenționată a altei persoane în pericol de contaminare cu maladia SIDA; contaminarea cu maladia SIDA de către o persoană care știe că suferă de această boală; și contaminarea cu maladia SIDA ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare de către un lucrător medical a obligațiilor sale profesionale. Sancțiunile impuse de lege în aceste situații prevăd privațiune de libertate de pînă la un an, în primul caz; de la 1 la 5 ani sau, după caz, de la 3 la 8 ani, atunci cînd fapta a fost săvîrșită asupra a două sau mai multor persoane sau cu bună știință asupra unui minor, în al doilea caz; și pînă la 5 ani cu interzicerea de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de pînă la 3 ani, în cel de-al treilea caz.

În situația în care negocierea relațiilor sexuale sigure nu este posibilă sau nu este posibilă evitarea acestor relații, așa cum se întâmplă în mediile violente și abuzive, aplicarea legii penale ar putea apărea drept exagerat de primitivă în raport cu cei care sunt impuși să presteze anumite servicii și, de fapt, sunt mai degrabă victime, decât infractori.

Elemente de protecție socială a PTH

Cetățenii Republicii Moldova infectați cu HIV în urma transfuziilor de sânge și intervențiilor medicale sunt asigurați cu pensie, conform legislației în vigoare. Personalul medical, care s-a infectat cu HIV în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu, beneficiază de garanții și compensații, așa cum prevede art. 196 din Codul muncii. În legătură cu prima ipoteză se poate remarca o discriminare în raport cu cetățenii străini și apatrizii care locuiesc pe teritoriul Republicii Moldova și care, în urma transfuziilor de sânge sau intervențiilor medicale, pot fi infectați cu HIV.

Legea privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale prevede, la art. 9 alin. (4), acordarea indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă persoanelor bolnave de SIDA în mărime de 100% din venitul mediu lunar realizat în ultimele 6 luni calendaristice premergătoare lunii producerii îmbolnăvirii. Indemnizația este valabilă numai în prezența unui aviz din partea Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității (CEMV) și se oferă pentru o perioadă de maxim un an pe parcursul ultimilor doi ani.

Un aspect problematic, care nu poate fi trecut cu vederea în contextul respectării dreptului la muncă pentru PTH, îl reprezintă norma discriminatorie de la art. 22 alin. (4) din Legea HIV/SIDA, potrivit căreia: „Lista profesiunilor și specialităților la care pot fi admise persoanele cu statut HIV-pozitiv se aprobă de către Ministerul Sănătății și Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului”, chiar dacă o asemenea listă nu a fost întocmită și, probabil, nu va fi întocmită niciodată.

PROIECT DIDACTIC

TEMA 9.

Drogurile și criminalitatea. Politici de prevenire a consumului ilicit de droguri (90 min)

1. Tezele principale:

- Relația drog-criminalitate;
- Rolul precursorilor în traficul ilicit de droguri;
- Politici de prevenire a consumului ilicit de droguri.

2. Obiective educaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- cunoașterea paradigmelor politice în domeniul drogurilor și modul în care acestea oferă un cadru comun pentru prevenirea și tratamentul infecției HIV și a consumului de droguri injectabile;
- aprecierea rolului Conceptului de reducere a riscurilor și aplicarea acestuia de către colaboratorii de poliție.

3. Scop final /Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să cunoască paradigmele politice în domeniul controlului drogurilor și modul în care acestea oferă un cadru comun pentru prevenirea infectării cu HIV și tratamentul persoanelor infectate și a consumului de droguri injectabile
- să aprecieze rolul Conceptului de reducere a riscurilor și aplicarea acestuia decătre organele de drept

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb));
- Prezentarea Power Point nr. Nr. 9;
- Foi de Flip Chart A1 și markere;
- Fișa tehnică nr. 5: Centrul Reducerea Riscurilor, pentru a reduce oferta, cererea și riscul 2004, <http://idpc.net/publications/2004/01/fact-sheet-supply-demand-harm-reduction>;
- Video despre politica drogurilor;

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri*;
2. Programul Național de Prevenire și Control al Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010;
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV;
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri;
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020);
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor;
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope;
8. „Convențiile ONU privind consumul de drog” și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>.

Lectură despre context:

9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future> IDPC Ghidul Politicii privind consumul de drog - Ediția a2a, Martie 2012 <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>;

10. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law-in-Eastern-Europe-and-Central-Asia_;
11. „Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului”, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010;
12. UNAIDS 2011, „Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011”, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
13. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, „Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012”, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionon-drugs.org/hiv/>;
14. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014.

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 30 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre paradigmele politice în domeniul controlului drogurilor</p> <p>Cadrul didactic va explica motivația și avantajele țărilor care au deja politici de control al drogurilor.</p> <p>Cadrul didactic va descrie sistemul internațional de control a consumului de droguri.</p> <p>Bazându-se pe informațiile furnizate de materialele de instruire, cadrul didactic va evidenția faptul că multe țări au elaborat legislația națională de control a drogurilor cu mult înainte de convențiile ONU.</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Numiți motivația și avantajele țărilor care au deja o politică în domeniul controlului drogurilor. 2. Numiți unele dintre zonele / activitățile abordate de Convenții. <p>(Un student va nota răspunsurile colegilor)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ce înțelegeți prin termenul de reducerea ofertei? 4. Ce înțelegeți prin termenul de reducerea cererii? 5. Ce înțelegeți prin termenul de prevenire a consumului de droguri? 6. Ce înțelegeți prin termenul de reducerea riscurilor? <p>În fiecare caz, studenții sunt rugați să prezinte 2-3 exemple.</p>	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point pentru prezentarea generală a celor trei paradigme politice principale în domeniul controlului drogurilor; evidențierea suprapunerilor</p> <p>Cadrul didactic va prezenta exemple istorice și actuale despre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cele trei convenții ale ONU pentru controlul drogurilor: ■ Convenția Unică privind Stupefiantele, 1961 ■ Convenția asupra substanțelor psihotrope, 1971 ■ Protocolul din 1972 ■ Ratificarea Convenției Unice privind Stupefiantele, 1961 ■ Convenția Organizației Națiunilor Unite împotriva traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, 1988. <p>Cadrul didactic va explica pe scurt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ce înseamnă Convențiile pentru țară; ■ când Republica Moldova a semnat și a ratificat Convențiile și Protocolul; ■ modul în care acestea au fost încorporate în legislație. <p>Vedeți Fișa tehnică nr. 5</p> <p>Cadrul didactic va alege un articol din fiecare Convenție pentru a ilustra un anumit punct</p>

Activități interactive Prima parte – 15 min		
<p>Discutarea definițiilor-cheie:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Reducerea ofertei■ Reducerea cererii■ Reducerea riscurilor <p>■ Prevenirea:</p> <ul style="list-style-type: none">■ primară■ secundară■ terțiară	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 5</p> <p>Cadrul didacticva propunespre dezbatere următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none">1. De ce sunt importante definițiile enumerate?2. Cum acești termeni se referă la convenții? Prezentați un exemplu (un student va nota răspunsurile colegilor).3. De ce credeți că termenul reducerea riscurilor este controversat?4. Cum este susținută de convenții această informație?	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 5</p> <ul style="list-style-type: none">■ Enumerați câteva motive: claritatea, înțelegerea, scopurile etc.■ Prezentați exemple despre modul în care acești termeni sunt reflectați în convenții

<p>Activități interactive A doua parte – 15 min</p> <p>Lucru în grupuri mici</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ S t u d e n ț i i vor forma grupuri și vor revizui o matrice care descrie pe scurt politicile de control a drogurilor din trei țări, deex., Australia, Indonezia, Portugalia, Elveția, Marea Britanie. Li se va cere să identifice diferențele și asemănările; ■ IDPC Politicilecu privire la consumul de droguri și reducerea riscurilor în Europa de Sud-Est 2011, http://idpc.net/publications/2011/01/idpc-paper-harm-reduction-south-east-europe; ■ EMCDDA, Comparații ale politicilor de control a drogurilor în Europa, http://www.emcdda.europa.eu/countries; ■ Politică consumului de droguri și Rezultate în Australia UNODC 2008, Abstract, www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Drug_Policy_Australia; ■ Un student și nota răspunsurile colegilor. 	<p>Vedeți Matricea nr. 5</p> <p>Eșecul politicilor consumului de droguri în țările carele aplică (deex., (Australia, Indonezia, Portugalia, Elveția, Marea Britanie)</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateră următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt asemănările și deosebirile în politicile consumului de droguri din diferite țări? 2. Care sunt supraunerile dintreofertă, cerere și reducerea riscurilor? 	<p>Repartizați Matricea nr. 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cereți studenților să identifice asemănări, diferențe și suprapuneri în politicile de control a drogurilor din diferite țări
--	--	--

Activități interactive A treia parte – 20 min		
<p>Reluați formatul de clasă</p> <p>Video despre politica consumului de droguri în diferite țări.</p> <p>Întrebări și discuții generale.</p> <p>Discuțiiu privire la reducerea riscurilor în activitățile poliției.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Întrebări? Preocupări?2. De ceeste controversată reducerea riscurilor?3. Cum poate fi implicată poliția în reducerea riscurilor?	<p>Prezentați un video despre politica consumului de droguri</p> <ul style="list-style-type: none">■ Discutați videoul■ Monitorizați orice întrebare carear putea să se refere la modulele următoare

Conținutul prelegerii

Relația drog-criminalitate

Flagelul drogurilor reprezintă fenomenul cel mai complex, profund și tragic al lumii contemporane, în condițiile în care anual miliarde de dolari și sute de mii de oameni sunt angrenați în acest mariaj al morții numit „*traficul și consumul ilicit de droguri*”. Amploarea acestui fenomen este deosebit de îngrijorătoare ca urmare a faptului că nu există o statistică clară și precisă a producției, traficului, consumului și numărului celor decedați din cauza drogurilor.

Un exemplu elocvent, din acest punct de vedere, îl constituie escaladarea problematicii în R. Moldova începând cu anul 1990, când traficul ilicit și abuzul de droguri au subclasat toate pronosticurile specialiștilor, astfel că dintr-o țară de „*tranzit*” R.Moldova a devenit una „*consumatoare de droguri*”. Alarma socială generată de răspândirea, fără precedent, a drogurilor arată că strategiile de luptă adoptate împotriva acestui fenomene către comunitatea mondială și guvernul republicii s-au dovedit a fi ineficiente.

În prezent, traficul ilicit de droguri este o activitate criminală cu caracter supranațional, care acționează în conformitate cu legile economiei de piață, avînd drept scop imediat alimentarea centrelor de consum și, ca finalitate, obținerea unor beneficii enorme, ceea ce presupune, în mod justificat, interesul statului de a-și orienta cît mai eficient propria politică în lupta antidrog pentru apărarea sănătății propriilor cetățeni și salvarea valorilor sociomorale.

Unele aspecte comune ale infracțiunilor de trafic ilicit de droguri prevăzute de legislația națională

Cu toate că fiecare infracțiune de trafic de droguri prevăzută în lege își are individualitatea sa, ele au și unele aspecte comune privind:

1. Obiectul juridic;
2. Obiectul material al infracțiunilor de trafic ilicit de droguri;

3. Premiza;
4. Pedeapsa;
5. Locul săvârșirii unor infracțiuni din cele prevăzute în Legea nr.143/2000;
6. Subiectul activ al infracțiunii de trafic ilicit de droguri (infractorul).

Rolul precursorilor în traficul ilicit de droguri

Rolul precursorilor în traficul ilicit de droguri este imens, deoarece cu ajutorul lor pot fi fabricate în laboratoare clandestine anumite droguri sintetice sau transformate unele droguri în altelea.

Drogurile și precursorii. Aspect de drept comparat

Drogurile sunt o problemă gravă a societății pentru soluționarea căreia trebuie să depunem eforturi considerabile. Organismele internaționale de control a fenomenului drogurilor apreciază că producția și traficul ilicit de droguri reprezintă una dintre formele cele mai active de manifestare a criminalității organizate³⁸.

Prin posesie de droguri se are în vedere deținerea ilegală a unui drog precum și achiziționarea unui drog declarat ca ilegal. În UE există o tendință de a se face diferență între infracțiunile săvârșite de persoane în vederea consumului propriu, ca necesitate patologică sau nevoie pseudorecreativă, și cele asociate aprovizionării cu droguri. Pentru posesia de droguri persoana este supusă unor măsuri medicale sau sociale. În 11 state membre ale UE, în acuzarea pentru posesie de droguri în cantități mici se ține cont dacă substanța este pentru consum personal sau nu. În prezent, simplul consum de droguri este considerat infracțiune în 7 țări ale UE (Cipru, Franța, Finlanda, Grecia, Luxemburg, Suedia, Norvegia)³⁹, iar în alte țări (Estonia, Spania,

³⁸ Agenția Națională Antidrog, Raportul de Evaluare al planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2008.

³⁹ În cazul unor circumstanțe agravante sau al repetării infracțiunii consumului de droguri implică pedeapsa cu închisoarea în aceste țări. În Luxemburg, unde legislația din 2001 a introdus sancțiuni administrative pentru consumul de cannabis, persoanele care, în mod ilicit consumă acest drog în prezența unui minor sau în școli ori la locul de muncă, li se aplică pedeapsa cu închisoarea între 8 zile și 6 luni și o amendă, ori numai una dintre ele. Teoretic, atât în Marea Britanie, cât și în Irlanda, legea pedepsește consumul de opium, dar practice, această lege nu se mai aplică deoarece, a căzut în desuetitudine.

