



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE OPIACEE

Protocol clinic național
(ediția III)

PCN - 225

Chișinău, 2022

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 20.05.2022, proces verbal nr.3

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
nr.702 din 18.07.2022 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tratamentul
farmacologic al dependenței de opiacee”

Cuprins

Sumarul recomandărilor	4
ABREVIERILE UTILIZATE ÎN PROTOCOL	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1 Diagnosticul	7
A.2 Codul bolii (CIM 10)	7
A.3 Utilizatorii	7
A.4 Scopurile protocolului	7
A.5. Data elaborării protocolului	7
A.6. Data actualizării protocolului	7
A.7. Data următoarei revizuirii	7
A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului	7
A.9 Definițiile folosite în document	8
A.10 Informația epidemiologică	10
B. PARTEA GENERALĂ	13
<i>B.1. Nivelul de asistență medicală primară</i>	13
<i>B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)</i>	15
<i>B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească</i>	17
C.1. ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ	18
<i>C 1.1 Algoritmul general de conduită a pacientului</i>	18
<i>C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum</i>	19
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	20
<i>C 2.1 Profilaxia</i>	20
<i>C.2.2. Screening-ul dependenței de opiacee</i>	20
<i>C.2.3 Conduita pacientului în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum</i>	20
<i>C.2.3.1 Anamneza</i>	21
<i>C.2.3.2 Manifestările clinice</i>	21
<i>C.2.3.3 Diagnostic</i>	23
<i>C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat</i>	23
<i>C.2.3.5 Prognostic</i>	24
<i>C. 2.3.6 Criterii de spitalizare</i>	24
<i>C.2.3.7 Tratament farmacologic al dependenței de opiacee</i>	24
<i>C.2.3.7.1 Criterii pentru prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu</i>	28

C.2.3.7.2 Asigurarea continuității tratamentului în cazul imposibilității de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective.....	29
C.2.3.7.3 Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în cazul pacienților cu maladii infecțioase	29
C.2.3.7.4 Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic la femei	30
C.2.3.8 Supravegherea.....	31
C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială	31
C.2.4. Complicațiile	32
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	33
D.1 Instituțiile de AMP	33
D.2 Secțiile consultative a IMSP Spitale Raionale,Municipale și Republicane.....	33
D.3 IMSP Dispensarul Republican de Narcologie	34
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	35
Anexa nr.1 Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum	42
Anexa nr.2 Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu Buprenorphinum *.....	46
Anexa nr.3 Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee	48
Anexa nr.4 Acordul între pacient și IMSP care aplică tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee (model).....	50
Anexa nr.5 Chestionar de colectare a informației inițiale în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee (model)	51
Anexa nr.6 Instrucțiune pentru medicii psihiatri-narcologi și psihologi privind tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum	52
Anexa nr.7 Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile	54
Anexa nr.8 Acord de parteneriat cu asociația obștească(model)	55
Anexa nr.9 Acord de colaborare între instituții medicale și Inspectoratul General de Poliție pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (model).....	59
Anexa nr. 10 Instrucțiunea privind modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum persoanelor în instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI	61
Anexa nr.11 Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic cu Methadonum	64
Anexa nr.11/1 Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic Buprenorphinum.....	65
Anexa nr.12 Caracteristicile și reacțiile adverse a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.Caracteristici comparative.....	66
Anexa nr.13 COWS – CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE.SCALA CLINICĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE.....	69
Anexa nr.14 SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE	71
Anexa nr.15 FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE OPIACEE.....	72
Anexa nr.16 Metode eficiente de prestare a serviciilor legate de COVID-19	74
BIBLIOGRAFIE.....	76

Sumarul recomandărilor

1. Consumul de substanțe psihoactive are mai multe scopuri de: consum, cu scop recreațional, cu scop medical și consum abuziv (dependența).
2. Consumul de droguri este o problemă globală. În conformitate cu Raportului Mondial pe Droguri al Agenției ONU pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității, 269 milioane de persoane au consumat droguri ilegale în 2020, din ei 35,6 milioane de oameni suferă de tulburări de consum de droguri, ceea ce înseamnă că consumul de droguri este dăunător și poate prezenta pericol pentru sănătatea publică.
3. Opiaceele rămân a fi considerate cele mai periculoase droguri, prin numărul mare de decese cauzate de supradozare, dar și datorita prevalenței înalte de maladii asociate consumului de droguri precum tuberculoză, HIV și hepatitele virale.
4. În Republica Moldova, la 01.04.2022, erau înregistrați oficial sub supraveghere medicală 11804 utilizatori de droguri, din care 3244 consumatori de droguri opiacee iar 514 HIV infectați.
5. Până în prezent au fost identificate 72 de factori de risc pentru consumul de substanțe și dependență. Acestea sunt cauzate de: sărăcia, rasismul, disfuncția socială, familiile slabe, educația slabă, educația slabă și grupurile de colegi care abuzează de substanțe. Acești factori de risc - precum și alți factori de mediu și genetici - influențează doar decizia inițială a unui individ de a utiliza substanțe de abuz.
6. Screening-ul privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele consumatoare în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică.
7. Dezintoxicarea: este o intervenție medicală pe termen scurt, prima etapă în tratamentul farmacologic al dependenței. Scopul constă în înlăturarea rezidurilor substanței stupefiante consumată din organism, cu diminuarea și combaterea simptomatice morfo-funcționale de sevraj, de ameliora a stării de sănătate și reducere a necesității patologice de consum.
8. Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, FTM - tratament farmacologic cu Methadonum, tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum folosit de asemenea ca "tratament de substituție" sau "tratament medicamentos asistat", "tratament agonist al opioidelor" presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanță cu proprietăți similare, în cazul dat Methadonum sau Buprenorphinum, licită, în scopul reducerii riscurilor asociate consumului ilicit.
9. Methadonum este un opiacee sintetic potent, efectul farmacologic al căruia este similar celui produs de morfină. Methadonum este biodisponibilă atunci când este consumată pe cale orală sau parenterală.
10. Buprenorphinum este un agonist-antagonist al receptorilor opioizi (agonist al receptorilor opioizi, și antagonist al receptorilor kappa). Preparatul este administrat sublingual.
11. Perioada aflării în tratament recomandată. Programul farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum este considerat de succes dacă depășește 12 luni, iar unele persoane dependente de opioide pot rămâne în tratament medico-social de întreținere mulți ani de zile sau pe durata vieții. În Republica Moldova perioada aflării în tratament recomandată este de minim 6 luni de zile, conform PN HIV și prevederilor Fondului Global.
12. Screening-ul privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică;
13. Tabloul clinic în consum de opiacee: dependența se dezvoltă în funcție de reacția individuală a persoanei, cu manifestări psihice și fizice, și se poate declanșa după câteva utilizări. La utilizarea regulată de opiacee apare rapid dependența fizică și psihică cu manifestări severe la sistarea utilizării, manifestată prin sindrom de abinență.
14. Sindrom de sevraj: reprezintă o stare morfo-funcțională patologică direct legată de consumul de droguri, care apare atunci când consumatorul dependent renunță la dozele lui obișnuite. Dacă dependența este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: algiile abdominale, musculare, în articulații, anorexie, grețuri, vomă, diaree, mioclonii, sialoree, midriază, insomnie, căscat, transpirații abundente, rinoree, stărnut, agitație, accese convulsive, anxietate, disconfort psihologic și fizic, etc.

15. Pentru administrarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum nu este obligatoriu spitalizarea. Screeningul, diagnosticul, prescrierea și administrarea tratamentului se vor face în condiții de ambulator.
16. Condițiile pentru includerea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee: a) tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee (CIM-10): F11.0-F11.9, b) vârsta mai mare de 18 ani c) actul de identitate, d) solicitarea personală și semnarea acordului informat, e) lipsa contraindicațiilor
17. Prin administrarea dozelor inițiale de Methadonum este important, ca pacientul să manifeste simptomele de sevraj, timpul administrării (în prima jumătate a zilei), sub supravegherea a personalului medical 3-4 ore pentru a precizarea dozei corecte indicate.
18. Administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreținere se stabilește în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este de 60-120 mg Methadonum, iar Buprenorphinum 8-16-34 mg
19. Instrument digital în administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreținere a oferi asistență clinică virtuală, psiho-socială și monitorizare bazată pe drepturi pentru persoanele din Farmacoterapie este la moment dezvoltat în Republica Moldova și va fi pilotat până în iunie 2022.
20. Consultările online pentru sprijinirea OST au fost recomandate printre utilizarea diferitelor strategii mai noi pentru a menține sprijinul clinic și psiho-social în timpul blocării COVID-19 pentru persoanele din OST.
21. Trecerea de la tratamentul de întreținere cu Methadonum la tratamentul cu Buprenorphinum: când efectele adverse ale metadonei sunt intolerabile, la cererea pacientului, când se urmărește trecerea pe un substitut cu un grad mai redus de potențial adictiv, în vederea unei viitoare detoxifieri.
22. Pacienților aflați în tratament cu Methadonum trebuie să li se reducă doza de Methadonum (sub 20 -10mg/zi) înainte de trecerea la Buprenorphinum.
23. Finalizarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee: în cazul tratamentului farmacologic cu Methadonum se recomandă ca doza de Methadonum să fie redusă cu 10 mg săptămânal, până când aceasta atinge 40 mg în zi, ulterior doza va fi micșorată cu 5 mg săptămânal până la 0. În cazul tratamentului farmacologic cu Buprenorphinum se recomandă ca doza să fie redusă cu 2 mg fiecare 2-3 zile până la 0.
24. Ritmul de reducere a dozei urmează a fi coordonat cu pacientul. În cazul în care administrarea trebuie finalizată mai devreme, este posibil de întrerupt și de administrat terapia simptomatică (antidepresive, complex de vitamine etc).
25. Evaluarea stabilității pacientului, în vederea prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, pentru ultimele 4 luni, trebuie să includă următoarele criterii: angajamentul continuu la tratament controlat – aderența la tratament cel puțin 4 luni; abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul tratamentului, confirmat prin screening; stabilizarea stării sănătății, stabilitatea social, situația familială favorabilă.
26. Tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru pacienții cu imposibilitate de a frecventa cabinetul. Pacientul (reprezentantul legal, rudele sau însoțitorii) comunică personalului medical sau lucrătorilor de poliție (felcerul izolatorului de detenție preventivă a Inspectoratului General de Poliție (IGP) că se află în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee. Modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee persoanelor din instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI se va efectua conform instrucțiunii.
27. În cazul utilizatorilor de droguri injectabile, HIV/SIDA-infecțați, după stabilizarea dozei de Methadonum sau Buprenorphinum se recomandă terapia antiretrovirală (ARV). În acest caz, supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul infecționist.
28. La identificarea pacientului infectat cu TBC, medicul narcolog recomandă consultația medicului ftiziopulmonolog, continuând astfel tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee concomitent cu tratamentul antituberculos.
29. Femeile aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum vor fi încurajate să continue tratamentul chiar și în cazul când rămân însărcinate.
30. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii tratamentul farmacologic cu

Methadonum sau Buprenorphinum necesită supraveghere și tratament de comun cu medicul psihiatru.

31. Pe lângă tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază și de asistența psihosocială, de la egal la egal (outreach), sau de schimbare a comportamentului.
32. Evaluarea multi-disciplinară a persoanelor cu consum de opiacee implică evaluarea de către: narcolog; psihiatru; psiholog; asistent social; lucrător de la egal-la-egal.
33. Teste neuropsihologice: Test DAST-10 – preconizat pentru evaluarea riscului de dependență în consumul de medicamente. Test CRAFT – evaluează riscul dependenței de alcool și alte substanțe psihoactive. Test ASIST – screening test (OMS ASSIST 11) la depistarea dependenței de alcool, produse de tutungerie și alte substanțe.
34. Nivelele de asistență medicală în caz de consum include: AMU, asistență medicală de ambulator, secțiile narcologice din cadru DRN și spitalelor de psihiatrie (adulți și adolescenți), cabinetul narcologic teritorial, CCSM, IMSP DRN și suport comunitar.
35. Asistența profilactică este orientat spre prevenirea recăderilor și integrarea socială a pacientului.
36. Programe de suport psiho-social adresate consumatorilor de SNPP și stimulatoare în formă de consolidarea rezilienței personale, crearea unui mediu de suport, psihoeducația etc.
37. Pandemiile și situațiile de urgență în sănătate, asemănătoare focarului actual de COVID-19: este important ca în perioada de criză să fie asigurat accesul neîntrerupt la serviciile medicale și sociale pentru consumatorii de stupefiante și persoanele cu adicții precum și să fie asigurate și prestate serviciile medicale necesare fixate în Standardele internaționale de tratament a dereglărilor, legate de utilizarea drogurilor.
38. Cabinete - saiturile de Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee sunt în sectorul civil cât și în penitenciare. Puncte în 7 orașe, inclusiv Chișinău, Bălți, Edineț, Comrat, Cahul, Fălești, Ungheni, și în 13 instituții penitenciare.