Letonia și Portugalia) simplul consum este considerat infracțiune administrativă.

Cantitatea posedată. Un al doilea factor de care țin seama statele membre este cantitatea de droguri posedată. Logic, cantitățile mici sunt mai degrabă un indicator al consumului personal decât al vânzării sau traficului. În cadrul diferitor sisteme legislative nu este întotdeauna clar unde este hotarul între cantitatea posedată în scop de revînzare și cea pentru consum propriu. Prin urmare, fiecare instanță decide în viziune proprie circumstanțe aplicabile fiecărui caz în parte. În astfel de situații se ține cont de starea psihică a individului.

Natura drogurilor. În UE, cannabisul, marijuana, hașișul și derivatele lor sunt considerate substanțe mai periculoase decât heroina și cocaina.

Recidiva este tratată ca o circumstanță agravantă în cazul posesiei, deși dependent de droguri poate să comită această infracțiune mai mult de o dată în timpul vieții sale. De exemplu, în Olanda procurarea și consumarea drogurilor ușoare este permisă doar în locuri special amenajate, iar posesia și folosirea în scop personal de marijuana nu se pedepsește cu închisoarea. În art. 3 din Legea din 12 mai 1928 privind opiul și substanțele narcotice se precizează faptele ce constituie „ilegalități”: aducerea de droguri în Olanda sau în afara teritoriului ei; creșterea, prepararea, tratarea, vânzarea, furnizarea sau transportul; deținerea sau producerea unui drog din lista a doua din acest act normativ.

La moment, în țările UE nu există o uniformizare a legislației privind drogurile. Posesia, folosirea, producerea, fabricarea, importul, exportul de droguri atrage încă sancțiuni distincte după cum cel care realizează o asemenea activitate se supune unui sau altui sistem legislativ.

Politici privind armonizarea legislativă

Pe lângă demersurile recente, care constau în realizarea unei mai mari compatibilități între legislațiile în materie de drog, Consiliul Uniunii Europene studiat oportunitatea armonizării acestor dispozi-

ții în toate statele membre.

Cel mai uzual act privind drogurile este distribuirea, producția sau vânzarea pentru uz nemedical. Legislația acestor activități, a folosirii și posesiei poate fi reglementată prin normele statului, prin care ai dreptul să folosești alcoolul și tutunul. Pot să existe anumite reglementări și controale administrative care eventual să sancționeze tinerii; sau condusul sub influența drogurilor. Pe de altă parte, Regulamentul (CEE) nr. 3677/90 al Consiliului Uniunii Europene, din 13 decembrie 1990, referitor la măsurile ce vor fi luate pentru împiedicarea deturnării anumitor substanțe pentru fabricarea ilicită a stupefiantelor sau substanțelor psihotrope vizează precursorii enumerați în tabelele din anexă⁴⁰. *Regulamentul folosește expresia de substanțe clasificate*⁴¹.

Consumul de drog pentru sine este un concept juridic referitor la simplul uz al unor substanțe ilicite, separându-l de acte ilicite precum posesia, transportul sau furnizarea. Astfel, simplul act al fumatului, injectării, inhalării, înghițirii unui drog este un act ilegal, distinct de crima de a-l poseda. Oricum legislația unor țări face distincție, încadrând uzul separat de posesie.

Răspunderea juridică la nivel național în UE și în SUA

Întreaga lume, îndeosebi Europa, a fost marcată în ultimii ani de schimbări politice fundamentale care s-au resimțit, în mod special, în politica de securitate. Pentru statele europene, problemele majore ale securității interne se structurează în jurul evoluției alarmante a criminalității organizate, a extremismului politic și a terorismului, cu amenințările și implicațiile negative ce derivă din acestea.

Tendențe în ceea ce privește posesia ilicită de droguri în UE

În UE se face diferențiere între infracțiunile săvârșite de persoane

⁴⁰ Stelian Ion, op. cit., p. 174.

⁴¹ Substanțe clasificate= orice substanță care figurează în anexă, inclusive amestecurile și produsele naturale conținând aceste substanțe. Aceasta exclude medicamentele, preparatele farmaceutice, amestecurile, produsele sau alte preparate conținând substanțe clasificate care sunt compuse astfel încât aceste substanțe nu pot fi ușor utilizate și nici extrase prin mijloace simplu de aplicat.

în vederea consumului personal și cele asociate aprovizionării cu droguri. Art. 17⁴² al Acordului de Asociere dintre Uniunea Europeană și Comunitatea Europeană a Energiei Atomice și statele membre, pe de o parte, și Republica Moldova, pe de altă parte, stipulează clar necesitatea atitudinii echilibrate față de problema drogurilor, precum și abordarea acesteia prin prisma soluționării problemelor de sănătate publică.

Politici de prevenire a consumului ilicit de droguri

Conceptul de prevenire și modalitățile derealizare

Prevenirea consumului de droguri este parte integrantă a politicilor promovate pentru combaterea acestui flagel și a traficului de droguri⁴³. Termenul prevenire include orice activitate care vizează modificarea, reducerea sau întârzierea inițierii consumului de droguri, alcool și tutun într-o anumită perioadă de timp⁴⁴. Profesioniștii din domeniul sănătății definesc prevenția ca fiind orice activitate de reducere a cererii menită să modifice comportamentul și astfel să reducă dorința de a fuma, de a bea alcool sau de a consuma droguri.

În Raportul Observatorului European pentru Droguri și Toxic-

⁴² Articolul 17 Combaterea drogurilor ilegale

1. Părțile vor coopera, în limita împuternicirilor și competențelor lor respective, pentru a asigura o abordare echilibrată și integrată față de chestiunile legate de droguri. Politicile și acțiunile legate de droguri se vor axa pe consolidarea structurilor pentru combaterea drogurilor ilegale, reducerea livrării, traficului și cererii de droguri ilegale, depășirea consecințelor asupra sănătății și celor sociale ale abuzului de droguri, precum și pe prevenirea mai efectivă a deturării precursorilor chimici pentru fabricarea ilicită a stupefiantelor și substanțelor psihotrope.

2 Părțile vor conveni asupra metodelor de cooperare necesare pentru a realiza aceste obiective. Acțiunile se vor baza pe principii stabilite de comun acord în conformitate cu convențiile internaționale relevante, Strategia UE cu privire la droguri (2013-20), Declarația Politică și Declarația Specială cu privire la principiile călăuzitoare de reducere a cererii de droguri, aprobată la cea de-a douăzecea sesiune a Adunării Generale

a Organizației Națiunilor Unite cu privire la droguri din iunie 1998.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Vezi în acest sens și [www.aspihor.ro/Consum de droguri.htm](http://www.aspihor.ro/Consum%20de%20droguri.htm).

manie din 2008 sunt diferențiate prevenirea universală, selectivă și indicată.

Prevenirea universală

În prezent în Europa, obiectivele prevenirii universale a consumului de droguri în școli s-au modificat. În 2007 dezvoltarea aptitudinilor de integrare socială a fost cel mai frecvent axată obiectiv la activități de prevenire, iar în 2004 jumătate dintre țări au raportat sensibilizarea și informarea ca principal obiectiv al acestora. Crearea unui mediu protector în școli, o formă de intervenție structurală, a fost, de asemenea, mai des menționată ca obiectiv principal în 2007 decât în 2004. Schimbările raportate ale obiectivelor reflectă adoptarea unei abordări mai raționale, bazată pe dovezi. Rămâne neclar dacă această schimbare a obiectivelor reflectă o aplicare eficientă.

Prevenirea selectivă

Prevenirea selectivă este ghidată de indicatori sociali și demografici, precum ratele șomajului, delincvenței și absenteismului. Aceasta intervine asupra unor grupuri specifice, asupra familiilor sau asupra unor comunități în care persoanele, ca urmare a legăturilor sociale și a resurselor reduse, pot fi mai expuse riscului consumului de droguri sau al instaurării dependenței.

Prevenirea indicată/țintită

Prevenirea indicată urmărește să identifice persoanele cu probleme comportamentale sau psihologice care pot avea un rol predictiv în apariția consumului problematic de substanțe și să le vizeze în mod individual cu intervenții speciale. Printre aceste persoane se pot număra cei care au abandonat școala și cei cu tulburări psihice, comportament antisocial sau semne timpurii de consum de droguri.

La noi în țară, specialiștii operează cu trei niveluri ale prevenirii⁴⁵: primară, secundară și terțiară.

⁴⁵ Pavel Abraham, ș.a – Drogurile, aspecte juridice, op.cit.,p. 40. Vezi în acest sens și www.aspbihor.ro/Consumde droguri.htm.

1. Prevenirea primară vizează realizarea unuia din următoarele obiective sau asocieri ale lor:

- diminuarea accesibilității la substanțele psihoactive. Este un fapt dovedit astăzi că scăderea consumului este direct proporțională cu reducerea locurilor de vânzare și invers proporțională cu prețul;
- diminuarea motivației inițierii consumului de droguri de către tineri (grupele de vîrstă de risc maxim sunt 10-20 de ani) prin mesaje adecvate și vectori eficienți, credibili;
- propagarea unor informații cît mai relevante cu privire la consecințele devastatoare ale adicției;
- promovarea alternativelor sănătoase nondrog⁴⁶.

2. Prevenirea secundară se regăsește în conceptul de „*harm reduction*” - „*reducerea utilizării nocive*” sau „*gradului de nocivitate*” a uzului de droguri ilegale, vizînd ameliorarea integrării sociale a utilizatorilor, „*normalizarea*” existenței lor în condițiile în care abținerea rămîne mai mult sau mai puțin un deziderat sau chiar unul din modulele de a evita problemele reale ale acestui flagel social.

Pentru a clarifica eventualele dubii asupra conceptului de „*harm reduction*”, este oportun să amintim definiția acestui concept dată de Buning și Brussel (1995)⁴⁷: „*dacă o persoană care folosește droguri nu este capabilă să renunțe la ele, ea trebuie asistată pentru a o determina să reducă nocivitatea consumului asupra sa sau a altora.*”

3. Prevenirea terțiară implică prevenirea recăderilor în cadrul unei boli sau limitarea efectelor nocive ale consumului de droguri într-o fază precoce a acestuia. Această formă de prevenire este strîns legată de intervențiile terapeutice.

Tipuri de prevenire

Prevenirea în școală. Potrivit clasificării lui Kumpfer⁴⁸, metodele

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Buning și Brussel, „Autoritatea de Sănătate Publică Bihor”, *consum de droguri.htm*.

⁴⁸ Kumpfer, „Prevenirea consumului de alcool și droguri”, 1989, p. 308-371, citat de Pavel Abraham ș.a. – *Drogurile, aspecte juridice...*, op.cit., p. 45-46

de prevenire a consumului de droguri în școlise referă la:

- ridicarea nivelului de cunoștințe despre droguri;
- afectivitate și comunicare interpersonală;
- oferirea unei alternative la droguri;
- aspecte comportamentale cum ar fi rezistența față de presiunea socială.

Conform unei alte clasificări⁴⁹, programele școlare pot include următoarele metode de prevenire a consumului de droguri:

- informații tehnice despre droguri și efectele lor;
- instruire în tehnici de luare a deciziei;
- clasificarea sistemului valoric;
- dezvoltarea respectului de sine;
- instruire în stabilirea și atingerea scopurilor;
- ghidarea normelor individuale și de grup;
- acordarea de ajutor;
- găsirea și încurajarea activităților alternative.

Obiectivele specifice pentru prevenirea consumului de droguri în școală, stabilite de Strategia Națională Antidrog, se referă la dezvoltarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflate într-o formă de învățământ prin intermediul programelor școlare și de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri.

În același timp, creșterea influenței factorilor de protecție la vârste mici pentru evitarea sau cel puțin întârzierea consumului de alcool, tutun și droguri, dar și sensibilizarea și educarea populației școlare în scopul evitării consumului experimental/recreațional de droguri și trecerii de la un consum regulat, reprezintă alte obiective propuse de agenție pentru protejarea tinerei generații.

Prevenirea în familie. Strategia stabilește drept obiective specifice: sensibilizarea, conștientizarea și motivarea părinților în vederea implicării active, obiective și corelarea acestora cu celelalte arii de

⁴⁹ Gerstein, D.R., Gree, L.W., „Preventing drug abuse, what do you we know?”, 1993

intervenție preventivă; dezvoltarea unor programe de formare a părinților în vederea creșterii influenței factorilor de protecție și scăderii celor de risc în consumul de droguri⁵⁰. În același timp, se pune accent pe oferirea de programe de prevenire care să permită părinților să devină activi în prevenirea consumului de droguri în cadrul familiei.

Prevenirea comunitară. Pentru realizarea acestui mod de prevenire, Strategia a stabilit obiective specifice și precise, cum ar fi⁵¹:

- inițierea și derularea de către autoritățile administrației publice locale a unor proiecte în parteneriat public privat de interes local pentru protecția antidrog a comunităților proprii cu sprijinul centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog;
- stimularea și sprijinirea de către autoritățile administrației publice locale, inclusiv financiar, a inițiativelor organizațiilor neguvernamentale ce desfășoară activități de prevenire a consumului de droguri în comunitățile locale⁵²
- elaborarea și derularea programelor finanțate de la bugetul de stat pentru prevenirea consumului de droguri în arii regionale de interes, diferențiate în raport de numărul consumatorilor, preferințele de consum, statutul ocupațional, caracteristicile grupurilor de risc, particularitățile dezvoltării economice, turistice, de infrastructură și mediu;
- inițierea și dezvoltarea unor proiecte și programe adecvate în folosul comunităților locale pentru consolidarea educației civice culturale și spirituale, cultivarea abstenenței la consumul de droguri, inclusiv alcool și tutun, încurajarea formării unui climat social care să împiedice stigmatizarea și marginalizarea persoanelor afectate de consumul de droguri⁵³;
- crearea oportunităților și stimularea participării mass-media la

⁵⁰ Ion Stelian, op.cit., p. 180.

⁵¹ A se vedea pe larg Strategia Națională Antidrog 2005-2012 referitoare la prevenirea comunitară a consumului de droguri.

⁵² Ion Stelian, op.cit., p. 180.

⁵³ Ibidem.

susținerea prin mijloace specifice a programelor, proiectelor și campaniilor antidrog;

- dezvoltarea unui sistem de evaluare și monitorizare, integrat și individualizat, al copiilor și tinerilor aflați în situații de risc;
- extinderea programelor de educație pentru promovarea unui stil de viață sănătos și pentru prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor aflate în penitenciare⁵⁴;
- crearea și dezvoltarea unui sistem național integrat de servicii specializate de prevenire a consumului de droguri, precum și a unui sistem național de formare profesională în domeniu.

Argumente ce impun activitatea de prevenire

După cum afirma profesorul universitar P. Abraham în „Capcana drogurilor”⁵⁵ „la baza activității de prevenire stau, în primul rând, principiile etice, dar și considerente de ordin practic deoarece munca de prevenire ne privește pe toți, iar ineficiența ei se răsfrânge asupra societății în ansamblu”. Cu alte cuvinte, „prevenirea în acest domeniu vizează întreaga populație a țării, diferențiat. Mai puțin afectați sunt subiecții care nu consumă droguri, urmează cei care consumă ocazional, apoi cei care au statut de dependenți” .

Autorul precizează drept motive, care impun activitatea de prevenire, următoarele:

- Creșterea morbidității (numărul de îmbolnăviri timp de un an în populație în ansamblu) și a mortalității (numărul deceselor timp de un an în populație în ansamblu), determinată de instalarea bolilor cardiovasculare, cancerului pulmonar, cirozei hepatice, HIV/SIDA, ca urmare a consumului de droguri⁵⁷;
- Creșterea sentimentului de insecuritate al cetățeanului ca urmare a numărului de infracțiuni produse din cauza consumu-

⁵⁴ Ion Stelian, *op.cit.*, p. 180.

⁵⁵ Pavel Abraham, *Capcana drogurilor...*, *op.cit.*, p. 71.

⁵⁶ Ion Stelian, *op.cit.*, p. 183.

⁵⁷ Pavel Abraham, *Capcana drogurilor...*, *op.cit.*, p. 72-73.

lui de droguri (omuciderea, tâlhăria, vătămări corporale grave, furtulcomise pentru a face rost de bani pentru doza zilnică de drog). Creșterea consumului de droguri;

- Crearea oportunităților și stimularea participării mass-media la susținerea prin mijloace specifice a programelor, proiectelor și campaniilor antidrog;
- Dezvoltarea unui sistem de evaluare și monitorizare, integrat și individualizat, al copiilor și tinerilor aflați în situații de risc;
- Extinderea programelor de educație pentru promovarea unui stil de viață sănătos și pentru prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor din penitenciare⁵⁸;
- Crearea și dezvoltarea unui sistem național integrat de servicii specializate de prevenire a consumului de droguri, precum și a unui sistem național de formare profesională în domeniu⁵⁹;
- Creșterea cheltuielilor în sistemul custodial. Deși costurile materiale pe care societatea trebuie să le acopere pentru cei internați în spitale, în instituții medicale, socialeori în penitenciare sunt foarte mari, acestea sunt incomensurabile cu destinile distruse a cel puțin 4-5 persoane din familia unui consumator de droguri sau din perimetrul vecinătății sale ori al prietenilor.

⁵⁸ Ion Stelian, *op.cit.*, p. 183.

⁵⁹ *Ibidem.*

PROIECT DIDACTIC

TEMA 10.

Rolul serviciilor de poliție în prevenirea, tratamentul și îngrijirea HIV/SIDA. Istoric și argumentare (90 min)

1. Tezele principale:

- Rolul serviciilor de poliție în combaterea consumului de droguri și contracararea epidemiei HIV;
- Serviciile de poliție: comportament și percepții vizavi de populațiile-cheie afectate de HIV.

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind :

- istoricul implicării serviciilor de poliție în sprijinirea politicilor și practicilor de sănătate publică;
- rolul serviciilor de poliție în prevenirea și controlul consumului de droguri injectabile;
- identificarea serviciilor de poliție vizate să sprijine tratamentul și îngrijirea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și afecțiuni conexe;
- aprecierea modului în care serviciile de poliție sprijină persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA și afecțiuni conexe.

3. Scopul final:

Studenții urmează:

- să identifice rolul istoric al serviciilor de poliție în sprijinirea politicilor și practicilor de sănătate publică;
- să elucideze rolul serviciilor de poliție în prevenirea și controlul

consumului de droguri injectabile;

- să estimeze rolul serviciilor de poliție în tratamentul și îngrijirea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și afecțiuni conexe.

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb));
- Prezentarea Power Point nr.10;
- Foi de Flip Chart A1 și markere;
- Fișa tehnică nr.5: Centrul Reducerea Riscurilor, pentru a reduce oferta, cererea și riscul 2004, <http://idpc.net/publications/2004/01/fact-sheet-supply-demand-harm-reduction>;
- Video despre sprijinul oferit de poliție în prevenirea, îngrijirea și tratamentul HIV, hepatitelor virale.

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratatamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri;
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010;
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV;
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri;
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020);
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor;
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope;
8. „Convențiile ONU privind consumul de drog” și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>.

Lectura despre context

9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future> IDPC Ghidul Politicii privind consumul de drog – Ediția a2a, Martie 2012 <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>;

10. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law-in-Eastern-Europe-and-Central-Asia_;
11. „Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului”, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010;
12. UNAIDS 2011, „Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011”, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf ;
13. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, „Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012”, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionon-drugs.org/hiv/>;
14. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 30 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Discuții despre istoricul serviciilor de poliție cu privire la susținerea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sănătății publice ■ politicilor și practicilor de prevenire, tratament și îngrijiri HIV/SIDA, hepatite virale, consum de droguri injectabile ■ persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și familiile lor (exemple din diferite țări) <p>(Un student va nota răspunsurile colegilor)</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Care sunt principalele modalități cu ajutorul cărora serviciile de poliție pot sprijini: <ul style="list-style-type: none"> ■ s ă n ă t a t e a publică ■ p r e v e n i e r e a / c o n t r o l u l c o n s u m u l u i d e d r o g u r i ■ p r e v e n i e r e a i n f e c t ă r i i c u H I V ș i c u h e p a t i t e v i r a l e ■ p e r s o a n e l e c a r e t r ă i e s c c u H I V / S I D A ș i a f e c t i u n i c o n e x e ș i f a m i l i i l e l o r – Cît de importante sunt aceste acțiuni pentru comunitatea voastră? De ce? 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea PowerPoint pentru a descrie rolul serviciilor de poliție în:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ susținerea sănătății publice (cu exemple din istorie) ■ prevenirea/controlul CDI ■ prevenirea infectării cu HIV și cu hepatite virale ■ susținerea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și afecțiuni conexe, asigurarea accesului lor la tratament și îngrijiri <p>(vedeți Fișa tehnică nr. 10)</p>
<p>Activitatea 1 30 min</p> <p>Vizionarea filmului despre sprijinul oferit de serviciile de poliție sănătății publice referitor la prevenirea, îngrijirea și tratamentul HIV/SIDA, hepatitelor virale, TB etc.</p> <p>Discutați motivele pentru care abordările din film ar putea fi aplicate în comunitate/țară în corespundere cu legislația și atitudinile locale.</p> <p>Pregătiți teren pentru următoarele două module care vor aborda creșterea rolului serviciilor de poliție în sprijinirea sănătății publice</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cum ar funcționa aceste abordări în comunitatea voastră? 2. Dacă nu, de ce? 3. Cum ar putea fi modificate abordările (sau comunitatea și serviciile de poliție) pentru a crește probabilitatea funcționării lor? 	<p>Cadrul didactic va prezenta un film despre sprijinul oferit de serviciile de poliție sănătății publice referitor la prevenirea, îngrijirea și tratamentul HIV/SIDA, hepatitelor virale, TB etc. Apoi se discută motivele pentru care abordările din film ar putea fi aplicate în comunitate/țară ținând cont de legislația locală și atitudini.</p> <p>Pregătiți terenul pentru următoarele două module care vor aborda creșterea rolului poliției în menținerea sănătății publice.</p>

<p>Activitatea 2 20 min</p>		
<p>Lucrul în grupuri mici Studenții vor elabora modalități de implicare a serviciilor de poliție în sprijinirea sănătății publice în propriile lor comunități și în comunitățile care se ocupă cu prevenirea transmiterii:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ HIV și hepatitei C printre și de la lucrătorii sexului comercial ■ HIV și hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri injectabile ■ HIV și hepatitelor virale în rândul migranților 	<p>Vedeți Fișa tehnică nr. 10</p> <p>1. Cum s-ar putea implica serviciile de poliție, într-un mod pozitiv și constructiv, în prevenirea transmiterii:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ HIV și hepatitei C printre și de la lucrătorii sexului comercial ■ HIV și hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri injectabile ■ HIV și hepatitelor virale în rândul migranților 	<p>Repartizați Fișa tehnică nr.10</p> <ul style="list-style-type: none"> – Propuneți câteva sugestii pentru fiecare din cele 3 sarcini. – Cum ați putea obține implicarea serviciilor de poliție în prevenirea transmiterii: <ul style="list-style-type: none"> ■ HIV și hepatitei C printre și de la lucrătorii sexului comercial ■ HIV și hepatitei C în rândul consumatorilor de droguri injectabile ■ HIV și hepatitei C în rândul migranților
<p>Discuții generale 10 min</p>		
<p>Reluați formatul declasă</p> <p>Raport de la grupuri. Întrebări și discuții generale.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Care sunt cele mai bune intervenții pentru fiecare dintre grupuri? De ce? 2. Sunt cost-eficiente aceste intervenții? Sursa de finanțare? 3. Unde este pacul cu bani? Întrebări? Preocupări? 	<p>Rețineți: vor fi întrebări din modulele anterioare care pot fi abordate în acest modul și în următoarele două.</p> <p>Monitorizați întrebările care ar putea să se refere la modulele următoare.</p>

Conținutul p relegerii

Serviciile de poliție și epidemia HIV

Modalitățile în care organele de poliție răspund la o epidemie HIV depind de natura epidemiei (ASCI, 2007). În cazul unei epidemii concentrate preponderent printre consumatorii de droguri injectabile (UDI), lucrătorii sexului comercial (LSC) și bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați (BSB), problemele principale cu care se confruntă colaboratorii de poliție pot fi:

- Susținerea intervențiilor bazate pe metode de reducere a riscurilor (pot fi controversate);
- Tensiunea dintre organele de poliție și cele de sănătate publică: între legile care incriminează anumite comportamente ale populațiilor-cheie afectate și strategia de sănătate publică de reducere a riscurilor;
- Obstacolele impuse de politicile naționale sau locale care interzic schimbul de ace și seringi, terapia de substituție cu opioide sau localurile sigure pentru consumul de droguri;
- Implicarea colaboratorilor de poliție în activități de traficare a LSC sau de droguri.

În cazul unei epidemii HIV generalizate, organele de poliție se ocupă de multe probleme sociale legate de stimulatorii epidemiei și consecințele infecției (ASCI, 2007; UNAIDS, 2006). Printre stimulatorii epidemiei HIV se numără:

- persoanele care trăiesc în sărăcie, îndeosebi boschetarii;
- copiii străzii;
- persoanele bolnave mintal și victimele diferitor traume, inclusiv ale violului și războiului;
- persoanele strămutate, inclusiv refugiații pe motive de război și calamități naturale;
- victimele violențelor sexuale și pe motiv de gen, un stimulator major al epidemiei HIV.

Organele de poliție trebuie să contribuie și la asigurarea respectării legalității și echității în probleme ce țin de moștenire, de exemplu, femeile nu pot fi deposedate de proprietate în cazul în care soțul a decedat de SIDA. În epidemii generalizate, organele de poliție sunt preocupate de aceleași probleme ca și în epidemii concentrate.

Informațiile despre organele de poliție și HIV/SIDA nu sunt accesibile, iar datele de care dispun adesea nu sunt puse la dispoziția cercetătorilor (ASCI, 2007; Pearce, 2007). Majoritatea cercetărilor efectelor directe ale HIV/SIDA asupra angajaților organelor ordinii de drept au fost efectuate în raport cu forțele armate. Există foarte puține date despre prevalența HIV/SIDA printre colaboratorii de poliție, în principal din lipsa unor testări sistematice și înregistrare a datelor HIV/SIDA de către serviciile de poliție. Este dificil de a găsi date despre absența pe motiv de boală și de concediu din cauza metodelor de evidență irelevante sau incorecte (LEAHN, 2012a; Pearce, 2007). Acolo unde există date, acestea sunt greu de accesat din cauza reacției negative la HIV/SIDA în cadrul și în afara organelor de poliție (Pearce, 2007; LEAHN, 2012). Cercetările relației dintre HIV/SIDA și organele de poliție au scos în evidență următoarele probleme (LEAHN, 2012; Pearce, 2007; Crofts et al, 2012):

- Colaboratorii de poliție sunt la fel de vulnerabili la HIV/SIDA și hepatitele virale ca și populația civilă, existând un anumit risc de infectare ocupațională prin expunerea la contactul cu sângele și cu alte lichide corporale;
- Polițiștii, care lucrează în instituțiile de detenție, sunt expuși riscului de contractare a infecțiilor transmisibile pe calea aerului, de exemplu a TB;
- Modelele de vulnerabilitate sunt dependente de un număr de variabile, inclusiv de poziție, modurile de aplicare, cultură și vîrstă;
- Necesită o abordare specială poliția civilă implicată în operațiunile de menținere a păcii;
- Stigmatizarea asociată cu HIV/SIDA a sporit lipsa de deschidere

în raport cu acest aspect, fiind, aparent, cel mai mare obstacol pentru guverne și forțele polițienești în a recunoaște și aborda problema HIV/SIDA și efectele acesteia.