ABREVIERILE UTILIZATE ÎN PROTOCOL

CDI	Consumator de droguri injectabile
HIV	Virusul imunodeficienței umane
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
SIDA	Sindromul imuno-deficienței achiziționate
USMF „Nicolae Testemițanu”	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
UNAIDS	Agenția ONU pentru HIV/SIDA
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
UNODC	Agenția Națiunilor Unite împotriva Drogurilor și a Criminalității
AMP	Asistența medicală primară
AMUP	Asistența medicală prespitalicească
ART/ARV	Tratament antiretroviral
CCSM	Centru comunitar de sănătate mintală
DRN	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie al Ministerului Sănătății, www.imsprdn.md
FTM	Farmacoterapie cu Methadonum

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, în colaborare cu organizațiile internaționale și naționale active în domeniu.

PCN este elaborat în conformitate cu ghidurile clinice internaționale actuale privind dependența prin consum de opiacee la persoanele adulte și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții.

La recomandarea Ministerului Sănătății pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în PCN.

PCN a fost consultat în cadrul grupului de lucru pe *Îmbunătățirea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee*.

Elaborarea PCN s-a efectuat de către grupul de lucru cu participarea experților Agenției Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC) în Moldova, precum și specialiștilor din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și Agenția ONU pentru HIV/SIDA (UNAIDS).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1 Diagnosticul: Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee.

A.2 Codul bolii (CIM 10): F11.0 - F11.9

A.3 Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medicii de familie, asistentele medicilor de familie);
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medicii psihiatri-narcologi);
- IMSP DRN (medici psihiatri-narcologi, psihologi, psihoterapeuți și lucrători sociali);
- Departamentul Instituțiilor Penitenciare (medici psihiatri-narcologi).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4 Scopurile protocolului:

- A spori ponderea persoanelor care vor renunța la consumul de droguri injectabil și se vor reintegra în societate.
- A spori ponderea consumatorilor de droguri injectabile încadrați în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
- A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C și HIV/SIDA printre consumatorii de droguri injectabile.
- A crește eficacitatea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee prin prevenirea recăderilor, și prin menținerea abstenenței, reintegrarea socială, familială, profesională, precum și ameliorarea stării generale a sănătății.
- A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre consumatorii de droguri injectabili.
- Reducerea compartimentului criminogen.

A.5. Data elaborării protocolului: 2015

A.6. Data actualizării protocolului: 2018, 2022

A.7. Data următoarei revizuirii: 2027

A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului:

Numele	Funcția deținută
<i>Tudor Vasiliev</i>	director, IMSP DRN, Președintele Comisiei de Specialitate a MS
<i>Ghenadie Zaporozjan</i>	vicedirector, IMSP DRN
<i>Mihail Oprea</i>	medic psihiatru-narcolog, IMSP DRN

<i>Anatol Nacu</i>	dr. hab. șt. med., prof. univer., șef Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Igor Nastas</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Oprea</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Mihail Moroșanu</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Petru Oprea</i>	șef secție dispensar, IMSP DRN
<i>Aliona Ovcearenco</i>	șef Centrul de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, IMSP DRN
<i>Lilia Fiodorova</i>	medic psihiatru-narcolog, IMSP DRN
<i>Victor Ianovschi</i>	psiholog, IMSP DRN
<i>Vasilisa Covalschi</i>	psiholog, IMSP DRN
<i>Ala Iațco</i>	președintele uniunii pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
<i>Ina Tcaci</i>	coordonator de proiect UNODC Moldova
<i>Svetlana Plămădeală</i>	coordonator UNAIDS Moldova

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Catedră de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatol Nacu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univer., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Neuroștiințe”	<i>Stanislav Groppa</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de familie	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Farmacologie și farmacologie clinică.	<i>Bacinschi Nicolae</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de laborator	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Lina Gudima</i> , director general adjunct
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Iurie Osoianu</i> , director general adjunct
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9 Definițiile folosite în document

Starea de ebrietate condiționată de consumul produselor/substanțelor stupefiante opiacee sau a medicamentelor cu efecte similare acestora: stare survenită în urma consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, ce provoacă ebrietate și care are drept urmare dereglarea psihofuncțională a organismului, confuzie mentală, diminuarea bruscă a funcțiilor psihice, tulburări ale sistemului cardiovascular, respirator etc.

Dependența de droguri – este o boală cronică a creierului, care cauzează un comportament compulsiv de a căuta și folosi substanțele respective. Deși prima utilizare a drogurilor este o alegerea a fiecăruia, se menționează și faptul, că dependența este o boală pentru că apar modificări în structura creierului care influențează capacitatea de decizie a persoanei în cauză. Din aceste motive, dependența de droguri trebuie tratată ca orice altă boală, cu medicație și ajutor psihosocial.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), dependența de substanțe se definește ca o stare severă de sănătate, cu dereglare complexă a funcțiilor fiziologice, cognitive și de comportament „în

care utilizarea unei substanțe devine prioritară pentru consumator față de alte comportamente ce erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ”. Nu există un tratament unic potrivit pentru toți pacienții cu tulburări de consum de droguri, de aceea, diversificarea tratamentului, prin folosirea diferitor tipuri de substanțe și combinarea farmacoterapiei cu asistență psihoterapeutică și psihosocială complexă va avea impact mai mare asupra remisei îndelungate a pacienților.

Sindrom de sevraj – reprezintă o stare patologică direct legată de dependența de droguri, care apare atunci, când consumatorul dependent renunță la dozele lui obișnuite. Dacă dependența este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: hipertensiune arterială, palpitații, transpirație profundă, dureri musculare, dureri în articulații, cefalee, vertijuri, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic, etc.

Dezintoxicarea este o intervenție medicală pe termen scurt, o primă etapă a tratamentului farmacologic al dependenței. Scopul acesteia constă în înlăturarea din organism a rezidurilor substanței stupefiante consumată, cu diminuarea și combaterea simptomatice morfo-funcționale de sevraj, fapt care conduce la ameliorarea funcțiilor vitale.

FTM - Farmacoterapia cu Methadonum, tratament farmacologic cu Methadonum, tratamentul farmacologic

al dependenței de opiacee, tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorfinum folosit de asemenea ca tratament de substituție sau tratament medicamentos asistat, tratament agonist al opioidelor presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanță cu proprietăți similar, în cazul dat Methadonum sau Buprenorfinum, licită, în scopul reducerii riscurilor asociate consumului ilicit.

Methadonum* este considerată standardul de aur în tratamentul dependenței de opiacee și face parte din lista medicamentelor esențiale. Methadonum este un opiaceu sintetic potent, efectul farmacologic al căruia este similar celui produs de morfină (agonist total puternic al receptorilor μ și k). Methadonum este biodisponibilă atunci când este consumată pe cale orală sau parenterală. Efectul principal al metadonei este realizat prin receptori și este similar celui produs de opioidele endogene cum ar fi enkefalina și endorfina. Methadonum sporește eliminarea unor neuromediatori: acetilcolina, noradrenalina și dopamina. Constatările recente denotă faptul că Methadonum poate spori concentrația de serotonină în sinapse, prin urmare, folosirea concomitentă a altor medicamente care, la fel, sporesc concentrația de serotonină în sinapse (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, medicamente antimigrenoase, etc.) necesită o ajustare precaută¹. În cazul în care persoanele cu dependență de opiacee primesc Methadonum într-o doză adecvată, aceasta, de obicei, duce la o scădere a dorinței de a utiliza heroina și alte opiacee, suprimă simptomele de sevraj la opiacee și blochează efectele euforice ale altor medicamente sau substanțe opiacee.

La începutul propoziției denumirea medicamentului cu majusculă (Menadionă), dar în interiorul propoziției cu minusculă (menadionă). Revedeți restul textului.

Buprenorfinum* – reprezintă o alternativă pentru Methadonum în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee și care are avantajul utilizării peste o zi. Buprenorfinum contribuie la reprimarea simptomelor de sevraj pentru o perioadă mai îndelungată decât Methadonum, reducând în acest mod și frecvența vizitelor la medic.

Buprenorfinum este un agonist-antagonist al receptorilor opioizi (agonist parțial al receptorilor μ și antagonist al receptorilor k). În doze mici are acțiune agonistă, iar în doze mari antagonistă. Buprenorfinum reduce necesitatea de consum a heroinei. Preparatul este administrat sublingual (consumul peroral este inefficient). Doza obișnuită constituie 4-16mg/zi. În cazul dependenței de opiacee, Buprenorfinum poate fi administrată după 4 ore de la ultimul consum de droguri. Doza inițială constituie 8-16mg/zi.

Supradozaj- este introducerea în organism a unei cantități de substanță mai mare decât poate suporta persoana și care poate produce decesul. Există doua tipuri de supradozaj: letală și care duce la

disfuncția severă morfologică.

Agonist opioid este un medicament care activează receptorii opioizi (miu- μ sau kappa-k). Agonistul total puternic (Methadonum) continuă să acționeze asupra receptorilor până când aceștia sunt activi în totalitate sau până la atingerea efectului maxim, având ca rezultat reducerea dorinței de consum, blocarea efectelor euforice asociate cu heroina și alte opioide și prevenirea recăderii.

Agonistul parțial (Buprenorphinum) activează receptorii (miu- μ), dar nu în aceeași măsură ca un agonist complet, efectele cresc până la atingerea unui anumit nivel. După atingerea și menținerea acestui nivel, persoanele cu dependență de opioide nu vor avea simptome de sevraj.

Antagonist opioid (naltrexonă) interacționează cu receptorii opioizi (miu- μ , kappa-k) cu afinitate mai mare decât agonistii și îi blochează ca urmare, împiedică neuronii să răspundă la opioide și prevenirea recidivei. Administrarea de naltrexonă injectabilă cu acțiune prelungită crește șansele de recuperare a persoanelor cu tulburări de consum de opioide.

Perioda de tratament recomandată. Din analiza bazei de date științifice oferite de Institutului Național pentru Abuzul de Droguri din SUA (NIDA) tratamentul tulburărilor de consum de droguri cu o durată mai puțin de 90 de zile are o eficiență limitată pe termen mediu și lung, iar tratamentul care durează semnificativ mai mult este recomandat pentru menținerea rezultatelor pozitive pe termen lung. Programul farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum este considerat de succes dacă depășește 12 luni, iar unele persoane dependente de opioide pot rămâne în tratament medico-social de întreținere mulți ani de zile sau pe durata vieții. În Republica Moldova perioada aflării în tratament recomandată este de minim 6 luni de zile, conform PN HIV.

A.10 Informația epidemiologică

Consumul de droguri este o problemă globală. În conformitate cu Raportului Mondial pe Droguri al Agenției ONU pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității, 269 milioane de persoane au consumat droguri ilicite în 2020, din ei 35,6 milioane de oameni suferă de tulburări de consum de droguri, ceea ce înseamnă că consumului de droguri este dăunător și poate prezenta pericol pentru sănătatea publică.

Opiaceele rămân a fi considerate cele mai periculoase droguri, prin numărul mare de decese cauzate de supradozare dar și datorită prevalenței înalte de maladii asociate consumului de droguri precum tuberculoză, HIV și hepatitele virale. La nivel mondial 1,4 milioane din consumatorii de droguri trăiesc cu HIV și 5,6 milioane cu hepatita C. Drogurile opiacee sunt substanțe ilicite precum heroina, opiumul, derivații din plante de mac dar și substanțele farmaceutice și sintetice opioide (strict reglementate) precum tramadolul, hidrocodonul, oxicodonul, promedolul, morfina, codeina, omnoponul, dioninul și fentanilul. Drogurile ilicite, inclusiv drogurile opiacee au fost interzise prin Convențiile Internaționale de Control al Drogurilor din 1961, 1972, 1988, ratificate de Republica Moldova în anul 1995 (53).

Tulburările de consum a drogurilor prezintă o povară semnificativă pentru persoanele afectate, familiile lor și comunitățile în care traiesc aceștia. Dependența de droguri, în special de opiacee, netratată duce la costuri substanțiale pentru societate, inclusiv prin reducerea productivității, cheltuieli sporite pentru îngrijirea sănătății consumatorilor de droguri, costuri legate de justiție penală, bunăstare socială și alte consecințe sociale. Răspunsurile la provocările legate de droguri trebuie să prevadă aspecte sociale și de sănătate, iar accentul trebuie pus pe acele acțiuni sau intervenții care abordează nu doar consumul problematic de droguri, sănătatea socială dar și daunele sociale, precum decesele în urma supradozării, bolile infecțioase, problemele de sănătate mintală și cele legate de excluderea socială a acestui grup de populație. Prin urmare, sistemul de tratament al persoanelor cu tulburări de consum a drogurilor este o investiție în sănătatea persoanelor respective dar este, de asemenea și o investiție în dezvoltarea sănătoasă și sigură a familiilor, comunităților și a țărilor (53).