În epidemii HIV generalizate, organele de poliție se confruntă cu dificultăți similare celor din alte instituții atunci când gestionează resursele umane și financiare. Aceste dificultăți includ (ASCI, 2007; Pearce, 2007):

- Absenteismul pe motiv de boală și deces al membrilor familiei și colegilor;
- Reducerea numărului de angajați pe motiv de deces cauzat de HIV/SIDA, care se soldează cu insuficiența de angajați cu experiență, activitatea peste program și lipsa de personal;
- Abordarea de către polițiștii de sex feminin a aspectelor specifice de gen în cazul unei epidemii, cum ar fi necesitățile supraviețuitorilor violului și grija mai mare față de familie;
- Eficiența mai scăzută și moralul afectat din cauza reducerii numărului de angajați;
- Mărirea bugetelor pentru recrutare, instruire, servicii medicale și sprijin pentru dependenții de droguri;
- Reducerea încrederii comunității în organele de poliție.

La nivel individual, HIV/SIDA afectează colaboratorii de poliție în același mod ca și cealaltă populație (ASCI, 2007). Există însă și unele deosebiri: colaboratorii de poliție au datoria de a asigura protecție și îngrijiri, fapt ce-i expune adesea contactului direct cu lichide corporale, ceea ce constituie un risc de infectare cu HIV. Mai mult de atât, colaboratorii de poliție se află și într-o relație complicată cu programele de prevenire a infecției HIV (unele legi și politici referitoare la drogurile ilicite, răspândirea infecției HIV și a hepatitelor virale), iar această tensiune dintre autoritățile de ordine și cele de sănătate publică ar putea fi stresantă. Acești factori de stres ar trebui abordați prin politici relevante, instruire și sisteme de suport precum și atenție la nevoile de sănătate mentală, cum ar fi trauma și PTSD (ASCI, 2007).

Colaboratorii de poliție sunt expuși riscului de infectare cu HIV

și hepatite virale în cazul în care practică sex neprotejat, injectează droguri sau fac transfuzii de sânge sau transplant de organe infectate. Accesul la testarea și consilierea confidențială voluntară (CTCV) garantează că colaboratorii de poliție își cunosc statutul și în caz de necesitate pot începe tratamentul ART. Cea mai bună metodă de prevenire a transmiterii HIV pe cale sexuală este informația corectă, sensibilizarea, accesul la prezervative și la lubrifiante, instruirea privind folosirea prezervativelor.

La locul de muncă, riscul infectării cu HIV și hepatite virale este relativ scăzut, existând un anumit risc în urma înțepăturii cu ace contaminate sau expunerii la contactul direct cu lichide corporale contaminate (ASCI, 2007; OIM, 2001 și XXXX; LEAHN, 2012a,b). Riscul depinde de tipul de activitate realizat și locație.

Riscurile profesionale pot fi reduse semnificativ prin măsuri și proceduri simple, la costuri mici cum ar fi măsurile universale de protecție (OMS, 2010). În situațiile potențiale de infectare prin înțepăturile cu ace sau contaminarea cu lichide corporale infectate (pătrunderea sîngelui contaminat în rană sau în ochi prin împrôscare) o atenție deosebită se va acorda profilaxiei postexpunere. Deși riscul profesional este redus, problemele de expunere profesională la HIV pot constitui un obiect de investigație pentru cercetători și organizațiile donatoare care doresc să conlucreze cu organele de poliție (Pearce, 2007; LEAHN, 2012a).

Colaboratorii de poliție care lucrează în instituțiile de detenție și în medii similare de tip închis, cu ventilație slabă și cu concentrație ridicată de agenți ai TB, sunt expuși riscului de contractare a acestei infecții. Aceste riscuri pot fi evitate cel mai eficient prin instruire, modificarea comportamentului și prin aplicarea măsurilor universale de igienă a muncii.

Consecințele infecției HIV/SIDA pot fi atât materiale, cât și morale. Astfel, costurile îngrijirilor medicale, buletinelor de boală și a funerariilor afectează starea financiară a polițiștilor HIV-pozitivi sau bolnavi de SIDA, sau a familiilor lor (Pearce, 2007). Impunerea colaboratorilor

de poliție să preia activități/funcții ale colegilor afectați de HIV/SIDA, pentru care nu sunt instruiți sau nu au experiență suficientă, duce la stresarea acestora (Monaghan, 2012; Pearce, 2007).

Femeile adesea formează o minoritate în rândul forțelor polițienești, fiind solicitate să preia atribuții specializate, cum ar fi violența în familie, victimele violului, LSC și diferite aspecte legate de copii. De asemenea ele pot juca un rol important și în asigurarea accesului la informația despre HIV/SIDA, în mod special a femeilor expuse unui risc mai mare de contractare a HIV din motive biologice și sociale. În cazul unei epidemii HIV, colaboratoarele de poliție se confruntă cu dificultăți adiționale, precum necesitățile supraviețuitorilor violurilor cu expunere potențială la HIV. Deși sunt în minoritate, colaboratoarele de poliție ar putea determina abilitățile organelor de poliție de soluționare a unor probleme speciale generate de epidemia HIV (Pearce, 2007).

Serviciile de poliție, cu susținerea unor organizații cum ar fi UNODC, urmează să elaboreze și să adopte cele mai bune practici la locul de muncă, inclusiv:

- Educația în materie de HIV/SIDA și depășirea stigmatizării și discriminării;
- Adoptarea principiilor de angajare în câmpul muncii bazate pe șanse egale și respectarea drepturilor omului;
- Soluționarea cazurilor de expunere operativă la HIV, inclusiv informarea, măsurile de precauție și profilaxie postexpunere (PPE);
- Oferirea CTV, accesibilitatea mijloacelor de prevenire, cum ar fi prezervativele și accesul la tratament;
- Imunizarea contra hepatitelor virale A și B, informarea despre hepatita C și TB în vederea minimizării riscului de coinfectare;
- Asigurarea condițiilor flexibile de muncă pentru a ajuta angajații care trăiesc cu HIV/SIDA să-și mențină nivelul de sănătate și bunăstare;
- Asigurarea condițiilor flexibile de muncă pentru angajații care-

- și susțin membrii de familie care trăiesc cu HIV/SIDA;
- Protejarea angajaților și susținerea personalului supus discriminării pe motiv de gen;
- Asigurarea serviciilor de sănătate mintală în caz de depresie, traume generate de stresul posttraumatic (PTSD).

Evaluarea cunoștințelor, aptitudinilor și practicilor (CAP) este necesară pentru estimarea atitudinii față de HIV/SIDA și față de riscul de contractare a infecției HIV. Doar câteva studii s-au axat nemijlocit pe colaboratorii de poliție. Studiile interne efectuate de forțele polițienești pot face subiectul confidențialității, ceea ce face imposibilă generalizarea datelor obținute. Puținele date disponibile arată că colaboratorii de poliție au cunoștințe (înainte de instruire) insuficiente despre HIV/SIDA, despre modalitățile de transmitere și prevenire, folosirea prezervativelor, ceea ce favorizează stigmatizarea și discriminarea grupurilor vulnerabile și PTCHS (Pearce, 2007; LEAHN, 2012a,b).

Studiile întreprinse au arătat că problema majoră a organelor de poliție și a altor instituții guvernamentale este negarea faptului că HIV/SIDA este o problemă la nivel de societate, organizație și nu una de ordin individual (Pearce, 2007; LEAHN, 2012b).

Pentru a răspunde provocărilor unor epidemii HIV generalizate sau concentrate (și pentru a preveni transformarea/evoluția unei epidemii concentrate într-una generalizată), se impune elaborarea unui program de instruire privind prevenirea HIV/SIDA, tratamentul, îngrijirea și suportul colaboratorilor de poliție infectați. Se impuneși crearea unui mediu propice în cadrul serviciilor de poliție pentru a sprijini drepturile PCR la serviciile HIV/SIDA. În multe țări epidemia HIV a rezultat în blamare, stigmatizare, discriminare și marginalizare excesivă a grupurilor cu risc sporit și vulnerabile. Pentru majoritatea PCR, comportamentul negativ și nepăsător al colaboratorilor de poliție constituie, de asemenea, un obstacol major în accesarea serviciilor de prevenire și tratament HIV/SIDA. Promovarea și protejarea drepturilor omului în cazul UDI, LSC, BSB și a persoanelor care trăiesc

cu HIV/SIDA (PTCH) constituie o componentă esențială în prevenirea transmiterii HIV prin reducerea vulnerabilității la infectare și a impactului HIV/SIDA.

Poliția: comportament și percepții vizavi de populațiile-cheie afectate

În mai multe țări ale lumii, comunitățile marginalizate și discriminate, cum ar fi consumatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexului comercial, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbați, persoanele transsexuale, migranții și copiii străzii, sunt printre categoriile cu risc sporit de infectare cu HIV și cu infecții conexe (ASCI, 2007; LEAHN, 2012; UNAIDS, 2012). Epidemia HIV prosperă din cauza stigmatizării și discriminării persoanelor expuse riscului de infectare și vulnerabile, cât și a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA.

Răspîndirea HIV este favorizată și de promovarea inechității de gen, care sporește violența față de fete și femei, limitîndu-le astfel posibilitățile de protejare contra infecției HIV. Deși violența și exploatarea sexuală și cea bazată pe gen sunt infracțiuni care fac obiectul preocupării colaboratorilor de poliție, ei deseori contribuie la promovarea acestor fenomene, în calitate de consumatori și controlori/proxeneți ai LSC, și nu la combaterea lor (ASCI, 2007).

În majoritatea țărilor, consumul și/sau posesia de droguri, majoritatea formelor de sex comercial constituie infracțiuni penalizabile sau încălcări administrative. Poliția, politicile și practicile sunt cei mai influenți formatori ai mediului de risc pentru aceste populații (LEAHN, 2012). În țările în care prevalența HIV, hepatitelor virale și TB se menține la un nivel ridicat, UDI, LSC, migranții și copiii străzii sunt adesea hărțuiți și persecutați de colaboratorii de poliție. Unii dintre ei storc bani de la utilizatorii de droguri și lucrătorii sexului comercial, exploatează lucrătorii sexului comercial pentru gratificarea sexuală proprie.

În unele țări a fost raportată imixțiunea activă a organelor de poliție în politicile și practicile de prevenire a HIV, tratamentul și îngriji-

rile speciale ale persoanelor infectate. În tipul interviurilor, lucrătoarele sexului comercial au declarat că adesea colaboratorii de poliție le agresează doar pentru faptul că au prezervative (HRW, 2004 a,b, 2006; IHRD, 2008). Lipsa accesului sistematic la prezervative poate expune LSC la HIV și la alte IST. Într-un șir de țări, organele de poliție ignoră politicile care îi orientează să nu se implice în cazuri de supra-dozare și să nu patruleze pe lângă localurile care oferă programe de tratament de substituție cu opioide și PSAS. Aceste abordări au diminuat eforturile depuse pentru a răspunde adecvat la HIV, hepatitele virale și TB (LEAHN, 2012b; Monaghan, 2012).

Efectele negative și obstacolele pe care le prezintă organele ordinii de drept în raport cu prevenirea infecției HIV printre populațiile-cheie sunt reflectate pe larg în literatură (LEAHN, 2012). Printre acestea se numără: efectele negative ale supravegherii programelor HIV pentru UDI, urmărirea LSC de organele de poliție, ceea ce nu le permite LSC să se apropie de zonele unde pot accesa programele HIV (Strathdee et al, 2008a; Strathdee et al, 2008b; Friedman et al 2006; Rhodes et al, 2002, 2003; Shannon et al, 2008; McMillan și Worth, 2010; Yi et al 2010), hărțuirea sau confiscarea echipamentului de injectare, fapt soldat cu utilizarea și aruncarea neadecvată a acestuia și evitarea înscrierii în programele de reducere a riscurilor (Wood et al, 2004; Burris și Strathdee, 2006), folosirea de către organele de poliție a registrelor de înscriere a drogurilor (Shields 2009 și Wolfe, Carrieri & Shepard, 2010), lipsa accesului la droguri și tratament în perioada de detenție (Kerr et al 2005, Wolfe, Carrieri & Shepard, 2010 și Krusi et al, 2010), tensiunea și conflictele dintre metodele de abordare a UDI aplicate de autoritățile de sănătate publică și organele ordinii de drept în multe țări (Maher 2004; Rhodes et al 2006; Shannon et al, 2008; Wolfe, Carrieri & Shepard, 2010; Krusi et al, 2010; Werb et al, 2008; Wood et al, 2005; Sarang et al, 2010; Small et al, 2006). LSC și BSB au raportat cazuri de abuz verbal și hărțuire fizică și mentală din partea colaboratorilor de poliție, inclusiv atunci când realizau programe educaționale outreach, când aveau asupra sa prezervati-

ve (Chaterjee 2006; Chakrapani et al 2007; Safren et al 2006; HRW, 2004, 2006; IHRD, 2008).

În ultimele cîteva decenii accentul se pune perespectarea drepturilor persoanelor din grupurile vulnerabile. Datorită implicării ONG-urilor, aceste persoane au șansa de a-și exprima opiniile, la moment fiind publicate mai multe rapoarte în susținerea monitorizării cazurilor de încălcare a drepturilor acestora. Human Rights Watch (HRW) a raportat diferite cazuri de încălcare a drepturilor PTCHS, LSC, UDI, BSB și deținuților din partea forțelor poliției în India, Kenya, Republica Democrată Congo, Rusia, Statele Unite ale Americii și Ucraina (HRW, 2004, 2006 a,b, 2008 CHECK HRW REFS THROUGHOUT).

Măsurile de reducere a riscurilor, cum ar fi accesul la ace sterile și FTO, reduc considerabil comportamentul de risc. Cu toate acestea, în multe țări colaboratorii de poliție hărțuiesc utilizatorii de droguri în clinicile de tratament al dependenței de droguri și în localurile de schimb de ace, le confiscă medicamentele sau îi arestează pentru că dețin seringi sterile (IHRD, 2008; HRW, 2004,a,b, 2006; Monaghan, 2012). Aceste practici alecolaboratorilor de poliție impulsionează epidemia HIV prin faptul că, pe de o parte, nu le permit utilizatorilor de droguri să aibă acces la îngrijiri care le pot salva viața, pe de alta, fac foarte puțin pentru a reduce consumul de droguri. Persoanele, care au frică de arest, vor injecta drogurile în grabă, fără a prelucra locul de injectare, a aplica bandajul după injectare, a testa drogul pentru a verifica cît este de puternic în vederea evitării supradozării, de asemenea ar putea leza o arteră sau o terminație nervoasă cauzînd paralizie sau chiar deces. (IHRD, 2008). La fel și probabilitatea de folosire în comun a echipamentului de injectare este mai mare, fapt ce-i expune riscului de infectare cu HIV și cu hepatite virale (IHRD, 2008).

În Ucraina și în alte țări, hărțuirea de către colaboratorii de poliția lucrătorilor outreach și a personalului din programele de schimb de seringi și ace a redus înscrierea la program și a limitat extinderea serviciilor, ceea ce ar putea prelungi perioada de circulație a acelor contaminate printre utilizatorii de droguri (HRW, 2004, 2006; IHRD 2008).

Hărțuirea exercitată de colaboratorii de poliție duce la reamplasarea comunității utilizatorilor de droguri și drept urmare, lucrătorilor outreach le este mai greu să ajungă la utilizatorii de droguri (IHRD, 2008). În Rusia și Ucraina, unde utilizatorii de droguri suspectți și confirmați sunt introduși în registre speciale, aceștia evită să solicite servicii din teama că numele lor ar putea fi raportate organelor de poliție sau patronilor (HRW, 2006; IHRD, 2008). Cîteva studii raportează faptul că utilizatorii de droguri nu sunt tentați să solicite asistență în caz de supradoză din teamă să nu fie arestați (IHRD, 2008).

Detenția utilizatorilor de droguri transformă penitenciarele în locații-cheie de transmitere a HIV, deoarece practicile periculoase de injectarea drogurilor sunt adesea continuate în absența serviciilor de prevenire a HIV (Jurgens, 2012). În multe țări, utilizatorii de droguri frecvent sunt ținuti în detenție preventivă sau în penitenciare unde este disponibilă heroina, este practică folosirea în comun a seringilor, în timp ce programe de prevenire și tratament a infecției HIV nu sunt disponibile (Jurgens, 2012).

În condițiile unei astfel de abordări a problematicii drogurilor sunt de mare importanță recomandările instrumentelor legale internaționale precum: Convenția asupra substanțelor psihotrope, adoptată la Viena la 21 februarie 1971 și Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, adoptată la Viena la 20 decembrie 1988. Aceste două documente indică la necesitatea înlocuirii condamnării sau aplicării altor sancțiuni pentru persoanele care utilizează în mod abuziv droguri cu măsuri de tratament, educare, readaptare și reintegrare socială (art. 22, pct.1, lit. b) din Convenția asupra substanțelor psihotrope, adoptată la Viena la 21 februarie 1971 și art.3, pct.4, lit. d) din Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, adoptată la Viena la 20 decembrie 1988). Politicile și programele de prevenire a infecției HIV în penitenciare sunt abordate și în alte documente ONU (a se vedea UNODC).

Atitudinea și comportamentul negativ al colaboratorilor de poliție față de persoanele din grupurile cu risc sporit de infectare cu HIV

pot fi explicate prin salariile mici, posibilitatea de a obține profit din acte de corupție sau din activități la limită (LEAHN, 2012b). În unele comunități, fluctuația intensă a cadrelor din organele de poliție subminează semnificativ relațiile durabile. Adesea nu există stimulenți ce ar facilita lucrul peste program, cum ar fi trimiterea utilizatorilor de droguri la servicii de tratament sau distribuirea de echipament de injectare steril persoanelor arestate când acestea pleacă de la secția de poliție.

În majoritatea statelor, consumul de droguri este ilegal și politicile promovate de autoritățile publice de diferit rang depind de faptul de ce sunt preocupate mai mult: de sănătatea publică sau de ordinea de drept. De exemplu, în țările unde consumul de droguri este ilegal, autoritățile de sănătate publică permit sau chiar implementează programe de schimb de ace și de seringi pentru UDI. Prin acțiunile de executare a legii, organele de poliție ar putea fi în contradicție cu programele finanțate de guvern (LEAHN, 2012a,b). În vederea evitării unor asemenea situații este necesară cooperarea și comunicarea între autoritățile guvernamentale și societatea civilă. Instruirea colaboratorilor de poliție privind importanța programelor de prevenire a infecției HIV este o componentă crucială a acestui proces.

Uneori organele de poliție nu conștientizează faptul că controlul drogurilor cade sub incidența drepturilor omului (LEAHN, 2012). Pentru mulți colaboratori de poliție drepturile omului constituie bariere pentru combaterea utilizării drogurilor, fiind considerate preocupări pur teoretice. Promovarea și protecția drepturilor omului sunt esențiale pentru prevenirea transmiterii HIV, deoarece reduc vulnerabilitatea la infectare și impactul HIV/SIDA. Drepturile PCR în astfel de domenii cum sunt nediscriminarea, egalitatea în fața legii, viața privată, libertatea de deplasare, acces egal la muncă, educație, locuință, sănătate, protecție socială și asigurare socială sunt încălcate adesea din cauza marginalizării. În multe țări, epidemia HIV s-a soldat cu blamarea mai intensă și stigmatizarea grupurilor cu risc sporit și vulnerabile.

Toate studiile referitoare la organele de poliție și PTCH denotă faptul că stigmatizarea și discriminarea sunt larg răspândite. Aceste aspecte trebuie abordate adecvat prin educație în cazul în care se dorește ca prevenirea infecției HIV să dea roade (Burrows, 2004; IHRD, 2008; Pearce, 20007; LEAHN,2012a,b). În cadrul organelor de poliție stigmatizarea este atașată de HIV/SIDA din cauza ignoranței și a fricii persoanelor infectate că ar putea fi concediate. Stigmatizarea și discriminarea generează teama față de statutul HIV-positiv și descurajează testarea voluntară. În cadrul serviciilor de poliție, statutul HIV-positiv este adesea ascuns, iar discutarea deschisă și sinceră a acestei probleme este evitată. Politicile OIM denotă faptul că oamenii vor face mai rar testul voluntar la HIV în cazul în care rezultatul pozitiv se soldează cu concediere sau limitează posibilitatea creșterii în plan profesional, în special atunci când simptomele de HIV/SIDA nu se manifestă timp de câțiva ani (OIM, 2001).

Modul în care organele de poliție tratează o persoană infectată cu HIV sau diagnosticată cu SIDA poate influența modul în care o tratează comunitatea. Atitudinea și acțiunile colaboratorilor de poliție pot amplifica interpretarea eronată a infecției HIV, limitând astfel posibilitățile unei persoane cu statut HIV-positiv sau a familiei acesteia la tratament și îngrijiri (LEAHN, 2012a; Pearce, 2007).

Funcțiile organelor de poliție în societate și comunitate sunt complexe. Pe lângă funcția primordială-combaterea infracțiunilor, există și multe funcții complementare care vizează prevenirea acestora (Morganhan, 2012). Printre acestea se numără ajutorarea persoanelor expuse riscului, evitând să-i refere pe potențialii infractori justiției penale și discutând cu tineretul despre droguri. Întrucât colaboratorii de poliție intră în contact zilnic cu PCR, cum ar fi utilizatorii de droguri, lucrătorii sexului comercial, copiii străzii și migranții, ei ar putea acționa ca o verigă de legătură dintre educație și serviciile de care aceste persoane poate n-au auzit sau nu le-au accesat. Parteneriatul cu organele ordinii de drept în noile alianțe strategice ar putea abilita autoritățile de sănătate publică și ar permite să fie auzită vocea și

preocupările consumatorilor de droguri în timpul dezbaterilor, relevante pentru viețile și nevoile lor (Breyer, 2012).

Studiile referitoare la supravegherea și combaterea consumului de droguri au permis identificarea de opțiuni alternative metodelor tradiționale, care ar putea avea efecte semnificative asupra sănătății. Acestea includ modificarea practicilor de exercitare a atribuțiilor de către poliție, optînd pentru o abordare mai adecvată, ajustată la metodele de reglementare din comunitate, implicînd susținerea parteneriatelor dintre colaboratorii de poliție și autoritățile de sănătate publică, educația și accesul la programe axate pe sporirea siguranței consumului de droguri și crearea programelor de tratament pentru a ajuta la prevenirea abuzului de droguri. Aceste politici includ educația axată anume pe organele de poliție pentru a le ajuta să evite orice discriminare din partea angajaților săi față de aceste comunități (LEAHN, 2012; Monaghan, 2012; Pearce, 2007).

Poliția trebuie să conștientizeze efectul profund pe care îl pot avea practicile de reglementare exercitate de angajații săi asupra eficacității inițiativelor de prevenire a infecției HIV și combaterii stigmatizării și discriminării legate de HIV/SIDA (Monaghan, 2012). În ambele cazuri, efectul nociv al epidemiei HIV crește. Hărțuirea și intimidarea persoanelor vulnerabile la infecția HIV poate reduce eficacitatea programelor de prevenire a acesteia. Fiind forțate să se ascundă, aceste persoane sunt greu de găsit atunci cînd sunt răspândite mesaje de prevenire a infecției HIV. Stigmatizarea și discriminarea la fel descurajează persoanele să acceseze locațiile de testare la HIV. Prin urmare, mai puține persoane își cunosc statutul HIV, de aceea nu vor lua măsurile de rigoare pentru a evita transmiterea HIV altor persoane. Chiar dacă o persoană știe că este seropozitivă, stigmatizarea și discriminarea ar putea să le limiteze accesul la informații, serviciile de tratament, îngrijiri și suport. Opiniile personale, care dezaprobă sexul comercial sau relațiile sexuale dintre bărbați, nu ar trebui să împiedice realizarea programelor de prevenire a infecției HIV, care pot salva vieți (LEAHN, 2012).

În mai multe țări ale lumii, relațiile dintre organele de poliție și grupurile expuse riscului și vulnerabilele HIV pot fi, în cel mai bun caz, încordate sau tensionate, dar de cele mai multe ori antagoniste. Viziuni rigide și bazate pe prejudecăți, lipsa de instruire pentru prevenirea infecției HIV și deeducație bazată pe respectarea drepturilor, absența unor politici definite referitoare la grupurile vulnerabile, în special UDI, lipsa unor dispoziții juridice clare și incriminarea utilizatorilor de droguri sunt factorii majori care facilitează menținerea situației descrise mai sus (Pearce; 2007; LEAHN, 2012a,b; Tarantola, 2012). Evident, situația poate fi schimbată, după cum arată reglementările eficiente de sănătate publică din lumea întreagă. De rînd cu politicile de suport și liderismul solid, instruirea și informarea avansată sunt componente principale ale procesului prin care se dorește o schimbare cît mai rapidă în acest domeniu - prevenirea infecției HIV.

Rezultatele studiului Pro-Lex “Percepțiile și comportamentul poliției față de consumatorii de droguri injectabile în Republica Moldova”

Studiul *“Percepțiile și comportamentul poliției față de consumatorii de droguri injectabile”* a fost efectuat la inițiativa Programului Sănătate Publică a Fundației Soros-Moldova și are drept scop de a evidenția cunoștințele, atitudinile și comportamentul colaboratorilor de poliție față de consumatorii de droguri injectabile.

Actualitatea acestui studiu descinde din contradicția existentă dintre schimbările pozitive efectuate în legislația Republicii Moldova privind contravențiile aplicate consumatorilor de droguri și comportamentul rudimentar al colaboratorilor de poliție față de consumatorii de droguri injectabile, raportate de către ultimii.

Scopul studiului a fost de a face o analiză exhaustivă a legislației Republicii Moldova în domeniul consumului, producerii și răspîndirii drogurilor, inclusiv a celor injectabile, și de a studia cunoștințele, atitudinile și comportamentul colaboratorilor de poliție și ale consumatorilor de droguri injectabile.