Evidența științifică amplă în domeniul farmacoterapiei cu Methadonum și Buprenorphinum confirmă faptul că tratamentul are un grad înalt de eficiență pentru dependența de opioide intravenoase dacă se efectuează concomitent cu asistența psihosocială complexă. Tratamentul are un grad sporit de cost-eficiență, 1 dolar investit aduce beneficii de cca 7 dolari, conform datelor

prezentate de Institutul Național pentru Abuzul de Droguri American (NIDA). De asemenea, studiile clinice desfășurate în Marea Britanie și Statele Unite ale Americii (SUA) sugerează că tratarea dependenței de opioide numai prin detoxifiere farmacologică are rate înalte de revenire la consumul de droguri ilegale, pe când intervenția medicamentoasă în combinație cu asistență psihosocială are rate de succes înalte în remisia îndelungată a pacienților și retenția acestora în tratament. Ori un obiectiv principal al inițierii tratamentului farmacologic, trebuie să fie motivarea pacientului pentru un tratament pe termen mai lung dar și reabilitarea socială treptată cu scopul reintegrării în societate a persoanei.

La nivel de țară datele specifice consumului de droguri au fost colectate în cadrul studiului "Cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor de 15-24 ani cu referire la HIV/SIDA", a.2006, 2008, 2010, 2012. Rezultatele privind tendințele consumului de droguri sunt incluse în raportul anual "Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova", 2013. Republica Moldova a implementat trei runde ale studiului ESPAD. Conform metodologiei se anchetează toți elevii din clasele cu o pondere mare de elevi de vîrsta de 16 ani (în cazul Republicii Moldova aceștia sunt în clasele a 8-a și a 9-a), dar pentru comparabilitate între țări în baza finală a studiului la nivel european se păstrează doar elevii din grupul țintă (în cadrul ESPAD 2015 aceștia sunt elevii născuți în anul 1999). Rezultatele privind tendințele de consum sunt incluse în raportul anual "Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova", 2015.

În cadrul studiului integrat bio comportamental IBBS 2020, desfășurat în rândul persoanelor consumatoare de droguri injectabile (CDI), principalul drog injectat pe durata ultimei luni este divers în dependență de localitatea desfășurării studiului. În municipiul Chișinău și Bălți tipurile de droguri cel mai des consumate pe parcursul ultimei luni sunt substanțele noi cu proprietăți psihoactive, 50,8%, și respectiv 34,6%. În Tiraspol predomină extractul de opiu (mac) cu 55,2% iar în Rîbnița metamfetaminele -57,9%.

În anul 2020 s-a desfășurat repetat exercițiul de estimare a mărimii grupurilor de consumatori de droguri injectabile, lucrătoare ale serviciilor sexuale și bărbați care practică sex cu bărbații, având la bază ultimele recomandări din Ghidul OMS pentru supravegherea bio comportamentală în populațiile cu risc sporit de infectare cu HIV. Estimările s-au făcut separat pentru municipiile Chișinău și Bălți de pe malul drept al râului Nistru și pentru municipiul Tiraspol, or. Râbnița de pe malul stîng al râului Nistru. Mărimea estimată a grupului de CDI în Republica Moldova în anul 2020 este de 27,5 mii, cu 22,78 mii pentru malul drept și 4,72 mii pentru malul stîng al râului Nistru. Numărul estimat de consumatori injectabili de opiacee este de circa 47% din numărul estimat de consumatori de droguri injectabile, ceea ce constituie aproximativ 12 920 persoane. Merită de menționat că injectarea opiaceelor printre PCID diferă esențial de la un teritoriu la altul, cea mai răspândită fiind pe malul stîng (circa 54,8%).

În Republica Moldova, la 01.04.2022, erau înregistrați oficial sub supraveghere medicală 11804 utilizatori de droguri, din care 3244 consumatori de droguri opiacee iar 514 HIV infectați.

În anul 2002, în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie a fost lansat proiectul pilot de tratament farmacologic cu Buprenorphinum, iar din 2004 se implementează tratamentul medico-social cu Methadonum. Implementarea tratamentului de acest fel a fost extinsă și în sistemul penitenciar în anul 2005. Tratamentul este bazat pe o amplă evidență științifică în domeniu medical, medicamentele fiind incluse în catalogul medicamentelor esențiale, fiind recomandat de către Organizația Mondială a Sănătății, Agenția ONU pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității, Institutul Național American pentru Tratamentul Adicțiilor dar și de Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie pentru tratamentul dependenței de opiacee.

Deși în 2015 a avut loc extinderea geografică a punctelor de tratament, atât în sectorul civil cât și în penitenciare, disponibilitatea geografică a tratamentului în țară rămâne a fi redusă, fiind disponibile doar în 8 orașe, inclusiv Chișinău, Bălți, Edineț, Comrat, Cahul, Fălești, Rezina, Ungheni și în 13 instituții penitenciare. Punctul de tratament de la Soroca a fost închis în urmă cu 2 ani

Tabel 1. Distribuția pe puncte de tratament a pacienților în tratament medico-social cu Methadonum și Buprenorphinum la 01.07.2021 (c.abs.)

Nr./o	Oraș/regiunea	Total pacienți	Bărbați	Femei
1	IMSP Dispensarul Republican de	275	240	35

	Narcologie Chișinău, două puncte de tratament: sect.Centru și Botanica			
2	Spitalul Municipal Bălți	92	80	12
3	Spitalului raional Comrat	38	37	1
4	Spitalului raional Cahul	11	11	0
5	Spitalului raional Edineț	11	11	0
6	Spitalului raional Rezina	1	1	0
7	Spitalului raional Ungheni	19	18	1
8	Spitalului raional Fălești	28	23	5
9	Administrația Națională a Penitenciarelor	90	82	8
	TOTAL	565	502	63

Tratamentul medico-social, sau farmacoterapia cu Methadonum și Buprenorphinum sunt tratamente, și nu substituție a drogurilor din stradă. Deoarece, Methadonum și Buprenorphinum sunt opioide, există tendința de a considera acest tratament pentru dependența de opioide ca fiind doar substituții ale unui medicament adictiv cu altul. Însă luarea acestor medicamente sub supravegherea specialiștilor medicali și psihosociali permite pacienților să se încadreze în câmpul muncii, să evite criminalitatea stradală și violența și să-și reducă expunerea la HIV prin oprirea sau scăderea consumului de droguri injectabile și a comportamentului sexual cu risc ridicat. Pacienții stabiliți pe aceste medicamente se pot implica, mai ușor în consiliere și alte intervenții comportamentale esențiale pentru recuperare.

Pentru a beneficia de tratament cu Methadonum sau Buprenorphinum în Republica Moldova, persoana poate să se adreseze benevol după asistență medicală în instituțiile medico-sanitare publice. Numărul cumulativ de beneficiari ai tratamentului, de la inițierea acestuia din anul 2004, este de 2081 pacienți. Numărul de persoane încadrate la moment în tratament este de 569 persoane (sectorul civil + penitenciar : 518 în tratament cu Methadonum iar 51 în tratament cu Buprenorphinum. Din numărul de pacienți care primesc tratament medico-social 503 sunt bărbați și 61 sunt femei. De la începutul anului 2021 până la data de 31.12.2021 numărul pacienților noi care au fost incluși în tratament este de 98 din care 12 în tratament cu Buprenorphinum.

Din 2020, din cauza disponibilității limitate a tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum în alte teritorii administrative, crește riscul de răspândire a maladiilor infecțioase, precum a infecției HIV, hepatitelor virale, tuberculozei pulmonare, etc., tratamentul cărora este de durată și costisitor.

În concluzie menționăm faptul, că beneficiile tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum sînt indiscutabile (53):

- crește calitatea vieții pacienților și familiilor acestora;
- transformă consumatorii de droguri dintr-un potențial delincvent într-un individ asistat social și medical;
- micșorează riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale și HIV/SIDA-infecție;
- reduce semnificativ expunerea la un comportament riscant;
- reduce anxietatea legată de căutarea drogurilor;
- reduce semnificativ posibilitatea supradozei;
- facilitează reabilitarea după eliberarea din detenție;
- scade considerabil rata recidivului criminal.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	<p>Modificarea comportamentului riscant în aspectul respectării unui mod sănătos de viață care este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase. Prevenția primară a inițierii consumului de droguri este necesară persoanelor de vîrstă tînă (de la 10 ani) odată cu apariția comportamentului agresiv, disperări în viață, anxietății, stărilor de mînie sau depresie, auto agresivității. Profilaxia primară constă în:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● formarea laturii cognitive (de a ști, de a cunoaște despre urmările nefaste a consumului de droguri sau substanțe psihoactive cu efect similar drogurilor); ● formarea laturii motivaționale, formative – de a forma motivații, atitudini și aptitudini pozitive de viață, de comportament sănătos; ● formarea laturii afective (de a ști să fii sănătos, de a forma abilități, de a duce un mod de viață sănătos, aplicînd metode de educație generală. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informare, educare și comunicare cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Identificarea persoanelor cu un comportament delincent, cu consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante cu asigurarea ulterioară a consultației la medicul psihiatru-narcolog, la servicii de suport psiho-social și medical (grupuri de suport reciproc). - Asigurarea cu informații relevante. <p>(Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee – anexa 3)</p> <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuarea motivației în inițierea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor. - Evaluarea consumului de droguri în baza chestionarului standard, assist OMS (<i>anexa ____Screening test____</i>) - Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante cu privire la riscul apariției dependenței și consecințelor ulterioare al acesteia, precum și orientarea acestora către tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.
2. Screening	<p>Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire, permite realizarea intervențiilor curative, calitative și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin dependență.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <p>Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte</p>

		similare acestora, în mod respectuos, informând pe deplin necesitatea și beneficiile examinării, stimulând atractivitatea examinării medicale și calitatea serviciilor medicale.
3. Diagnostic		
3.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependență	Suspectarea dependenței, necesită supravegherea medicală minuțioasă (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, depistarea și asigurarea măsurilor de profilaxie în conformitate cu PCN.	Obligatoriu: -Anamneza (<i>caseta 4</i>). -Tabloul clinic a consumului de opiacee (<i>caseta 5</i>).
3.2. Luarea deciziei vizavi de necesitatea consultației la medicul specialist	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee: <ul style="list-style-type: none"> • consumul curent și anterior de droguri; • prezența simptomelor caracteristice depresiei, agresivității, violenței, comportamentului delincvent, etc. 	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee. Obligatoriu: Toate persoanele suspectate în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, necesită consultația medicului psihiatru-narcolog.
4. Tratamentul		
4.1. Modificarea Comportamentului riscant	Modificarea comportamentului riscant va contribui la ameliorarea sănătății și la micșorarea riscului de îmbolnăviri.	Obligatoriu: -Orientarea spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea unui mod sănătos de viață. - Referirea la medicul psihiatru-narcolog pentru medicație. Recomandat: - Diminuarea motivației inițierii consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin elucidarea consecințelor.
5. Supravegherea		

5.1. Supravegherea medicală cu evaluarea ulterioară a riscurilor de îmbolnăvire prin dependență și maladii non-infecțioase	Periodicitatea vizitei la medic este direct proporțională cu starea sănătății a pacientului, în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății precum și cu indicațiile medicale.	Supravegherea se va efectua de către medicul psihiatru-narcolog în colaborare cu alți specialiști.
--	---	--

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III

1. Profilaxia

1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	Modificarea comportamentului riscant prin respectarea unui mod sănătos de viață, care este benefic pentru sănătatea publică, și care va micșora riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase.	<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informarea, educarea și comunicarea cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Identificarea persoanelor cu un comportament delinvent și consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante cu asigurarea ulterioară a recomandării privind necesitatea consilierii, corecției psihologice și după caz, necesitatea încadrării în programele de profilaxie și medicație. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor. - Diminuarea motivației de inițiere a consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante privind riscul apariției dependenței și a consecințelor acestora de comun cu societatea civilă și ONG-urile cointerestate.
---	--	---

2. Diagnostic

2.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependența de droguri	Suspectarea dependenței impune supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, și asigurarea	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamneza (caseta 4). - Tabloul clinic în consum de opiacee (caseta 5).
---	---	--

	măsurilor de profilaxie și de medicație conform PCN	- Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 10</i>). - Estimarea rezultatelor în confirmarea adicției prin consum de opiacee și/sau alte substanțe. Recomandabil: - Analiza urinei, salivei și a sângelui pentru identificarea consumului de substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (<i>caseta 8</i>).
2.2. Stabilirea diagnosticului de dependență prin consum de opiacee	Necesitatea de diagnosticare a dependenței prin consum de opiacee și determinarea dozei de stabilizare cu metadonum sau buprenorfinum.	Obligatori: - Anamneza (<i>caseta 4</i>). - Tabloul clinic în consum de opiacee (<i>caseta 5</i>). - Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 10</i>). - Estimarea rezultatelor investigațiilor clinice și paraclinice cu confirmarea ulterioară a dependenței prin consum de opiacee.
2.3. Luarea deciziei privind necesitatea implicării în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	Stabilirea diagnozei, a comportamentului riscant, precum și a consecințelor medicale și sociale în acest sens, permit recomandarea tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.	Obligatori: Evaluarea condițiilor pentru includerea în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (<i>caseta 11</i>).
3. Tratamentul		
3.1. Asistența medicală în cazul dependenței de droguri și în modificarea comportamentului dependent	Modificarea comportamentului dependent este benefic pentru sănătatea publică și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin maladii infecțioase și noninfecțioase.	Obligatori: 1. Ședință de consiliere pentru inițierea tratamentului antidrog. 2. Prescrierea tratamentului medicamentos asistat. 3. Dezintoxicarea pentru ameliorarea sindromului de sevraj. 4. Orientare spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea modului sănătos de viață. Recomandabil: Respectarea modului sănătos de viață, implicarea în activitățile profesionale și sociale.
3.2. Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorfinum	Tratamentul în condiții de ambulator se efectuează în scopul creării unor abilități cognitive, care să favorizeze rezistența presiunii psiho-sociale, pentru controlul stresului emoțional în scopul creării abilităților de autorelaxare și a capacităților de comunicare interpersonală.	Obligatori: - Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorfinum (<i>Caseta 15 și 16</i>). Recomandat: Program de Reducere a Riscurilor