Rezultatele studiului

1. Cunoștințele colaboratorilor de poliție despre actualitatea problemei de studiu, legislație și HIV

- Peste 90% dintre colaboratorii de poliție chestionați consideră că problema producerii, consumului și răspîndirii drogurilor este gravă sau foarte gravă în Republica Moldova, iar circa 40% sunt de părere că aceasta nu s-a agravat în ultimii cinci ani;
- Mai bine de jumătate din respondenți consideră că opiaceele, cannabisul, extazy și amfetamina sunt accesibile/foarte accesibile în localitățile lor și că aceste droguri pot fi procurate ușor la discoteci, în stradă și în baruri;
- Deși mai bine de 80% din respondenți se consideră informați sau pe deplin informați despre legislația RM în domeniul prevenirii, producerii, consumului și răspîndirii drogurilor, conform testării s-a constatat că o bună parte nu cunosc suficient de bine sancțiunile care pot fi aplicate unei persoane care a fost prinsă cu o doză mică de droguri injectabile pentru uz personal. Astfel, 46% din respondenți au indicat că consumatorii de droguri pot fi trimiși forțat la tratament, iar 35% au menționat că aceștia pot fi chiar privați de libertate pe un termen de la câteva luni pînă la 4 ani;
- În pofida faptului că nivelul de cunoștințe al colaboratorilor de poliție despre căile principale de transmitere a infecției HIV este destul de înalt, cei mai mulți continuă să creadă în miturile privind transmiterea acesteia. Astfel, fiecare al doilea colaborator de poliție nu știe dacă HIV poate fi transmis prin înțepătură de țînțar, fiecare al treilea – prin utilizarea în comun a veselei sau prin tuse, fiecare al patrulea - prin contact cu transpirația, utilizarea în comun a veceului sau prin strîngere de mînă.
- Deși 62% dintre colaboratorii de poliție au declarat că sunt in-

formați despre măsurile standard de precauție la infectarea cu HIV în caz de înțepătură cu un obiect ascuțit infectat, testarea a arătat că doar 20 % le cunosc real.

II. Atitudinile colaboratorilor de poliție față de consumatorii de droguri injectabile

- Deși circa 2/3 dintre colaboratorii de poliție au menționat că nu discriminează consumatorii de droguri injectabile, mai bine de 70% îi consideră infractori și nu victime, 63% asociază consumatorii de droguri cu criminalii, 40% susțin că majoritatea infracțiunilor din localitățile lor sunt comise de consumatorii de droguri, mai bine 50% afirmă că cel mai mulți consumatori de droguri sunt infectați cu hepatitevirale, cu HIV și cu infecții sexual transmisibile, iar 1/3 sunt convinși că femeile consumatoare de droguri prestează servicii sexuale contra plată
- Deși 90% dintre colaboratorii de poliție susțin că fiecare cetățean trebuie să aibă acces la tratament antidrog gratuit, în timpul discuțiilor în focus grupuri majoritatea au susținut că nu cred că consumatorii de droguri pot fi tratați, atât din lipsa unor servicii eficiente de reabilitare în Republica Moldova, cât și a nivelului înalt de discriminare a acestora și oportunităților reduse de integrare socială
- 89% dintre colaboratorii de poliție chestionați consideră confruntarea lor cu consumatorii de droguri mai curînd periculoasă sau foarte periculoasă din următoarele considerente: te pot înțepa intenționat cu acul sau cu alt obiect ascuțit infectat(70%); te poți infecta de la ei de tuberculoză (69%); consumatorii de droguri sunt foarte agresivi (59%); te pot molipsi de hepatite virale (49%) sau de HIV (50%). Fiecare al treilea respondent a menționat că cunoaște cazuri cînd colegii lor s-au infectat de diferite boli contagioase de la consumatorii de droguri
- Distanța socială dintre colaboratorii de poliție și foștii consumatori de droguri este foarte mare. Conform analizei datelor, indi-

catorul integrat de acceptare a foștilor consumatori de droguri de către colaboratorii de poliție este de 21%, ceea ce înseamnă că doar fiecare al cincilea colaborator de poliție ar accepta foștii consumatori de droguri în calitate de colegi, prieteni, membri ai familiei, îngrijitori ai copiilor lor

- În mediul colaboratorilor de poliție persistă un șir de stereotipuri referitor la consumatorii de droguri. Astfel, aceștia sunt numiți narcomani (59%), persoane consumatoare de droguri (11%), noric (9%), narcoză (5%), nirpă, om bolnav, bolnav de SIDA, naris – 5%. Circa 28% dintre colaboratorii de poliție atribuie consumul de droguri anumitor etnii (18% consideră că consumul de droguri injectabile este caracteristic mai mult romilor, iar 10%- rușilor)
- Majoritatea colaboratorilor de poliție (75%) consideră că sancțiunile aplicate în prezent consumatorilor de droguri din Republica Moldova conform legislației în vigoare sunt prea ușoare și că ele ar trebui înăsprite considerabil. Astfel, 61% au militat pentru pedepse forțate (tratament forțat, privațiune de libertate) și doar fiecare al treilea pentru pedepse umane, cum ar fi muncă neremunerată în folosul comunității, amendă, tratament benevol

Comportamentul colaboratorilor de poliție față de consumatorii de droguri injectabile

- Mai bine de 2/3 dintre colaboratorii de poliție chestionați consideră că colegii lor au un comportament civilizat față de consumatorii de droguri injectabile: nu-i rețin dacă nu este necesar, nu folosesc cuvinte necenzurate la adresa lor, nu divulgă date confidențiale, nu aplică abuziv forța fizică;
- Deși majoritatea consumatorilor de droguri participanți la focus grupuri au menționat că comportamentul colaboratorilor de poliție față de ei s-a schimbat spre bine în ultimii cinci ani,

totușiei continuă să fie nemulțumiți de acțiunile acestora, considerînd că sunt tratați mai curînd ca infractori decît ca victime. Deseori sunt reținuți fără nici un motiv, fiind impuși să se ducă la dispensarul narcologic pentru expertiză; sunt supuși perchezițiilor la domiciliu, fără un aviz preliminar; uneori sunt forțați, prin diferite șiretlicuri sau chiar prin șantaj psihologic și aplicarea forței, să divulge informații despre alți consumatori de droguri;

- Unii consumatori de droguri s-au plîns că sunt percheziționați și anchetați dacă se întîmplă vreo infracțiune în cartier sau în raion, uneori chiar li se incriminează comiterea acestor infracțiuni;
- Atît bărbații, cît și femeile consumatoare de droguri au menționat că deseori, fiind arestați pentru infracțiuni mici, sunt impuși de către colaboratorii de poliție să-și asume și alte infracțiuni comise în cartierul sau raionul unde au domiciliul;
- Majoritatea consumatorilor de droguri nu cunosc schimbările din legislație conform cărora nu riscă să fie pedepsiți sau privați de libertate dacă au asupra lor droguri în cantități mici, pentru uz personal. Chiar și cei care cunosc aceste schimbări din legislație au menționat că este foarte dificil să argumentezi, în cazul cantităților mici, că acestea sunt pentru uz personal și nu pentru distribuire. Totodată, este dificil să demonstrezi cantitatea corectă de droguri deținute;
- Unii consumatori de droguri au menționat că uneori colaboratorii de poliție, chiar dacă identifică la ei cantități mici de droguri, pot să le strecoare cantități adiționale, spunîndu-le că oricum nimeni nu-i va crede;
- Consumatorii de droguri susțin că unii colaboratorii de poliție iau mită și dacă ai bani poțievita arestul. Unii s-au dat cu părerea că uneori chiar colaboratorii de poliție distribuie/comercializează droguri;
- Persoanele consumatoare de droguri vorbitori de limba rusă

au semnalat că deseori sunt impuse să semneze procese verbale întocmite în limba română, fără a cunoaște ce este scris acolo;

- Consumatorii de droguri s-au plîns că uneori sunt șantajați de către colaboratorii de poliție că vor fi lipsiți de drepturile părintești sau că vor fi arestați;
- Peste 2/3 dintre colaboratorii de poliție nu au indicat vreo diferență în comportamentul lor față de femeile consumatoare de droguri injectabile. Consumatorii de droguri au menționat însă că colaboratorii de poliție sunt mai loiali în cazul femeilor, nu aplică față de ele forța fizică, încercînd să le intimideze mai mult psihologic, amenințîndu-le că vor fi lipsite de drepturile părintești, că vor anunța asistenții sociali. În cazul bărbaților sunt aplicate de regulă cuvinte înjositoare, forța fizică
- Bărbații consumatori de droguri au menționat că uneori femeile consumatoare de droguri, în special cele tinere, sunt impuse de către colaboratorii de poliție să întrețină relații sexuale sau să devină informatoare (să colaboreze cu poliția);
- Femeile consumatoare de droguri de asemenea au menționat că uneori sunt supuse unor percheziții înjositoare, de exemplu în sîn, în vagin. Deși sunt efectuate de către femei, acestea sunt practicate în condiții indecente, fără păstrarea intimității;
- Atît bărbații, cît și femeile consumatoare de droguri au menționat că ar dori să cunoască mai bine legislația cu privire la consumul și distribuirea drogurilor pentru a putea să-și apere drepturile. De asemenea, ar avea nevoie de avocați în cunoștință de cauză care să le poată apăra drepturile. Unii foști consumatori de droguri s-au arătat dispuși să participe la luarea deciziilor privind prevenirea consumului de droguri.

Concluziile și recomandările pe baza studiului pot fi accesate la http://www.promolex.md/upload/publications/ro/doc_1402913326.pdf.

PROIECT DIDACTIC

TEMA 11.

Sănătatea și securitatea la locul de muncă: HIV, hepatitele virale și tuberculoza (90 min)

1. Tezele principale:

- Proceduri de control a infecției HIV, hepatitelor virale și tuberculozei ca riscuri profesionale pentru serviciile de poliție

2. Obiective educaționale:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- pericolele profesionale și procedurile de control a infecțiilor pentru ofițerii de poliție, inclusiv a celor care își exercită atribuțiile sub acoperire;
- îmbunătățirea abilităților de manipulare cu echipamentul de injectare;
- sporirea nivelului de competențe în efectuarea perchezițiilor, în manevrarea și eliminarea în condiții de siguranță a acelor și seringilor, și a altor echipamente de injectare;

3. Scop final/Rezultat educațional:

Studenții urmează:

- să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegerea pericolelor profesionale și procedurilor de control a infecțiilor pentru colaboratorii de poliție, inclusiv a celor care își exercită atribuțiile sub acoperire;
- să-și îmbunătățească abilitățile de manipulare cu echipamentul de injectare;

- să-și perfecționeze abilitățile de efectuare a perchezițiilor;

Formatorul trebuie să fispună de:

- recipiente de depozitarea acelor și seringelor de o calitate acceptabilă și inacceptabilă - containere făcute special în acest scop și cele care au fost făcute de mână, de ex., din sticle de plastic;
- ace și seringi noi și alt echipament de injectare, cum ar fi tamponașe. Fiecare grup trebuie să aibă cel puțin un ac și o seringă;
- ac și o seringă nouă și alt echipament de injectare, cum ar fi tamponașe, pentru a demonstra procedurile corecte de manipulare și eliminare a echipamentului de injectare;
- mănuși din latex și pungi din polietilenă care pot fi folosite pentru a crea o barieră între colaboratorul de poliție și echipamentul de injectare.

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb));
- Prezentarea Power Point nr. 11;
- Foi de Flip Chart A1 și markere;
- Fișa tehnică nr. 9 [scrie orientări de percheziționare sigură și orientări cu privire la profilaxia pentru mușcăături și înțepături] Rețeaua Justiție HIV, Saliva nu transmite, 2013, <http://www.scribd.com/doc/133564433/Spit-Does-Not-Transmit-The-Center-for-HIV-Law-and-Policy-the-National-Organization-of-Black-Law-Enforcement-Executives-and-the-American-Association>;

5. Bibliografie

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.
2. Programul Național de Prevenire și Control a Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020).
6. Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. Beldianu, I., Breazu, A., Mihalache, S., Spireu-Dobrotă, S., „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și violenței familiale”, manual de instruire. București: Editura JSI Research and Training Institute Inc., 2006.
9. Blagoslov, A., Lazăr, F., Luca, A., „Informare și sensibilizare în problematica HIV/SIDA. Ghid pentru serviciile de Asistență Socială.”, București: Editura Psiho Cover, 2007.
10. Bourhis, Y.R., Leyens, J.P., „Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri.”, Iași: Editura Polirom, 1997.
11. Bucur, Gh., „SIDA și prevenirea ei.”, București: Editura Medicală, 1991.