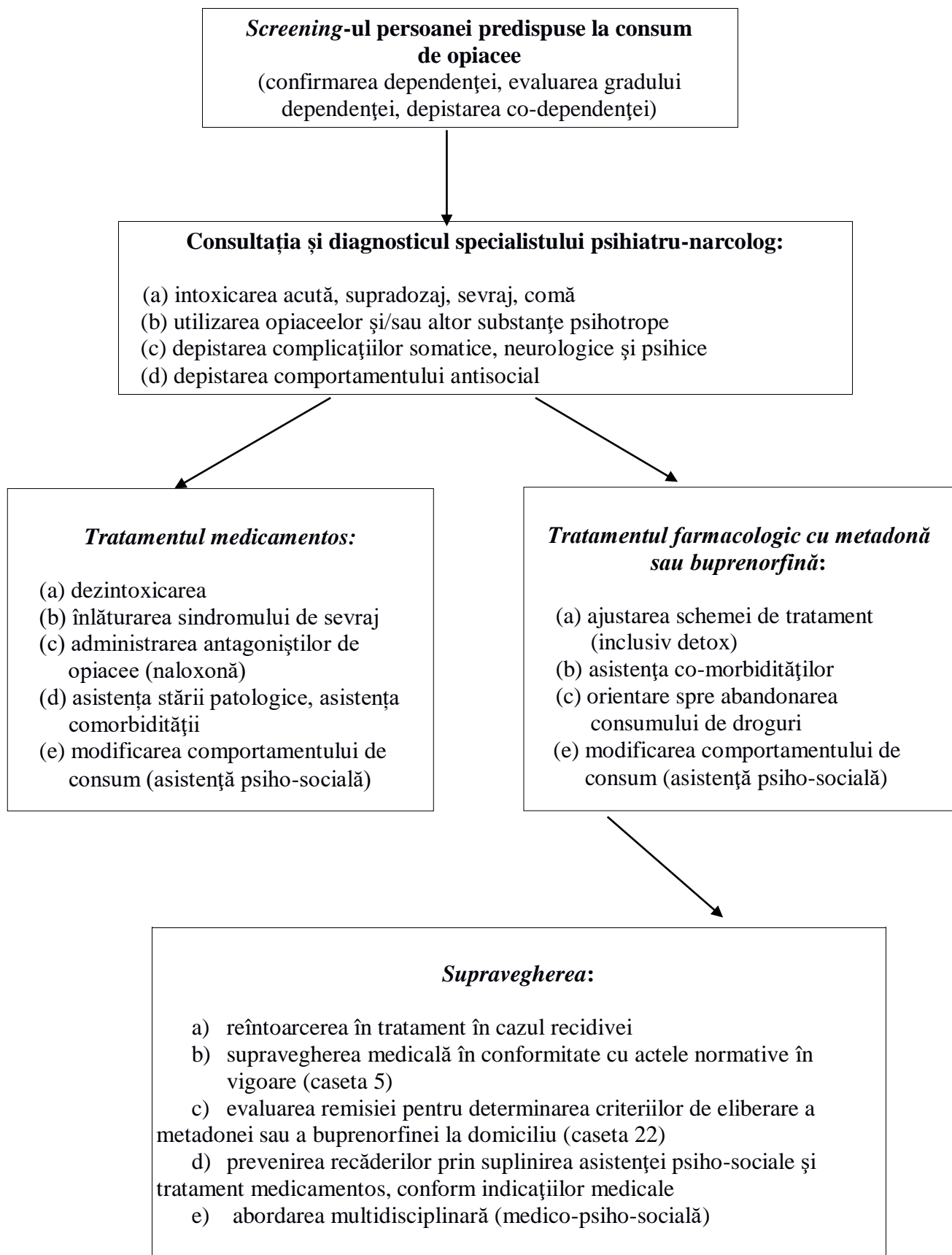
3.3. Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială	Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială contribuie la formarea atitudinii critice a beneficiarului față de problemele de sănătate, sociale, profesionale și familiale.	Obligatoriu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Psihoterapia rațională. 2. Psihoterapia sugestivă. 3. Psihoterapia cognitive comportamentală 4. Asistența socială 5. Consilierea de la egal la egal 6. Grupul de suport reciproc
4. Supravegherea		
Supravegherea medicală în dinamică	Supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul de familie și cu alți specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social care va contribui la soluționarea multiplelor probleme legate de dependență.	Obligatoriu: Supravegherea medicală se va efectua în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății.

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească

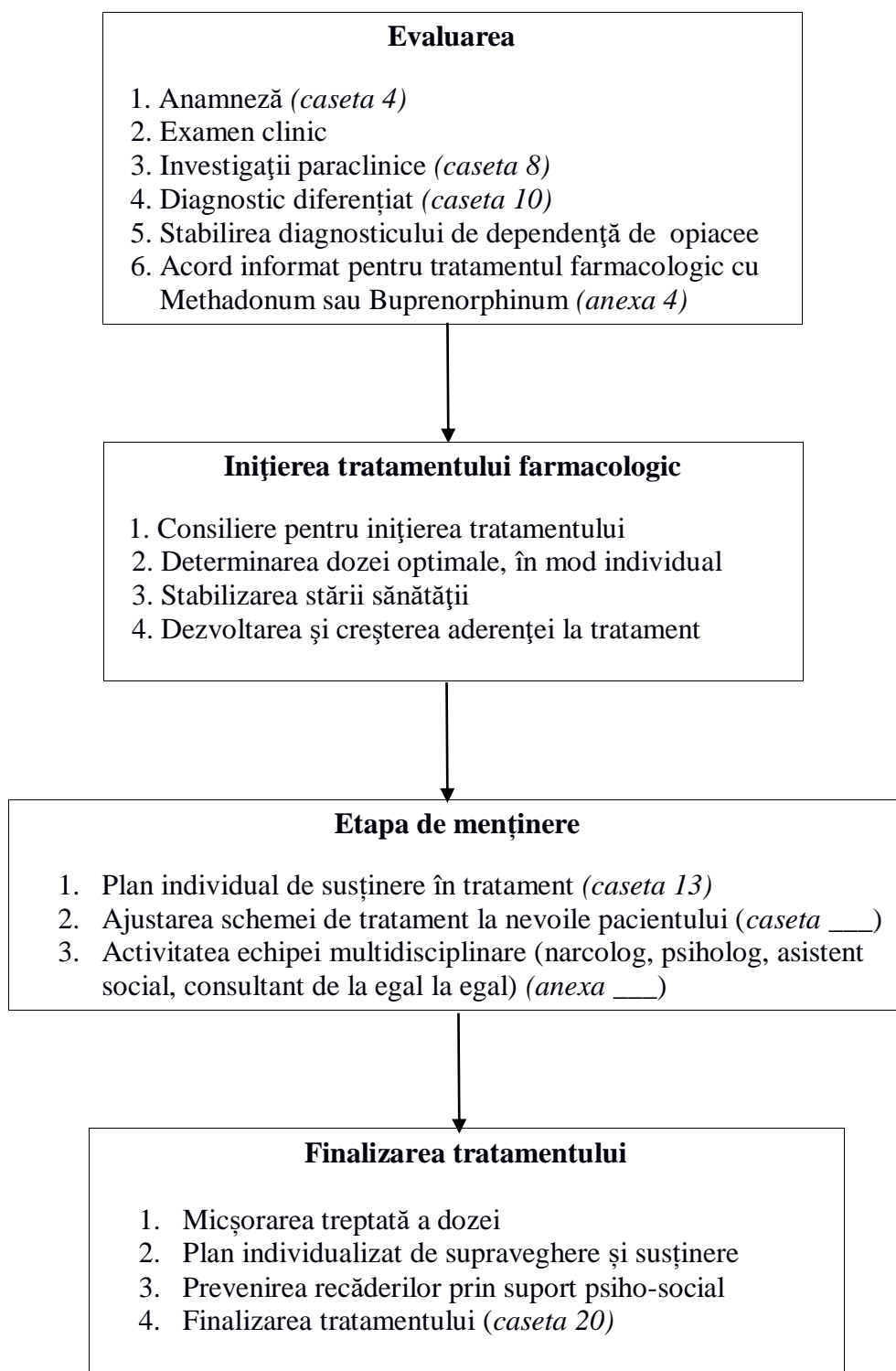
Screening-ul, diagnosticul și implicarea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee nu este obligatoriu în condiții de spital.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului



C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1 Profilaxia

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum a fost recunoscut drept un instrument cost-eficient în soluționarea problemelor de sănătate, de prevenire a răspândirii infecției HIV și a hepatitelor virale și de sporire a aderenței persoanelor HIV pozitivi la terapia ARV.

Totodată, constatăm și faptul, că tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum contribuie atât la prevenirea supradozei și consumul ilicit de droguri, precum și la micșorarea criminalității printre acest contingent.

C.2.2. Screening-ul dependenței de opiacee

Caseta 1. Screening-ul dependenței de opiacee

1. *Screening-ul* privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică;
2. *Screening-ul* privind consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora se va efectua doar cu acordul informat al pacientului, iar rezultatele acestuia nu vor servi drept cauză categorică pentru sistarea tratamentului;
3. *Screening-ul* în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, în asocieră cu analizele de urină, salivă, sânge, reflectă rezultatele tratamentului.
4. *Screening-ul* diferențiat privind efectele dependenței în asociație cu alte maladii mintale, comunicabile și necomunicabile.
5. *Alegerea* tratamentului, în funcție de solicitarea pacientului, având în vedere indicații și contraindicații (precum alergie la Methadonum). Methadonum în comparație cu Buprenorphinum are o acțiune de mai lungă durată fiind un agonist complet, cu toate acestea, Buprenorphinum este un agonist parțial dar are un efect analgezic mai puternic. În cazul metadonei, în timp se poate dezvolta toleranța față de preparat și este necesară ajutorarea tratamentului, în cazul buprenorfinei este o limită până, de 32mg, după care pacientul nu mai are nevoie aditional de preparat.

C.2.3 Conduita pacientului în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum

Caseta 2. Efectele tratamentului farmacologic cu Methadonum*

Majoritatea beneficiarilor au nevoie de o doză cuprinsă între 60-120 mg/zi de Methadonum pentru a stopa consumul de opiacee. Cercetările efectuate pînă în prezent au demonstrat că pacienții care primesc doze inadecvate de Methadonum vor continua să folosească opiacee. Acești pacienți nu răspund la terapiile psiho-comportamentale și au nevoie de un tratament de întreținere cu Methadonum pe perioade de timp mai îndelungat. Tratamentul farmacologic cu Methadonum va fi adecvat numai în cazul în care se administrează doze adaptate și individualizate. Administrarea tratamentului se recomandă pentru un minim de 6 luni și mai mult. Succesul în tratament este garantat de o perioadă mai lungă de 12 luni.

Caseta 3. Efectele tratamentului cu Buprenorphinum*

Buprenorfina se utilizează într-o manieră similară tratamentului cu Methadonum (caseta 20). Printre riscurile se numără supradozajul, răspândirea infecțiilor virale cu difuziune hematogenă sau a infecțiilor localizate și sistemice, deprimare respiratorie și afecțiuni hepatice.

Pacientul care ia o doză mai mică de Buprenorphinum decât cea recomandată poate continua să răspundă la simptomele de sevraj necontrolate, administrându-și singur droguri sau alte substanțe sedativ-hipnotice, precum și benzodiazepine.

Preparatul medical Buprenorphinum deține o serie de avantaje în utilizare în cadrul tratamentului de substituție, documentate atât de literatura de specialitate, cât și enunțate de consumatorii de opiacee.

Majoritatea beneficiarilor au nevoie de o doză cuprinsă între 8-16 mg/zi de Buprenorphinum pentru a stopa consumul de opiacee.

Forma tabletată a buprenorfinei este avantajoasă datorită faptului că poate fi oferită mai ușor pentru consumul la domiciliu pentru câteva zile.

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 4. Anamneza pacienților cu dependența de opiacee

Anamneza familiei - ereditatea, boli psihice, alcoolism cronic, dependența de droguri.

Anamneza vieții - educația și condițiile de viață ale beneficiarului, studiile, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea față de viața în familie.

Anamneza bolii - la ce vârstă a consumat prima dată produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, primele cazuri de ebrietate pronunțată, particularitățile stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecțiuni somatice și cu dereglări psihice; durata consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora până la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea de halucinații, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiunii.

Activitatea profesională - profesia, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancțiuni administrative.

Antecedente personale - maladii și traume psihice în copilărie, boli somatice și neurologice, traume craniocerebrale, probleme în familie (conflicte, divorțuri, deces al partenerului), conflicte la locul de muncă, tentative de suicid, etc.

C.2.3.2 Manifestările clinice

Caseta 5. Tabloul clinic în consum de opiacee

Dependența se dezvoltă în funcție de reacția individuală a persoanei, cu manifestări psihice și fizice, și se poate declanșa după câteva utilizări. La utilizarea regulată de opiacee apare rapid dependența fizică și psihică cu manifestări severe la sistarea utilizării, manifestată prin sindrom de abinență.

Etapile dezvoltării dependenței de opiacee:

I etapă de dependență (psihică) - etapa dependenței psihice pentru droguri. Pacientul va crește treptat doza inițială. În pauze între administrarea substanței pacientul va manifesta sentimentul de insatisfacție, disconfort. Toleranța va crește rapid la această etapă. În cazul substanței pure de opium (heroina) se observă o trecere mai rapidă în a 2 etapă. La pacienții care consumă derivați de opiacee (precum acetatul de opium (Shirka)) se păstrează toleranța mai îndelungată față de preparat și trecerea în 2-a etapă poate apărea mai târziu. Heroina sau derivații de opiacee pot de asemenea fi inhalați sau injectați. Dependența psihică se manifestă prin dorința obsesiv-compulsivă de satisfacție și eliminare a disconfortului mental. La această etapă nu se atestă modificări psihice.

A II etapă de dependență (somatică), se referă la formarea sindromului dependenței fizice față de droguri. La această etapă organismul persoanei se adaptează la drogul consumat, iar sistarea utilizării poate provoca o varietate de tulburări funcționale care caracterizează sindromul de sevraj. Toleranța crește considerabil.

Sindromul de sevraj - un set complex de tulburări psiho-somatice care apare la 6-12 ore după întreruperea administrării de opiacee. Abinența este o stare foarte gravă, care survine cu dureri severe ale corpului și reprezintă o amenințare pentru viața pacientului din cauza posibilității de colaps, insuficiență cardiacă congestivă, aritmii cardiace, și uneori psihoză sau convulsii.

La nivel fizic apar manifestări de hipersalivație, rinoree, stări contradictorii de căldură și frig. Apar dureri musculare. Se reduce pofta de mâncare. Pot apărea vomă, diaree, dureri puternice în zona abdomenului. Modificările neurologice sunt exprimate sub formă de tulburări vegetative (xerostomie, constipație, devieri a tensiunii arteriale, etc). La această etapă modificările de ordin psihic devin vizibile și se manifestă prin psihopatizare severă a sistemului de valori, manifestat prin indiferență față de rude, față de preocupările anterioare.

Sub aspect psihic se înregistrează stări de tristețe, nervozitate, apatie, tulburare a atenției, stări depresive, etc.

În cazul intoxicației cu opiacee se constată mioză: pupilele devin foarte mici, reacție la lumină nu se atestă sau este foarte lentă. Un alt semn - mâncărimea pielii (mai ales a nasului) și a jumătății superioare a corpului. A treia caracteristică importantă este paliditatea tegumentelor. Intoxicației cu opiacee îi este de asemenea caracteristic uscăciunea pielii și a mucoaselor. Limba - roză, saburală.

A III etapă - etapa patologiei psihice și somatice cu modificări considerabile la nivel de psihicul pacientului. Dispepsia crește, lipsește complet pofta de mâncare, vome regulate, diaree cronică care duce la pierderea în greutate. Pacienții la acest stadiu al maladii sunt apatici, slabi, cu tensiune arterială redusă, se încetinește ritmul cardiac, se pierde din coordonarea mișcărilor. Predomină astenia și adinamia.

Se atestă îmbătrînirea generală, tulburări trofice, dinții își pierd smalțul, căderea părului; dereglări ale anumitor organe sau sisteme: cardiovascular, genito-urinar, respirator, tractul gastro-intestinal, creșterea epuizării. La un stadiu avansat de dependență de opiacee toate sindroamele maladiei sunt complicate și agravate. Toleranța la opiacee scade, de asemenea survine necesitatea întreruperii utilizării în perioada disconfortului somatic. Euforie practic nu se observă, se reduce efectul stimulator al preparatului. Dependența psihică este doar parțial satisfăcută. La acești pacienți se observă în scădere proprietățile pronunțate a capacităților intelectual-mentale.

Notă: La examenul fizic pot fi constatate semne de consum al produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și/sau complicații legate de administrarea acestora. La planificarea tratamentului, este necesar de constatat și de ținut cont de complicațiile somatice în urma dependenței de opiacee sau de alte etiologii.

Evaluarea ulterioară a gradului de severitate a dependenței de opiacee și a planificării tratamentului, trebuie să fie efectuate de medicul psihiatru-narcolog sau un alt specialist cu competențe corespunzătoare, fie în colaborare activă a acestora.

Caseta 6. Evaluarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora și a dependenței

Colectarea anamnezei privind produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.

Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:

Lista substanțelor întrebuițate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive;

- Vârsta pacientului în momentul începerii consumului;
- Modalitatea de consum a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
- Caracteristica consumului pe parcursul vieții (în ultima perioadă și în momentul examinării);
- Schimbarea efectului substanțelor psiho-active în decursul timpului;
- Anamneza toleranței, supradozei și a sindromului de sevraj;
- Perioadele de abținere și tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
- Complicațiile legate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora (hepatite, abcese, HIV/SIDA infecție.);
- Probleme curente, inclusiv gradul de dependență;
- Caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței.

Caseta 7. Tabloul clinic al supradozajului

- Se manifestă:
- ritm respirator și cardiac modificat,
- incapacitatea de a articula cuvintele;
- pierderea coordonării motorii;
- creșterea sau scăderea temperaturii corpului;
- puls anormal;
- stare confuzională avansată;
- vomă;
- leșin;
- inconștiență;
- comă.

Notă: Algoritmul intervenției în cazul supradozei: chemarea salvării, culcarea persoanei pe burtă cu mâna stângă îndoită sub cap și cu dreapta lateral, asigurarea că nu are o îmbrăcăminte strânsă pe corp, care să-i îngreuneze respirația, învelirea cu o haină care să-i țină cald, verificarea respirației și pregătirea pentru respirație „gură la gură”.

C.2.3.3 Diagnostic

Caseta 8. *Investigații paraclinice*

Obligatoriu:

- Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge).
- Consultația psihologică.

Recomandat:

Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge), pot fi efectuate pe parcursul tratamentului la indicația medicului.

Notă: Pacienților cu maladii concomitente li se vor efectua investigații paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor de profilul respectiv.

Caseta 9. *Criteriile de diagnostic în dependența de opiacee:*

1. Toleranța este determinată de:
 - necesitatea de creștere marcantă a dozei de substanță pentru a atinge nivelul de satisfacție (efectul);
 - diminuarea marcantă a efectului, dacă se continuă consumul aceleiași cantități de substanță;
2. Sevrajul este relevat de următoarele situații:
 - apariția sindromului caracteristic de sevraj la întreruperea consumului;
 - substanța respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau a îndepărta sindromul de sevraj;
3. Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau pentru o perioadă de durată mai lungă decât individul a intenționat inițial;
4. Există o dorință persistentă de consum sau de eșecuri la intenția de a întrerupe acest consum;
5. O mare perioadă de timp este consacrată necesității de a obține substanța;
6. Activitățile de importanță socială, ocupaționale sau recreaționale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanță;
7. Consumul de substanță este continuat în pofida faptului că pacientul este conștient de problemele de sănătate.

C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat

Caseta 10. *Criteriile de diagnostic diferențiat în dependența de opiacee*

În pofida unor diferențe farmacologice între anumite substanțe psihoactive, semnele de dependență și de intoxicație sunt similare, tratamentul fiind în majoritatea cazurilor aproximativ același. Pentru diagnosticul diferențiat este necesară clinica manifestărilor specifice a stării de ebrietate, consumului și/sau ale consecințelor, analizele expres de laborator precum și analiza sângelui pentru identificarea substanței psihoactive consumate.

1. Diagnosticul diferențiat se va efectua în cazul consumului de:
 - benzodiazepine
 - psiho-stimulante: efedrina, α -PVP, catinone, cocaina;
 - alcool
 - steroizi anabolici
 - barbiturice
 - psilocibina
 - codeina, fentanil, oxicodona
 - cannabis, LSD
2. Diagnosticul diferențiat cu maladii psihice:
 - schizofrenie
 - depresie
 - tulburare afectivă bipolară
 - consecințele traumatismului cranio-cerebral

- retard mintal
- tulburare delirantă sau afectivă organică

Caseta 11. Condițiile pentru includerea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

1. Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee (CIM-10):F11.0-F11.9
2. Vârsta mai mare de 18 ani
3. Actul de identitate.
4. Solicitarea personală și semnarea acordului informat
5. Lipsa contraindicațiilor

Indicații relative:

- 1) Riscul de apariție sau prezența problemelor de sănătate generate de utilizarea injectabilă a opiaceelor (hepatite, septicemie, HIV/SIDA).
- 2) Maladii concomitente (boli maligne, diabet zaharat, dereglări psihice, tuberculoză pulmonară).
- 3) Tratament antidrog în mod repetat, fără succes.
- 4) Dorința de a-și schimba comportamentul dependent, determinat de consumul substanțelor stupefiante (opiacee), intravenos.
- 5) Contact permanent cu lucrătorii medicali implicați în această activitate.

C.2.3.5 Prognostic

Caseta 12. Prognosticul dependenței de opiacee:

Ca și în cazul altor afecțiuni cronice, dependența de opiacee are o evoluție progredientă, iar tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum contribuie la sporirea calității vieții, adaptarea și reabilitarea psihosocială.

C. 2.3.6 Criterii de spitalizare

Pentru administrarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum nu este obligatoriu spitalizarea. Screeningul, diagnosticul, prescrierea și administrarea tratamentului se vor face în condiții de ambulator.

C.2.3.7 Tratament farmacologic al dependenței de opiacee

Caseta 13. Plan individual pentru pacientul în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

Pasul I – interviul motivațional, care este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care pacientul este ajutat să-și rezolve ambivalența și să se angajeze într-o schimbare comportamentală. Interviul motivațional are ca obiectiv conștientizarea problemei și necesitatea de tratament. În cadrul interviului se va accentua specificul și durata tratamentului.

Pasul II – consolidarea angajării în schimbarea comportamentală și luarea deciziei pentru inițierea tratamentului, discutând aspectele generale, avantajele și dezavantajele.

Semnarea Acordului (anexa 2).

Pasul III – planul de acțiuni, inclusiv schema de tratament, asistența psiho-socială și stabilirea responsabilităților pacientului.

Pasul IV – prevenirea recăderilor. Evaluarea și abordarea situațiilor de risc, care pot provoca recidiva și abandonarea tratamentului.

Pe parcursul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee vor fi implicați: asistentul social, psihologul și consultantul de la egal la egal, inclusiv din cadrul asociațiilor obștești, care prestează servicii de asistență psiho-socială persoanelor dependente în conformitate cu acordul de parteneriat (anexa nr.7).

Caseta 14. Durata tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum

- Menținerea în tratament pentru un termen lung – prescriere și stabilizare pentru 6 luni și mai mult. Dependența de opiacee este o patologie cronică, iar eficiența tratamentului se constată după administrarea îndelungată.
- Alegerea schemei tratamentului este în funcție de gradul de dependență, de starea de sănătate fizică și mentală, de situația curentă și suportul social. Doza optimă recomandată de OMS pentru

Methadonum este de 60-120 mg/zi, Buprenorphinum – 8-16mg/zi.

- Detoxifierea pentru un termen scurt – durata 2-4 săptămâni.

Notă: Prin administrarea dozelor inițiale de Methadonum sau Buprenorphinum se urmărește scopul de a reține pacientul în tratament, de a atenua sindromul de sevraj și de a asigura siguranța (evitând supradoza și decesul). Durata tratamentului depinde de starea de sănătate și situația socială a pacientului.

Se recomandă încurajarea pacienților, astfel încât aceștia să rămână în tratament pentru cel puțin 12 luni în vederea stabilizării comportamentului.