12. Bulcea, D., Cupsa, A., „Infecția HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale.”, Craiova: Editura Aius, 1995.
13. Buzducea, D., coord. „Primii pași – Asistența psiho-socială a familiei afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngrijirea lor.”, București: Editura Astrobios, 1999.
14. „Ghidul Educatorului de la Egal la Egal în Prevenirea HIV/SIDA”, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova, Chișinău 2003.
15. „Ghidul lucrătorului de tineret. Includerea socială a tinerilor”, European Youth Exchange Moldova, UNICEF, Chișinău 2004.
16. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Lectura despre context:

17. Orientărilor comune ale OIM / OMS cu privire la serviciile de sănătate și HIV/SIDA 2005, în special Fișele tehnice 1, 5, 10 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_116240.pdf

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 40 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Privire de ansamblu asupra controlului infecției HIV</p> <p>Măsurii universale de siguranță (proceduri standard) legate de sănătate și de siguranță.</p> <p>Discuții despre materiaie cu potențial biotoxic.</p> <p>Demonstrarea procedeeleor de eliminare în condiții de siguranță a acelor, seringilor și altor echipamente de injectare.</p> <p>Riscuri pentru polițiștii de patrulare ce acordă primul ajutor victimelor și poliției rutiere care participă la accidente.</p> <p>Riscuri pentru colaboratorii de poliție care participă la locurile de săvârșire a crimelor sângeroase.</p> <p>Descrieți și discutați despre riscurile legate de anumite atribuții sub acoperire (de ex., în urma unui test – tranzacții de cumpărare, ofițerilor sub acoperire li se spune, uneori, să ascundă pachetul care conține droguri în gură).</p>	<p>Cu scopul de a afla dacă aceștia acumulează informația de bază</p> <p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Care sunt principalele modalități de transmitere HIV? – De ce fluidele corporale, sângele, sperma și saliva, ar trebui tratate ca potențial contaminate cu HIV și/sau hepatite virale, cu luarea de măsuri de precauție corespunzătoare? – Enumerați câteva dintre modurile în care transmiterea HIV și a hepatitelor virale poate fi prevenită pentru fiecare mod de transmitere în parte. Revizuiți căile de transmitere a TB. – Estimați importanța Măsurilor universale de siguranță la locul de muncă, pe terenul de joacă de la școală sau din curte. 	<p>Cadrul didactic va utiliza prezentarea Power Point nr. 11 pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a descrie natura procedurilor de control a infecțiilor, cu accent pe Măsurii universale de siguranță (Proceduri Standard) – a sublinia importanța respectării Măsurilor universale de siguranță la locul de muncă, la școală și acasă (vedeți Fișa tehnică nr. 9) în prevenirea infectării cu HIV ■ a atrage atenția la situațiile când riscul de infectare cu HIV este sporit: accident în care fluidele corporale, de ex., sângele, nimeresc în afara corpului; în timpul percheziției când se pot fi înțepa cu ace de la seringi

<p>Activitatea 1 15/20 min</p> <p>Studentii vor viziona un film despre procedurile de control a infecțiilor.</p> <p>Discuție despre pericolele pe care-l prezintă materialele cu potențial biotoxic, procedurile de prevenire a infectării și tipurile de bariere care pot fi folosite.</p>	<p>Cadrul didactic va propune spre discuție următoarele întrebări:</p> <p>1. Care sunt momentele cele mai importante de reținut despre controlul infecțiilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la locul de muncă ■ acasă ■ pe terenul de joacă de la școală 	<p>Privire de ansamblu asupra controlui infecției cu accent pe HIV și hepatitele virale.</p> <p>Vizionați filmul și:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rețineți importanța Măsurilor universale de siguranță (vedeți Fișa tehnică nr. 9.1) în prevenirea infectării cu HIV și hepatite virale – explicați pericolele pe care-l prezintă materialele cu potențial biotoxic <ul style="list-style-type: none"> ■ argumentați necesitate schimbării mănușilor din latex în timpul perchezițiilor
<p>Activitatea 2 10 min</p>		
<p>Lucru în grupuri mici (3-6 studenți). Studenții vor practica procedurile corecte de manipulare și de eliminare a echipamentului de injectare.</p>	<p>Practicați pe rând tehnicile de manipulare și de depozitarea acelor și seringelor folosite cu alte persoane din grupul de observare.</p>	<p>Fișa tehnică nr. 9.</p> <p>Cadrul didactic va demonstra procedurile corecte de manipulare și de eliminare a echipamentului de injectare.</p>
<p>Activitatea 3 10 min</p>		
<p>Vizionați filmul despre percheziționarea în siguranță (sau DEMO-ul?) și răspundeți la următoarele întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Care sunt riscurile în ceea ce privește HIV/hepatite virale pentru un polițist atunci când realizează percheziția? ■ Care sunt riscurile pentru un polițist atunci când utilizează tehnica de căutare «bate pe»? 	<p>Aplicați tehnicile de percheziționare cu un partener</p>	<p>Demonstrarea abilităților de percheziționarea în condiții de siguranță</p>

Reluați formatul de clasă 5 min sau 45 min dacă aveți un prezentator		
<p>Discuții Timp pentru întrebări asistentei medicale din secția de boli infecțioase.</p> <p>Întrebări generale și discuții</p>	<p>Puneți întrebări vorbitorului, chiar dacă întrebările par banale (nu există întrebări greșite).</p>	<p>– P r e z e n t a ț i vorbitorul</p> <ul style="list-style-type: none">■ Mulțumiți vorbitorului.■ Faceți față oricăror întrebări sau preocupări suplimentare din partea studenților.■ Monitorizați orice întrebări care ar putea să se refere la modulele următoare.

Conținutul prelegerii

Procedurile de control a infecției HIV, hepatitelor virale și tuberculozei ca riscuri profesionale pentru serviciile de poliție

Fiecare colaborator de poliție trebuie să cunoască riscurile de infectare cu HIV la contactul cu orice material biologic în timpul îndeplinirii obligațiilor deserviciu și măsurile de siguranță personală în aceste situații:

- respectă prudența în timpul arestărilor, perchezițiilor, efectuarea diverselor probe, acordarea primului ajutor medical. Fiecare reținut trebuie tratat ca o persoană potențial infectată cu HIV, hepatite virale, ITS;
- efectuează o serie de proceduri care vor preveni infectarea cu HIV (vedeți Măsurile de securitate personală și profilaxie individuală de infectare cu HIV de mai jos) în cazul contactului cu un material biologic infectat;
- raportează orice incident sau accident cu pericol de infectare și completează "Actul privind înregistrarea cazului de expunere profesională" (vedeți mai jos);
- echiparea cu truse de prim ajutor pentru situații accidentale, care trebuie să conțină toate substanțele medicale necesare pentru profilaxia infectării cu HIV, hepatite virale a personalului și a reținuților (vedeți Măsurile de securitate personală și profilaxie individuală de infectare cu HIV);
- informează fiecare nou angajat despre regulile de securitate în cazul contactului cu materialul biologic potențial periculos, stipulate în prezenta instrucțiune;

- urmează tratamentul postprofilactic în cazul unui incident în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu care prezintă pericol de infectare cu HIV⁶⁰;

În conformitate cu Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA în Republica Moldova, persoanele infectate au dreptul:

- la o atitudine umană din partea comunității care exclude umilirea demnității umane;
- la păstrarea confidențialității informației despre starea sa de sănătate;
- la oferirea despăgubirilor pentru pierderile legate de divulgarea de informații cu privire la statutul său HIV-pozitiv;
- la o activitate de muncă conform profesiei;
- la oferirea gratuită a tuturor tipurilor de asistență medicală profesională și de specialitate, precum și aprovizionarea cu medicamente.

Nu se acceptă refuzul de admitere în instituțiile medicale, în acordarea asistenței medicale de urgență, precum și alte încălcări ale drepturilor persoanelor bazate exclusiv pe statutul HIV-pozitiv, precum și încălcarea drepturilor rudelor persoanelor infectate.

Măsurile de securitate personală și profilaxie individuală de infectare cu HIV

Virusul imunodeficienței umane se găsește în toate fluidele corpului uman, cea mai mare concentrare fiind în sânge, spermă și secrețiile vaginale.

Căile de transmitere a HIV:

- sexuală (în timpul contactelor heterosexuale, homosexuale și bisexuale);

⁶⁰ Infectarea angajatului OAI cu infecția HIV în timpul exercitării funcțiilor sale este considerată o maladie profesională, în cazul prezentării actelor care confirmă respectarea măsurilor de precauție în timpul activității profesionale. În caz de infectare a angajaților OAI cu infecția HIV în timpul exercitării funcțiilor sale, li se oferă protecția socială în conformitate cu legislația în vigoare, consiliere psihosocială și sprijin.

- parenterală (sînge – în timpul transfuziei de sînge infectat și produsele acestuia), prin instrumente tăietoare/înțepătoare, medicale/nemedicale nesterile cu ajutorul cărora are loc penetrarea pielii. Această cale de transmitere are loc și printre persoanele consumatoare de droguri, care folosesc în comun dispozitive de injectare (ace, seringi) contaminate;
- de la mama infectată la copil în timpul sarcinii, nașterii și alăptării la sîn.

HIV nu se transmite: prin contacte habituale, sărut, tuse, strănut, atingere, folosirea aceleiași camere de baie, veceu, bazin de înot, prin vesela de bucătărie și lenjeria de pat, prin utilizarea transportului public, prin înțepături de insecte.

Persoana infectată cu HIV NU prezintă pericol pentru cei din jur

În prezent nu există un vaccin împotriva infecției HIV, precum și medicamente eficiente pentru a o trata definitiv. Singura modalitate de a preveni infectarea este respectarea măsurilor de precauție standard de către fiecare colaborator de poliție.

Avînd în vedere căile de transmitere ale infecției HIV, trebuie să fie respectate următoarele reguli:

În timpul percheziției:

- acoperiți leziunile cutanate cu emplastru, îndeosebi pielea mîinilor;
- cînd există riscul lezării pielii (la palparea locurilor greu accesibile), utilizați mănuși de piele;
- în riscul contactului cu sînge sau alt lichid biologic uman, utilizați mănuși de o singură folosință (din latex dur), preferabil 2 perechi;
- înainte de a atinge obiectele găsite, examinați-le vizual;
- dacă este posibil, persoana supusă percheziției/deținuții va elibera buzunarele de conținut, prezentînd apoi hainele pentru percheziție;
- toate obiectele sustrate, în primul rînd cele cu semne de sînge, se vor depozita în pachete de polietilenă sau recipiente sigure pentru distrugere.

în timpul percheziției încăperilor:

- efectuați percheziția încăperilor cu respectarea strictă a măsurilor de securitate
- în timpul perchezițiilor îmbrăcați mănuși din latex
Notă! *Mănușile din latex nu protejează de traumatizarea cu obiecte ascuțite.*
NU încercați să controlați manual un sector în afara câmpului de vedere
NU palpați cu mâinile sub suprafețele orizontale (mese, paturi)
- examinați vizual cearșafurile, plapumele, saltelele apoi scuturați-le înainte de a efectua percheziția manuală
Notă! *Pentru protecția personalului în timpul percheziției lenjeriei de pat și de corp, saltelelor, plapumelor este necesar de a îmbrăca un respirator.*
- efectuând percheziția în locurile greu accesibile utilizați oglinzi, lanterne, rigle.

În timpul acțiunilor violente:

În timpul acțiunilor violente riscul principal constă în traumatizarea prin lovitură, înțepătură cu ace sau alte obiecte ascuțite, mușcătură. Vă puteți proteja prin următoarele măsuri de precauție:

- apreciați just situația;
- evitați contactul cu sînge și alte lichide biologice umane:
 - fiți precauți în timpul reținerilor, perchezițiilor, adunării dovezilor, în special în timpul reținerii persoanelor consumatoare de droguri - fiecare reținut trebuie tratat ca o persoană potențial HIV infectată;
 - nu efectuați proceduri medicale în afara instituțiilor medicale;
 - nu permiteți efectuarea diverselor măsuri rituale (circumcizia, piercingul, tatuajul) cu instrumente nesterile în condiții neautorizate;
 - la frizerii, cabinetele de manichiură, cabinetele cosmetologice solicitați utilizarea de instrumente dezinfectate, sterile.

Profilaxia postexpunere profesională la HIV

Expunerea profesională este expunerea la sânge sau alte lichide biologice ca rezultat al contactului direct cu acestea, subcutanat, cu mucoase sau cu tegumente lezate în timpul exercitării obligațiilor de serviciu.

Acordarea asistenței în caz de expunere accidentală la HIV

Asistența de urgență după o expunere posibilă la HIV întrunește complexul de măsuri ce trebuie întreprinse imediat. Scopul acestora constă în reducerea timpului de expunere la lichidele biologice și țesuturile infectate (inclusiv la sânge), precum și prelucrarea corectă a locului expus, diminuând astfel riscul infectării.

Asistența de urgență în caz de leziuni cu ace sau cu alte instrumente ascuțite:

- dacă a fost lezată pielea (tăiere, înțepătură), locul lezat se va spăla cu apă cu săpun;
- plasarea suprafeței lezate sub un jet de apă curgătoare (timp de câteva minute sau pînă cînd se oprește sîngerarea), pentru a permite sîngelui să curgă liber din plagă;
- în lipsa apei curgătoare, locul lezat se va prelucra cu gel dezinfectant sau cu soluție pentru spălarea pe mîini;
- nu este indicată utilizarea remediilor cu acțiune puternică sau a soluțiilor concentrate (alcool, dezinfectante, soluție de iod), deoarece acestea ar putea irita suprafețele lezate, agravînd stărilor;
- este interzisă comprimarea sau frecarea suprafeței lezate

Asistența de urgență în cazul stropirii cu sânge sau alte lichide biologice

a) nimerirea picăturilor de sânge sau alte lichide biologice pe tegumentele intacte:

- Spălarea imediată a porțiunii expuse acțiunii lichidelor biologice;
- În lipsa apei curgătoare, prelucrarea cu gel dezinfectant sau cu soluție pentru spălarea pe mîini;

- Utilizarea remediilor dezinfectante diluate, de exemplu soluție de 2-4% de gluconat de clorhexidină;
- Este interzisă frecarea sau excorierea locului expus
- Este interzisă aplicarea unui bandaj

b) nimerirea picăturilor de sînge sau alte lichide biologice în ochi:

- Spălarea imediată a ochilor cu apă sau soluție fiziologică. În poziție așezată, aplecați capul pe spate și rugați colegul să vă toarne atent apă sau soluție fiziologică pe ochi, astfel încît aceasta să ajungă și sub pleoape, pe care le retrageți cu precauție
- Nu este indicată spălarea ochilor cu săpun sau soluție dezinfectantă

c) nimerirea picăturilor de sînge sau alte lichide biologice în gură:

- Scurpați imediat și clătiți gura cu apă sau soluție fiziologică. Repetați procedura de cîteva ori
- Nu folosiți pentru clătirea gurii soluții dezinfectante

Tratamentul postprofilactic/postexpunere la HIV

Persoana accidentată:

1. Timp de o oră de la accident trebuie să se prezintă la colaboratorul responsabil de înregistrarea și luarea în evidență a accidentului.
2. Maximum în 24 de ore de la accident trebuie să se prezinte la medicul infecționist de circumscripție sau la Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile (adresa: MD-2028, or. Codru, str. Costiujeni 5/1. Transport public: autobusul nr. 8, microbusele nr. 128 și 173), pentru evaluarea accidentului și testarea preliminară a persoanei expuse și a sursei, precum și pentru aplicarea profilaxiei postexpunerela HIV.