Tabelul 1.2 Dozele de conversie a heroinei în Methadonum pentru stabilirea dozei inițiale:

Cantitatea de heroină zilnic	Calea de administrare	Doza inițială de Methadonum detoxificare	Doza inițială de Methadonum stabilizare
0,25 mg	inhalator i.v.	10-25 mg 15-35 mg	10-40 mg 15-45 mg
0,5 mg	inhalator i.v.	15-50 mg 25-60 mg	20-50 mg 30-65 mg
0,75 mg	inhalator i.v.	25-65 mg 25-70 mg	35-75 mg 35-85 mg
1 g	inhalator i.v.	30-80 mg 30-90 mg	35-85 mg 35-100 mg
1,5 g	inhalator i.v.	45-100 mg 45-110 mg	45-120 mg 45-120 mg
2 g	inhalator i.v.	50-120 mg 50-120 mg	50-130 mg 50-130 mg

Schemele de detoxificare cu Methadonum, pentru un termen scurt (2 săptămâni):

Schema I	Schema II
20mg, pentru 3 zile	30mg, pentru 3 zile
15mg, pentru 3 zile	25mg, pentru 2 zile
10mg, pentru 3 zile	20mg, pentru 3 zile
5mg, pentru 3 zile	15mg, pentru 2 zile
	10mg, pentru 3 zile
	5mg, pentru 2 zile

Caseta 15. Inițierea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum pentru un termen de 6 luni și mai mult:

Este recomandat ca tamentul să se înceapă dimineața și la începutul săptămânii, astfel încât concentrația maximă să se realizeze pe perioada în care instituția medicală funcționează și se poate interveni. Prin administrarea dozelor inițiale de Methadonum este important, ca pacientul să manifeste simptomele de sevraj, timpul administrării (în prima jumătate a zilei), sub supravegherea a personalului medical 3-4 ore pentru a preciera dozei corecte indicate.

1. Prin administrarea dozelor inițiale de Methadonum se urmărește:
 - a reține pacientul în tratament;
 - a atenua sindromul de sevraj;
 - a asigura siguranța pacienților (evitând supradoza și decesul).
2. Doza inițială se stabilește în funcție de severitatea dependenței și nivelul de toleranță.
3. 20-30 mg sau o doză mai mică se consideră a fi nepericuloasă pentru o persoană cu o greutate a

corpului de 70 kg, chiar în cazul în care persoana nu consumă opiacee.

4. Doză suplimentară de 5-10 mg poate fi administrată doar peste 3-4 ore după administrarea primei doze și/sau în cazul în care se manifestă sindromul de sevraj.
5. Doza de Methadonum poate fi majorată cu 5-10 mg pe zi în cazul în care se manifestă sindromul de sevraj și/sau pacientul acuză probleme de sănătate.
6. Obiectivele urmărite în primele 2 săptămâni sunt:
 - selectarea dozei optime, individual;
 - stabilizarea stării sănătății.
7. În această perioadă, pacientul se examinează zilnic, în scopul excluderii intoxicației și sindromului de sevraj. De regulă, starea pacientului se stabilizează la administrarea zilnică a 60-120 mg de Methadonum, care este suficientă pentru a suprima manifestările sindromului de sevraj.

Caseta 16. Inițierea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Buprenorphinum

Obiectiv: stabilizarea pacienților pe o doză eficientă de Buprenorphinum cât mai rapid cu putință.

Inducția mai rapidă a dozei (adică 12–16 mg până în ziua a treia) se poate asocia cu o mai bună complianță și retenție la tratament.

Inducția rapidă a dozei este cel mai ușor realizată prin administrarea unei doze inițiale cuprinse între 4 și 8 mg. Dozele inițiale mai mari vor facilita inducția mai rapidă a dozei, dar cresc riscul de sevraj precipitat (dacă pacientul a utilizat recent opioide) sau de sedare (dacă pacientul are un grad redus de dependență de opioide sau consumă și alte sedative, de tipul benzodiazepinelor).

Doza adecvată pentru prima zi este de 2-4 până la 8 mg. Aceasta poate fi administrată într-o singură priză sau, dacă resursele permit acest lucru, în două prize la interval de 4 ore, pentru reducerea riscului de sevraj precipitat și de apariție a efectelor adverse.

Prima doză se administrează după 24–48 de ore dacă au fost utilizate opioide cu durată lungă de acțiune, cum este Methadonum sau morfina orală cu acțiune lentă.

Doze mai mici de Buprenorphinum se recomandă, cu supraveghere frecventă, dacă:

- s-a stabilit că există utilizare concomitentă de droguri, inclusiv consum de alcool, utilizare de medicamente sedative eliberate cu prescripție medicală (în particular benzodiazepine);
- există afecțiuni medicale concomitente (în special disfuncție hepatică severă și interacțiuni cu alte medicamente).
- Nu se va administra Buprenorphinum unui pacient intoxicat cu opioizi (sevraj la opioizi).

Caseta 17. Schema tratamentului cu Buprenorphinum

Prima doză de Buprenorphinum e de 2-4 mg sublingual, pacientul fiind supravegheat 2 ore. Micșorarea simptomelor de abstenență pot apărea după 30-40 min. În formele grave de abstenență simptomele se micșorează și pot dispărea peste 1-4 ore după prima doză de Buprenorphinum.

În cazul trecerii de la tratamentul farmacologic cu Methadonum la Buprenorphinum, doza inițială de Buprenorphinum se administrează peste 24-36 ore de la primirea ultimei doze de Methadonum.

Prima zi sublingual se indică 2-8 mg, a doua zi 4-8mg - 12

Doza de întreținere cu Buprenorphinum se stabilește în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este 8-16-24 mg.

Micșorarea dozei de Buprenorphinum se efectuează încet cu aprecierea nivelului simptomelor de abstenență a consumului de opiacee și să fie acordată la pacient care trebuie să fie informat despre apariția asteniei, excitabilității, dereglării de somn și altele care pot să persiste pînă la 1-2 zile.

Caseta 18. Administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreținere

Doza de întreținere cu metadonum se stabilește în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este de 60-120 mg Methadonum, iar Buprenorphinum 8-16-24 mg.

Conform indicațiilor medicale, doza zilnică poate fi administrată în două prize.

După stabilizarea stării sănătății, a schimbărilor pozitive în familie, a abandonării consumului de substanțe adiționale confirmate prin narcotestare, precum și excluderea riscului de folosire abuzivă a

metadonei sau buprenorfinei, medicul poate recomanda eliberarea metadonei sau buprenorfinei pentru tratament la domiciliu (*caseta 20*).

Caseta 19. Instrument digital în administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreținere

1. Instrument digital pentru a oferi asistență clinică virtuală, psiho-socială și monitorizare bazată pe drepturi pentru persoanele din FTM este la moment dezvoltat în Republica Moldova și va fi pilotat până în iunie 2022. Metoda de supraveghere în tratament prin intermediul aplicației mobile este cu succes implementată în Olanda, Germania, SUA și alte state.
2. Sprijinirea oamenilor prin intermediul internetului în timpul restricțiilor legate de carantină pe timpul pandemiei COVID-19 este o recomandare a OMS.
3. Telesănătatea oferă opțiuni alternative de îngrijire, cost-eficiente, pentru pacienții care trăiesc în zone rurale. Telemedicina poate fi o metodă de supraveghere a complianței la tratament, la distanță, de exemplu pentru pacienții, care se află departe geografic de punctul de tratament și cărora li se eliberează tratament pentru autoadministrare la domiciliu, dar întâmpină provocări în separarea corectă a dozelor prescrise de Methadonum și Buprenorphinum și administrarea acestora la timp.
4. Dat fiind faptul că în RM tratamentul farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum este disponibil doar în 7 orașe, o bună parte din pacienți vin din alte localități pentru a primi tratamentul în cel mai apropiat oraș. În cazul accesibilității economice și geografice, cheltuieli estimative de timp și costuri pentru deplasarea a pacienților către punctul de tratament sunt foarte mari. Pacienții din Ocnița care inițiază tratamentul se vor deplasa la Bălți zilnic, la o distanță de 79 km, cu costuri de 2664 lei/per lună. Tratamentul virtual administrat este de asemenea, benefic în cazul pacienților cu dizabilități locomotorii.
5. Consultările online pentru sprijinirea OST au fost recomandate printre utilizarea diferitelor strategii mai noi pentru a menține sprijinul clinic și psiho-social în timpul blocării COVID-19 pentru persoanele din OST. De asemenea, informarea virtuală la distanță și sănătatea digitală, prin utilizarea telefonului, au fost stabilite în Republica Moldova.
6. Sitemul de evidență electronică permite prestatorilor de servicii să acceseze mai ușor istoricul de boală a pacientului și intervențiile de care a beneficiat pacientului, doza de tratament administrată, îmbunătățind coordonarea îngrijirii oferite.
7. O vizită este considerată realizată prin: 1) videoul transmis de pacient
2) înregistrarea de către lucrătorul medical a dozei primite

Caseta 20. Trecerea de la tratamentul de întreținere cu Methadonum la tratamentul cu Buprenorphinum

- Când efectele adverse ale metadonei sunt intolerabile.
 - La cererea pacientului.
 - Când se urmărește trecerea pe un substitut cu un grad mai redus de potențial adictiv, în vederea unei viitoare detoxifieri.
 - Apariția sevrajului poate fi minimizată prin respectarea perioadei de timp de la ultima doză (24 ore), doza inițială mare și titrarea rapidă la o doză de întreținere de Buprenorphinum adecvată.
 - Pacienților aflați în tratament cu Methadonum trebuie să li se reducă doza de Methadonum (sub 30-20 mg/zi) înainte de trecerea la Buprenorphinum. La un număr mare de pacienți, doza optimă de Methadonum înaintea transferului la Buprenorphinum poate fi sub 30-40 mg/zi¹.
 - La momentul primei administrări pacientul să prezinte semne clinice de sevraj, ca un indiciu asupra faptului că a trecut un timp suficient pentru ca riscul de precipitare a unui sevraj semnificativ de către prima doză de Buprenorphinum să fie minim.
- Strategie cu doze mici repetate**
- Doză inițială de 4 mg (2 mg pentru persoanele care trec de la doze de Methadonum de peste 30

mg), iar pacientul trebuie observat timp de o oră.

- Dacă simptomele de sevraj se ameliorează, pacientului i se pot elibera două doze suplimentare de 4 mg, pe care le va lua dacă este necesar.
- Dacă simptomele de sevraj nu se ameliorează sau se agravează, trebuie administrată o a doua doză de 2–4 mg, iar pacientul trebuie supravegheat pentru încă o oră.
- Dacă se simte bine, pacientului i se poate elibera încă o doză de 4 mg pentru a o lua la nevoie.
- În cazul apariției sevrajului după prima doză de Buprenorphinum:
- simptomele debutează după una până la patru ore de la prima doză de Buprenorphinum;
- durează până la 12 ore, după care scad în intensitate;
- necesită medicație simptomatică pentru sevraj (de exemplu clonidină 0,1 mg, la 3–4 ore).– Important:
- temporizarea administrării primei doze de Buprenorphinum până când pacientul are semne de sevraj la opioide. Aceasta poate implica o perioadă de 72 ore după ultima doză de Methadonum administrată.
- Pot necesita tratamentul simptomatic al disconfortului asociat primei doze de Buprenorphinum

Caseta 21. Finalizarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee

1. Durata tratamentului depinde de starea de sănătate și socială a pacientului.
2. Încurajarea pacienților astfel, încât aceștia să rămână în tratament pentru cel puțin 12 luni în vederea stabilizării schimbărilor comportamentale.
3. Suspendarea bruscă a tratamentului poate cauza sevraj.
4. În cazul tratamentului farmacologic cu Methadonum se recomandă ca doza de Methadonum să fie redusă cu 10 mg săptămânal, până când aceasta atinge 40 mg în zi, ulterior doza va fi micșorată cu 5 mg săptămânal până la 0.
5. În cazul tratamentului farmacologic cu Buprenorphinum se recomandă ca doza să fie redusă cu 2 mg fiecare 2-3 zile până la 0.

Ritmul de reducere a dozei urmează a fi coordonat cu pacientul.

După finisarea programului de tratament pacientului din motive medicale poate fi indicat tratamentul simptomatic în forma tabletară (per os- antidepressive, complex de vitamine, etc).

Caseta 22. Reluarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee după întreruperea de scurtă durată

1. În cazul în care pacientul nu a administrat doza zilnică, determinată de medic - nu este necesar de modificat schema tratamentului;
2. Dacă pacientul nu a administrat doza prescrisă 2 zile consecutiv, se recomandă administrarea dozei obișnuite cu condiția că nu există semne de intoxicare;
3. În cazul în care pacientul nu a administrat medicamentul 5 zile consecutiv, se recomandă administrarea unei doze reduse cu 50%, de la doza administrată anterior.

În cazul în care pacientul nu a administrat medicamentul timp de 7 zile consecutiv și mai mult, tratamentul va fi reluat ca în cazul unui pacient nou-venit.

C.2.3.7.1 Criterii pentru prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu

Caseta 23. Prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu și mecanismul de eliberare

1. Prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu.

Evaluarea stabilității pacientului, în vederea prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, pentru ultimele 4 luni, trebuie să includă următoarele criterii:

Obligatoriu:

angajamentul continuu la tratament controlat – aderența la tratament cel puțin 4 luni;

abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul tratamentului, confirmat prin screening;

stabilizarea stării sănătății.

Adițional (avantaje):

stabilitatea socială: angajarea în câmpul muncii și/sau continuarea studiilor în instituții de învățământ;

situația familială favorabilă: mediul familial de suport sau progres în ameliorarea situației familiale; receptivitatea și cooperarea confirmată prin relațiile adecvate cu medicul și asistentul social.

2. Mecanismul de eliberare a metadonei sau buprenorfinei, pentru continuarea tratamentului la domiciliu (pentru consum individual):

Prima etapă: dacă corespunde criteriilor de mai sus se eliberează 2 doze de Methadonum sau Buprenorphinum pentru weekend, pe parcursul primei luni.

A doua etapă: evaluarea stabilității cu eliberarea ulterioară a metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, de 2 ori în săptămână, pentru o perioadă de o lună.

A treia etapă: evaluarea stabilității de către medic cu eliberarea ulterioară a metadonei sau buprenorfinei la domiciliu săptămânal, pe parcursul lunii.

Notă: Pe parcursul tratamentului la domiciliu, medicul narcolog este liber să solicite înopinată prezentarea pacientului în cadrul cabinetului, pentru evaluarea consumului ilicit de droguri, confirmat prin narcotestare. În cazul depistării consumului ilicit de droguri, prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu se stopează cu reîntoarcerea ulterioară la etapa inițială. Decizia de stopare a prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu poate fi luată și în cazul neprezentării la medic, fără motiv obiectiv.

C.2.3.7.2 Asigurarea continuității tratamentului în cazul imposibilității de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective

(internarea în instituții medicale, izolatoare de detenție preventivă, instituții sociale, rezidențiale)

Caseta 24. Algoritmul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru pacienții cu imposibilitate de a frecventa cabinetul

1. Pacientul (reprezentantul legal, rudele sau însoțitorii) comunică personalului medical sau lucrătorilor de poliție (felcerul izolatorului de detenție preventivă a Inspectoratului General de Poliție (IGP) că se află în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
2. Lucrătorul medical și/sau colaboratorul de poliție comunică prin telefon, iar la necesitate solicită consultația medicului narcolog la locul spitalizării sau detenției.
3. De comun acord cu specialiștii instituției medico-sanitare publice se confirmă sau se stabilește doza de Methadonum sau Buprenorphinum, în dependență de medicația concomitentă și a posibilelor interacțiuni cu alte medicamente.
4. Medicul narcolog este informat și asigură consultația la necesitate.
5. În cazul când instituția medicală/rezidențială sau de detenție preventivă nu asigură acest tratament, acesta este asigurat, zilnic, de către lucrătorii medicali din cadrul instituției care asigură tratamentul, sau prin implicarea unui reprezentant legal în baza unei cereri scrise a pacientului.
6. În cazurile când instituția/izolatorul posedă condițiile necesare de păstrare a substanțelor stupefiante conform actelor normative în vigoare, Methadonum sau Buprenorphinum pentru pacient poate fi transmisă pentru 5 zile cu păstrarea ulterioară, conform cerințelor și administrarea zilnică sub observația personalului medical al instituției, respectând cerințele de documentare.
7. Instituțiile medicale care asigură acest tratament vor semna acorduri de parteneriat cu instituțiile medicale și IGP pentru asigurarea continuității tratamentului (anexa 8).
8. Modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee persoanelor din instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI se va efectua conform instrucțiunii (anexa 9).

C.2.3.7.3 Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în cazul pacienților cu maladii infecțioase

Caseta 25. Infecția cu HIV

La utilizatorii de droguri injectabile, infectați cu HIV, după stabilizarea dozei de Methadonum sau Buprenorphinum se recomandă inițierea terapiei antiretrovirale (ARV). În caz, când utilizatorii de droguri injectabile primesc tratament ARV nu este indicat întreruperea tratamentului ARV pentru inițierea tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum. Supravegherea medicală se va efectua

în colaborare cu medicul infecționist din Cabinetele teritoriale/rationale de diagnostic și tratament a infecției HIV/SIDA.

Interacțiunea între Methadonum, Buprenorphinum și preparatele ARV (tabelul 1).

Caseta 26. Hepatita virală B și C (HVC)

1. Se recomandă ca beneficiarii tratamentului farmacologic să fie testați la markerii Hepatitelor virale B și C și să fie vaccinați contra hepatitei B.
2. Beneficiarii tratamentului vor fi încurajați pentru tratamentul HCV.

Caseta 27. Tuberculoza pulmonară

1. La încadrarea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee și ulterior, anual, pacienții vor fi testați la tuberculoză.
2. La identificarea pacientului infectat cu TBC, medicul narcolog recomandă consultația medicului ftiziopulmonolog, continuând astfel tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee concomitent cu tratamentul antituberculos.

C.2.3.7.4 Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic la femei

Caseta 28. Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic la femei

Farmacoterapia administrată la femei reglează sistemul reproductiv și permite regularea ciclului menstrual, dar și planificarea sarcinii. Mama poate continua tratamentul cu Methadonum și în perioada alăptării. Totuși din cauza nivelelor multiple de stigma și discriminare numărul de femei în farmacoterapie este de obicei mai mic în comparație cu pacienții de gen masculin. Cercetările au arătat că traumele fizice și sexuale urmate de tulburarea de stres posttraumatic sunt mai frecvente la femeile care consumă droguri. Femeile care au în îngrijire unul sau mai mulți copii, ajung cu greu la punctul de tratament în special în cazul de îmbolnăvire a copilului. Serviciile existente de farmacoterapie trebuie ajustate la nevoile femeilor nu doar din perspectiva nevoilor biologice, maternale dar și a factorilor sociali și de mediu în care acestea traiesc.

Caseta 29. Intervenția pe perioada de graviditate și alăptare.

1. Femeile aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum vor fi încurajate să continue tratamentul chiar și în cazul când rămân însărcinate.
2. Femeilor gravide cu dependență de opiacee se recomandă tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care prezintă un risc minim pentru dezvoltarea fătului în comparație cu daunele aduse prin consum de heroină.
3. Medicul care supraveghează tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum recomandă femeii însărcinate să se adreseze la medicul ginecolog pentru luarea la evidență și supravegherea medicală pe tot parcursul sarcinii.
4. În al doilea și al treilea trimestru al sarcinii, ar putea fi necesară creșterea dozelor de Methadonum sau Buprenorphinum, datorită metabolismului crescut și volumului de sânge circulant. După naștere, doza de Methadonum sau Buprenorphinum, de asemenea, ar fi necesar să fie ajustată.
5. Unii copii născuți de femeile încadrate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pot avea sindrom de sevraj, care, nefiind tratat, ar putea produce suferință enormă acestora, iar în cazuri rare, chiar crize.

Caseta 30. Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum și tratamentul tulburărilor mentale concomitente

1. Beneficiarii tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum trebuie evaluați în ceea ce privește tulburările mentale datorate consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope la începutul tratamentului și ulterior, periodic. Depresia și anxietatea sunt cele mai des diagnosticate tulburări mentale.
2. La începutul tratamentului, depresia și anxietatea poate fi asociată cu sindromul de sevraj, care va

diminua peste câteva săptămâni.

3. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum necesită supraveghere și tratament de comun cu medicul psihiatru. Interacțiunea dintre Methadonum și alte medicații (tabelul ___)

Caseta 31. Methadonum sau Buprenorphinum în tratamentul paliativ

Prescrierea metadonei sau buprenorfinei în cazul maladiilor cardiologice, hepatice, renale, oncologice și altor maladii în stadiul avansat sau terminal, se efectuează conform Protocoalelor Clinice Naționale din domeniu.

C.2.3.8 Supravegherea

Caseta 32. Supravegherea beneficiarilor în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

Supravegherea se va efectua la necesitate (și cu acordul pacientului) în colaborare cu medicul de familie, alți specialiști, precum și asistentul social care vor contribui la soluționarea multiplelor probleme de sănătate și sociale cauzate de consumul de droguri și de alte substanțe psihotrope în conformitate cu planul individual de tratament.

Obligatoriu:

Pe tot parcursul tratamentului, beneficiarii acestui tratament se vor afla sub supravegherea medicală la medicul narcolog din teritoriu în conformitate cu cerințele stipulate în ordinul Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 *Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope*).

C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială

Caseta 33. Asistența psiho-socială a beneficiarului în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

Pe lângă tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază și de asistența psihosocială, de la egal la egal (outreach), sau de schimbare a comportamentului. Două organizații neguvernamentale, în domeniul reducerii riscurilor și prevenirii HIV/SIDA, prestează servicii psihosociale pacienților în farmacoterapie cu Methadonum și Buprenorphinum, din anul 2004 ONG UORN - Uniunea pentru Reducerea Riscurilor din Balți și ONG Inițiativa Pozitivă din Chisinau din anul 2009 (53).

Concomitent, beneficiarii tratamentului sînt încadrați în programele de reabilitare psihosocială cu scopul:

- Consilierea psihologică individuală după modelul terapiei cognitive-comportamentale;
- Consilierea de la egal la egal cu privire la păstrarea complianței la tratamentul farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum;
- Terapie interpersonală (rolul conflictului, rolul tranziției și mecanisme de înfruntare a problemelor);
- Testarea rapidă la HIV, sifilis și consilierea pentru complianță la tratamentul ARV pentru pacienții în farmacoterapie cu Methadonum și Buprenorphinum;
- Terapie de grup, prin grupuri de suport reciproc pentru pacienți (modelul 12 pași);
- Intervenții familiare, grup de suport reciproc pentru părinți și rude (co-dependenți);
- Servicii de voluntariat pentru pacienții care au ajuns la o anumită etapă de reabilitare, conform programului 12 pași și angajarea în cadrul organizației;
- Asistență socială;
- Acompanierea la serviciile medicale generale. Achitarea serviciilor medicale, sau a medicamentelor care nu sunt acoperite din CNAM, poliță de asigurare, etc;
- Re-integrarea socială și restabilirea legăturilor familiar și sociale. Suport cu întocmirea CV-ului și angajarea în câmpul muncii;
- Servicii de reabilitare complexă în cadrul comunității terapeutice (după programul 12 pași), pentru pacienții în tratament cu Methadonum și buprenorfină dar și pacienții care doresc să finalizeze tratamentul (53).

Organizația nonguvernamentală, Inițiativa Pozitivă, administrează o comunitate terapeutică (CT),

localizată în satul Beriozki, raionul Anenii Noi. Capacitatea CT este de 24 de locuri și prevede traiul separat al rezidenților, separat de comunitatea de unde provind pe o perioadă de timp de 6-12 luni. CT este asistența rezidențială psihosocială complexă pentru a promova schimbarea comportamentală, socială și psihologică a persoanei. CT presupune un program de reabilitare complex după programul 12 pași (modelul Alcoolicilor Anonimi). CT acceptă și rezidenții care se află în tratamentul medico-social cu Methadonum sau Buprenorphinum. Acest program are o eficiență sporită prin remisia totală sau îndelungată a circa 80% din rezidenți după finalizarea cu succes a programului.

La începutul tratamentului, asistentul social, în calitate de manager de caz (sau alt specialist) face o evaluare a stării sociale, precum și a nevoilor acestuia. Asistentul social întocmește un plan de asistență individuală, care include și aspecte de tratament individual și investigațiile clinice. În acest mod se va ține cont de nevoile pacientului, asigurând reintegrarea socială a acestuia. Planul de asistență individuală se va baza pe o evaluare minuțioasă și completă a nevoilor pacientului, a așteptărilor acestuia și a potențialului său practic.

Se recomandă includerea în planul de asistență individuală a următoarelor aspecte:

- vizita la medic, asistent social, psiholog și la alți specialiști în vederea screening-ului la HIV și/sau consultația acestora;
- măsuri de reabilitare socială;
- frecventarea ședințelor grupurilor de suport reciproc, consilierea membrilor de familie și alte măsuri.
- În decursul intervenției psiho-sociale asistentul social:
- acționează în calitate de mediator în restabilirea (crearea) relațiilor familiale;
- îndeplinește rolul de mediator în acordarea serviciilor medicale, sociale și juridice;
- asigură informarea, consilierea și sprijinul în pregătirea documentelor;
- motivează pacientul și membrii familiei acestuia să participe la ședințele grupurilor de suport reciproc.

Concomitent, pe parcursul asistenței psiho-sociale, aceștia pot beneficia și de alte servicii specializate:

- Servicii de suport psihologic și psihoterapeutic individual și în grup;
- Grupuri de suport reciproc („de la egal la egal”);
- Servicii de asistență psihologică și psihiatrică în diagnosticul și în tratamentul dereglărilor psihice;
- Servicii de asistență socială și juridică;
- Servicii de suport a compliancei la terapia antiretrovirală;
- Servicii de ajutor material și integrare socială.

Sprijinul psiho-social sporește semnificativ ponderea pacienților care abandonează consumul substanțelor psihoactive și aderă la asociațiile obștești din domeniu.