Consultarea persoanelor expuse

După examinare, colaboratorul responsabil de înregistrarea cazului de expunere:

- înregistrează accidentul într-un registru de evidență a accidentelor cu expunere profesională la HIV;

- întocmește actul de înregistrarea cazului de expunere profesională (informație confidențială) la HIV;
- raportează accidentul la Direcția Medicală MAI în maxim 24 de ore de la producere;
- efectuează testul rapid la HIV prin consiliere și testare voluntară, dacă acest test este disponibil. Testul se va efectua pentru persoana sursă de lichid biologic, în termen de 2 ore, cu transmiterea rezultatului medicului de la Direcția Medicală, căruia i-a fost raportat accidentul;
- trimitere persoana accidentată la medicul infecționist de circumscricție sau la Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile maxim în 24 de ore pentru inițierea tratamentului profilactic;
- asigură analiza semestrială a cazurilor de expunere profesională accidentală înregistrate în instituție și la nivel central (inspectorat, Direcția Medicală MAI), cu raportarea cauzelor și măsurilor întreprinse pentru prevenirea accidentelor ulterioare

În scopul prevenirii infectării cu HIV pe cale sexuală:

- evitați sexul ocazional;
- folosiți de fiecare dată prezervativul;
- în caz de sex ocazional neprotejat faceți testul la HIV;
- pentru mai multă informație apălați Linia verde a infecției HIV/SIDA;

(080080808). Apel gratuit

**Componenta setului individual pentru efectuarea
perchezițiilor și asigurarea protecției de infectarea
cu HIV/SIDA, hepatite virale
și alte maladii hemotransmisibile**

Nr. d/o	Component	Cantitate
1.	Trusă	1
2.	Instrucțiune pentru colaboratorii MAI "Acțiuni de minimalizare a riscului expunerii profesionale la infecția HIV și profilaxia postexpunere la HIV/SIDA"	1
3.	Lanternă	1
4.	Mănuși din latex dur	2
5.	Mănuși de unică folosință	2
6.	Oglindă	1
7.	Mască de protecție tip respirator	1
8.	Pungi de polietilenă pentru obiecte sustrate în timpul perchezițiilor	10
9.	Rigle de diferite lungimi	2
10.	Pense	2
	Pentru acordarea primului ajutor în caz de lezare	1 set
11.	Apă oxigenată, 3%	1 flacon de 50 ml
12.	Sulfacil sodiu, 30%	1 flacon de 10 ml
13.	Cloramină ori alt dezinfectant	Pastile/flacon
14.	Alcool etilic, 70°	50 ml
15.	Iod, soluție alcoolică	50 ml
16.	Fașă de tifon	2
17.	Emplastru	5

5. Cauzele accidentului _____

6. Măsurile de prim ajutor întreprinse: _____

7. Actul este întocmit în două exemplare la ora _____
data de _____ luna _____ anul _____

(funcția, titlul special, inițialele,

prenumele și semnătura persoanei, care a întocmit actul)

PROIECT DIDACTIC

TEMA 12. RECAPITULARE.

Instrucțiune pentru colaboratorii Inspectoratului General de Poliție al Republicii Moldova cu privire la profilaxia infecției HIV în grupurile cu risc sporit (45min)

1. Tezele principale:

- Considerațiuni generale
- Obiectivele și argumentarea acțiunilor colaboratorilor de poliție în grupurile de risc sporit de infectare cu HIV

2. Obiectivele:

Pentru ca studenții să-și sporească nivelul de cunoștințe și de înțelegere privind:

- Programul de instruire în domeniul HIV și principiile fundamentale pe care acesta se bazează;
- Obiectivele generale ale Programului ce țin de:
 - reducerea impactului epidemiei HIV
 - legislația în domeniul drepturilor omului și rolul vital al drepturilor omului în prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB, în reducerea impactului epidemiei HIV
 - modul în care convențiile și legile privind consumul de droguri ajută/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri
 - rolul politicilor locale, naționale și internaționale, a legilor ca bariere/sprijin în prevenirea, îngrijirea și tratamentul infecției HIV

3. Scopul final:

Studentii urmează:

- să aplice cunoștințele acumulate pe parcursul Programul de instruire la explicarea:
 - rolului respectării drepturilor omului în controlul epidemiei HIV
 - modului în care convențiile și legile privind consumul de droguri ajută /împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri
 - rolului politicilor locale, naționale și internaționale și a legilor ca bariere/sprijin în prevenirea, îngrijirea și tratamentul infecției HIV

4. Echipament și materiale necesare:

- Multimedia (proiector, laptop, ecran de proiecție (sau perete alb))
- Foi de Flip Chart A1 și markere
- Test de evaluare a cunoștințelor

5. Bibliografie:

1. Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018. Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri*.
2. Programul Național de Prevenire și Control al Infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
3. Legea Republicii Moldova nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV.
4. Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
5. Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020)
6. Legea Republicii Moldova nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
7. Legea Republicii Moldova nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
8. „Convențiile ONU privind consumul de drog” și Protocolul 1972: IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/global-advocacy/global-drug-control-system>

Lectura despre context:

9. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor. Politica privind consumul de drog: Lecții învățate și opțiuni pentru viitor, 2011 <http://idpc.net/publications/2011/02/drug-policy-lessons-learned-and-options-for-the-future> IDPC Ghidul Politicii privind consumul de drog - Ediția a2a, Martie 2012 <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>

10. Cartea despre Contextul pe Țară [Ukraina]; HIV și legea în Europa de Est și Asia Centrală 2011, în limba rusă HIV-and-the-law-in-Eastern-Europe-and-Central-Asia_
11. „Criminalitatea drogurilor și incriminarea amenință progresul privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului”, Octombrie 2010, The Lancet, Volumul 376, Ediția (Issue) 9747, pag. 1131-1132, 2 octombrie 2010.
12. UNAIDS 2011, „Raportul ONG-urilor privind mediile legale și răspunsul la HIV 2011”, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf
13. „Evaluarea inițială a percepției și comportamentului poliției față de consumatorii de droguri din Republica Moldova”, proiect implementat de Asociația Promo-LEX cu suportul Fundației Soros-Moldova.
14. Comisia Internațională privind Politica Drogurilor, „Războiul împotriva drogurilor și HIV/SIDA: Cum incriminarea consumului de droguri susține pandemia la nivel global 2012”, (de asemenea, în limba rusă) <http://www.globalcommissionon-drugs.org/hiv/>
15. Training on HIV for Police Services: Review of Policy and Practices, UNODC 2014

Privire de ansamblu asupra lecției

Activitatea de bază 30 min	Întrebați studenții	Notele cadrului didactic
<p>Trecere în revistă a temelor studiate în cadrul Programului de instruire în domeniul HIV.</p> <p>Enumerarea obiectivelor generale și elementelor-cheie ce țin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ reducerea impactului epidemiei HIV ■ rolul legislației în domeniul drepturilor omului în prevenirea infecției HIV, hepatitelor virale și TB, în reducerea impactului epidemiei HIV ■ modul în care convențiile și legile privind drogurile ajută/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului acestora ■ rolul politicilor locale, naționale și internaționale și a legilor ca bariere/sprijin în prevenirea, îngrijirea și tratamentul infecției HIV 	<p>Cadrul didactic va propune spre dezbateri următoarele întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stigmatizarea, discriminarea și drepturile omului – modul în care încălcarea drepturilor omului limitează accesul la serviciile de prevenire, tratament și îngrijiri, și ce înseamnă acest lucru pentru epidemia HIV și pentru cei care trăiesc cu HIV/SIDA – modul în care convențiile de combatere a drogurilor asigură/împiedică reducerea riscurilor asociate consumului de droguri 	<p>Cadrul didactic va generaliza informația prezentată pe durata cursului.</p> <p>Va prezenta lista organizațiilor ce implementează Programele de reducerea riscurilor</p>
<p>Activitatea 1 15 min</p>		
<p>Lucru individual Complectarea Testului de evaluare a cunoștințelor</p>	<p>Testul de evaluare a cunoștințelor</p>	

Conținutul prelegerii

Se va face o recapitulare a materialului studiat pe durata Programului de instruire în domeniul HIV (informația din prelegerile 1-11). Se vor enumera organizațiile care implementează Programele de reducerea riscurilor (dacă timpul permite, pot fi invitați reprezentanți ai acestor organizații).

Organizații care implementează Programele de reducerea riscurilor

1. Asociația Obștească „Tineretele femei-Cernoleuca”

Aria de acoperire: or. Donușeni, or. Soroca

Grup-țintă: utilizatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Tatiana Cojocar

Adresa: or. Donușeni, str. 31 August 15/3, MD 5102,

Tel.: (251) 2 51 16,

e-mail:cojocarutiana@mail.ru

2. Asociația Obștească „Împreună să salvăm viitorul”

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Oxana Osoianu

Adresa: or. Fălești, str. Toma Ciorba 3, MD 5903,

Tel.: (259) 2 34 44,

e-mail: oxana-osoianu@mail.ru

3. ONG „Tinerii pentru Dreptul la Viață”, Bălți

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile, prestatorii de servicii sexuale
contra plată

Persoana de contact: Ala Iațco

Adresa: mun. Bălți, str. Victoriei 7/A,

Tel./fax: (231) 3 93 32,

e-mail: protineret@yahoo.com,

web:http://tdvbalti.md/

4. Asociația Obștească „Viitorul Nostru”

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Ion Cheptene

Adresa: or. Rezina, str. Trandafirilor 6/2 ap. 30 MD 5400,

Tel.: (254) 2 46 95/2 50 92,

e-mail:icheptene@rambler.ru

5. Centrul „Adolescentul”

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile, prestatorii de servicii sexuale
contra plată

Persoana de contact: Svetlana Romanova

Adresa: or. Orhei, str. Eminescu 12, MD 3505,

Tel.: (235) 2 23 33, fax: (235) 2 12 27,

e-mail:svetlana1151@rambler.ru

6. Asociația Obștească „Reforme medicale”

Grup-țintă: prestatorii de servicii sexuale contra plată, șoferi de cursă lungă

Persoana de contact: Alexei Leorda

Adresa: mun. Chișinău, str. Titulescu 1 A, MD 2002,

Tel./fax: (22) 52 03 88,

e-mail: reforme_medicale@yahoo.com

7. Asociația Obștească „Pentru Prezent și Viitor” (fost ARS-SIDA)

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Nina Tudoreanu

Adresa: mun. Chișinău, Str. Columna 59.

Tel./fax: (22) 87 60 43,

e-mail: nina_tudoreanu@yahoo.com

web: <http://www.ppv.md/ro>

8. Asociația Obștească „Viața Nouă”

Grup-țintă: consumatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Ruslan Poverga

Adresa: mun. Chișinău, str. Independenței 6/2 (subsol), MD 2043

Tel: (22) 66 45 86, fax:(22) 66 38 50

E-mail: newlifemoldova@yahoo.com

web: <http://positivepeople.md/>

9. Centrul de Informații „GenderDoc-M”

Grup-țintă: comunitatea LGBT

Persoana de contact: Veceslav Mulear

Adresa: mun. Chișinău, str. 31 August 1989, 24B MD 2004, c/p 422,

Tel.: (22) 28 88 61/ 28 88 63, fax: (22) 28 01 94,

e-mail: info@gay.md

web: <http://www.lgbt.md/rom/genderdoc.php>

10. ONG „Vis-Vitalis”

Grup-țintă: utilizatorii de droguri injectabile, prestatorii de servicii sexuale contra plată

Persoana de contact: Igor Obadă

Adresa: or. Ungheni, str. I. Creangă 23/65, MD 3600,

Tel.: (236) 2 05 52/ 2 05 53, fax: (236) 2 05 52,

e-mail: iobada@mtc-un.md

11. Organizația Obștească “Viitorul Sănătos”

Grup-țintă: utilizatorii de droguri injectabile

Persoana de contact: Sandu Roman

Adresa: or. Tiraspol, str. Stradela 2, Borodinschi 2,

Tel./fax: (1600373-533) 26666,

e-mail: zdarov_budi@mail.ru

web: <http://positivepeople.md/партнеры/сообщество/информационный-центр-здоровое-буду/>