C.2.4. Complicațiile

Caseta 34. Efectele adverse cauzate de Methadonum sau Buprenorphinum:

dereglări de somn, senzație de greață, vomă (în special, la începutul tratamentului), constipație, palpitații, vertijuri, somnolență, cefalee, aritmii cardiace, retenție urinară, tulburări de orientare, euforie, suprimarea respirației și a secreției salivare și tulburări de percepție.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1 Instituțiile de AMP	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • termometru • fonendoscop • ciocănaș neurologic • cântar • pulsoximetru; • masca chirurgicala, manuși și halat de unică folosință. • ochelari/viziera • trusă pentru acordarea primului ajutor medical
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • sol. Naloxoni hydrochloridum
D.2 Secțiile consultative a IMSP Spitale Raionale, Municipale și Republicane	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru-narcolog • terapeut • psiholog • asistent medical • asistent social • laborant • psihoterapeut
	Utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • dozator de Methadonum • tonometru • fonendoscop • ciocănaș neurologic • electrocardiograf • expres teste pentru determinarea drogurilor • containere de laborator • pulsoximetru; • masca chirurgicala, manuși și halat de unică folosință. • ochelari/viziera • trusă pentru acordarea primului ajutor medical • pahare de unică folosință • safeu
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • sol. Methadonum * • sol. Naloxonă* • tab. Buprenorphinum* 2 mg, 8 mg • apă potabilă

**D.3 IMSP
Dispensarul
Republican de
Narcologie**

Personal:

- psihiatru-narcolog
- medici consultanți (neurolog, infecționist, terapeut, ginecolog, radiolog)
- asistent medical
- farmacist
- psiholog
- psihoterapeut
- asistent social

Aparate, utilaj:

- dozator de metadonum
- tonometru
- fonendoscop
- electrocardiograf
- laborator clinic și biochimic
- cromatograf cu gaze.
- ciocănaș neurologic
- expres teste pentru determinarea drogurilor
- containere de laborator
- pahare de unică folosință
- pulsoximetru;
- masca chirurgicala, manuși și halat de unică folosință.
- ochelari/viziera.
- trusă pentru acordarea primului ajutor medical
- safeu

Medicamente:

- sol. Methadonum *
- sol. Naloxonă *
- tab.Buprenorphinum * 2 mg, 8 mg
- apă potabilă

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea CDI care vor Abandona consumul de opiacee și vor adera la tratament.	1.1 Ponderea pacienților noi înrolați în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (cantitativ) (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an.
		1.2 Ponderea pacienților care au rămas în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum mai mult de 6 luni (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 6 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		1.3 Ponderea pacienților care au ramas în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum mai mult de 12 luni (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonă sau Buprenorphinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100
		1.4 Ponderea pacienților care au inițiat repetat tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (%).	Nr de utilizatori de droguri injectabile, care au inițiat repetat tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		1.5 Nr. cumulativ de persoane aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (%).	Nr. de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, din momentul lansării programului.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an

		1.6 Nr. cabinetelor de tratament farmacologic noi de realizare a tratamentului în cadrul IMSP disponibile(%).	Nr. cabinetelor de tratament farmacologic noi de realizare a tratamentului în cadrul IMSP disponibile pe parcursul unui an.	Nr. total de instituții medicale care prestează servicii de tratament farmacologic a dependenței de opiacee
		1.7 Ponderea medicilor psihiatri-narcologi instruiți în domeniu %)	Numărul medicilor psihiatri-narcologi instruiți	Nr. total al medicilor psihiatri-narcologi instruiți pe țară
2.	A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C,D și HIV/SIDA printre utilizatorii de droguri injectabile	2.1 Ponderea utilizatorilor de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul unui an (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		2.2. Ponderea utilizatorilor de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul unui an (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
3.	A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre utilizatorii de droguri injectabile	3.1 Ponderea deceselor printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an (%).	Numărul de decese printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an x100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an

Tabelul 1. Interacțiunea între Methadonum/Buprenorphinum și preparatele ARV

Remediul ARV	Methadonum	Buprenorphinum	Măsuri
I	II	III	IV
Inhibitori nucleozidici sau nucleotidici ai revers transcriptazei			
Abacavirum	Este posibil ca interacțiunile potențiale să fie de intensitate scăzută.	Interacțiunea n-a fost relatată.	La administrarea Metadonei/Buprenorfinei cu Abacavir ajustarea dozei nu este necesar, monitorizarea efectelor adverse.
Zidovudinum	Este posibil ca interacțiunile potențiale să fie de intensitate scăzută.	Interacțiunea n-a fost relatată.	La administrarea Metadonei/Buprenorfinei cu Zidovudină ajustarea dozei nu este necesar, monitorizarea efectelor adverse.
Lamivudinum	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Corecția dozei nu este necesară.
Tenofovirum (TDF/TAF)	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Corecția dozei nu este necesară.
Emtricitabinum	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Corecția dozei nu este necesară.
Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse			
Efavirenz	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei. Se dezvoltă des simptomele de abstenență.	Micșorare considerabilă a Concentrației buprenorfinei. Se dezvoltă des simptomele de abstenență.	La administrarea Metadonei / Buprenorfinei cu Efavirenz este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei/buprenorfinei până la 50%.
Inhibitor al integralei			
Dolutegravirum	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Corecția dozei nu este necesară.
Inhibitori ai proteazei			
Lopinavirum+ ritonavirum	Micșorarea concentrației metadonei (cu 26-53%).	N-a fost relatată.	La administrarea Metadonei cu Lopinavir+ Ritonavir este necesară majorarea considerabilă a dozei

	Este posibilă apariția abstenenței, care dictează majorarea dozei.		metadonei până la 50%. În același timp, se recomandă monitorizarea ECG, deoarece ambele medicamente prezintă riscuri de prelungire a intervalului QT. La administrarea Buprenorfinei cu Lopinavir+ Ritonavir corecția dozei nu este necesară.
Atazanavirum+ritonavirum	Micșorare concentrației metadonei cu 10%	Administrarea concomitentă poate spori concentrație buprenorfinei și efectul sedativ	La administrarea Metadonei cu Atazanavir+ Ritonavir poate fi necesar majorarea a dozei metadonei până la 10%. La administrarea Buprenorfinei cu Atazanavir+Ritonavi poate fi necesar micșorarea dozie Buprenorphinum pînă la 50%/
Darunavirum+ritonavirum	Micșorare concentrației metadonei cu 16%	Administrarea concomitentă poate spori concentrație buprenorfinei și efectul sedativ	La administrarea Darunavir +Ritonavir poate fi necesar majorarea a dozei metadonei până la 25%. La administrarea Buprenorfinei cu Atazanavir+Ritonavi poate fi necesar micșorarea dozie Buprenorphinum pînă la 50%

Tabelul 2. Interacțiunea dintre Methadonum și alte medicații (OMS, 2006)

Medicamentul psihotrop	Utilizare	Interacțiunea cu Methadonum	Interacțiunea cu medicamentele antiretrovirale
Alprazolamum (benzodiazepinum)	Sedativă	Este dificil de estimate interacțiunea: suprimare adițională a SNC și calmare.	Eliminarea Alprazolamului se reduce cu 41%. Ar trebui evitată administrarea benzodiazepinei(Alprazolam, Midazolam, Triazolam) împreună cu PI și EFV.
Desipraminum	Antidepresant triciclic	Este dificil de estimat interacțiunea. Probabilitate de sporire a toxicității TCA. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Methadonum***.	Eliminarea Desipraminei se reduce cu 59%.
Fluoxetinum (SSRI)	Tratamentul tulburărilor	În cercetările preclinice concentrația de	Concentrația de Ritonavir se mărește cu 19%.

	depressive și compulsive.	Methadonum s-a redus. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Methadonum***.	
Fluvoxaminum (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depressive și compulsive.	Este indicată creșterea concentrației de Methadonum.	Interacțiunea nu este indicată.
Sertralinum (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depressive și compulsive.	Este indicată creșterea semnificativă (cu 26%) a concentrației de Methadonum. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Methadonum***.	N-a fost cercetată, nu este indicată.
Acidum valproicum	antiepileptic	Nu sunt indicate	Concentrație sporită de ZDV în timpul studiului.
Carbamazepinum	antiepileptic	Concentrația de metadonse reduce, poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de Methadonum. Acidul valproic este o alternativă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei
Fenitoinum	antiepileptic	Concentrația de metadonum se reduce, adesea semnificativ. Poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de Methadonum.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.
Alte medicamente			
Fluconazolum	Antifungic	Concentrația de Methadonum crește cu 35%. Semnificația clinică nu este chiar clară, cu toate acestea, ar putea fi necesară reducerea dozelor de Methadonum. Nu este indicat	Suprimarea potențială a caracterului activ în ambele direcții dintre fluconazol și PI. Toxicitate indicată când este administrat împreună cu NNRTI.

		efectul toxic al metadonei. Efectul toxic al opiaceelor este sporit de alte antibiotice azole antifungice, de exemplu itraconazol, ketoconazolum, voriconazolum	
Interferon- α + ribavirinum	Tratamentul hepatitei C	Reacțiile adverse ar putea fi similare celor în cazul sindromului de abstenență la opiacee; ar putea fi indicată frecvent majorarea dozelor de Methadonum. În timpul studiului, fiind administrate Methadonum*** și pegiinterferon-alfa2a, concentrația de Methadonum a crescut cu 10- 15%. Semnificația clinică nu este cunoscută. Observarea pacienților pentru a detecta efectele toxice ale metadonum.	E posibilă sporirea toxicității unor agenți antiretrovirali din cauza infecției cu virusul hepatic C.
Rifampicini isoniazidum	Tratamentul tuberculozei pulmonare	Este posibilă reducerea semnificativă a concentrației de Methadonum cu 33 - 38%. S-ar putea manifesta sindromul de sevraj. Ar putea fi indicată majorarea dozelor de Methadonum.	PI sunt contraindicate. Nu se permite administrarea Rifampinei împreună cu LPV, NFV, SQV.
Sildenafilum	Tratamentul tulburărilor de erecție	Nu sunt indicate	

Tabelul 3. Interacțiuni farmacocinetice ale buprenorfinei

Substanța	Nivel de Buprenorphinum	Citocromul implicat	Observații
Ketoconazolum	crește	CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid.
Nifedipinum	crește	CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid.
Eritromicinum	crește	CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid.
TAO	crește	CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de

			intoxicație cu opioid.
Inhibitori de proteaze (ritonavir > indinavir > saquinavir)		CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorfinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid.
Fluvoxaminum	crește	CYP 450 3A4	Inhibă metabolizarea spre norBuprenorfinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid
Fenobarbitalum	scade	CYP 450 3A4	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Carbamazepinum	scade	CYP 450 3A4	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Fenitoinum	scade	CYP 450 3A4	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Rifampicinum	scade	CYP 450 3A4	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Azidotimidinum	nemodificat	-	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Fluoxetinum	nemodificat	-	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Desipraminum	nemodificat	-	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.
Amantadinum	nemodificat	-	Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstenență.

Tabelul 4. Interacțiuni farmacodinamice ale buprenorfinei

Substanța	Efecte clinice	Observații
Ketoconazolum	greați, cefalee, transpirație	se scade doza de Buprenorfinum
Alcool etilic	deprimare respiratorie	se avertizează pacientul
Sedative, hipnotice	deprimare SNC	dacă asocierea este necesară se vor reduce corespunzător dozele

Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratatamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum

Dependența reprezintă o stare complexă, care influențează negativ sănătatea utilizatorilor de droguri, bunăstarea populației și a sistemului de ocrotire a sănătății în general; în special în caz de consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.

Actualitatea problemelor generate de consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora se datorează faptului că acestea determină multiple dereglări de sănătate și sociale, care la nivel național se pot reflecta prin creșterea mortalității, morbidității și a infracționalității. Consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora depășește limitele cercului tradițional afectat de acest flagel, răspândindu-se larg în societate prin folosirea ocazională sau permanentă. Caracterul ascuns al acestui fenomen limitează posibilitatea cunoașterii situației reale, a problemelor și a factorilor predispozanți.

Studiile de identificare a factorilor principali determinanți și de evaluarea a ponderii fiecăruia dintre ei în actuala tendință epidemică menționează:

cultivarea pe întreg teritoriul țării a materiei prime pentru producerea drogurilor – macul opiaceu și cânepa indiană;

- creșterea migrației populației;
- situația social-economică, șomajul tinerilor, sărăcia și nedreptățile sociale;
- abandonarea copiilor de către părinții plecați în străinătate în căutarea unui câștig și, respectiv, reducerea importanței educației în familie cu creșterea de influență a străzii și a prietenilor;
- deficiențe în promovarea și în realizarea măsurilor eficace de prevenție primară a răspândirii drogurilor;
- predispoziția genetică la consum.

Transformările sociale care au avut loc în Republica Moldova în anii '90 au contribuit la majorarea continuă a numărului de persoane antrenate în consumul de droguri și de alte substanțe psihotrope. Acest fapt a provocat probleme esențiale care vizează sănătatea publică, situația demografică, sporirea morbidității printre narcomani, (infecția HIV/SIDA, hepatite virale B, C și D), sporirea criminalității, agresivității și a violenței în familie.

Datele statistice confirmă faptul că, în grupul consumatorilor de droguri injectabile (CDI), indicatorii morbidității prin maladiile nominalizate au valori destul de înalte.

Primul caz de infectare cu infecția HIV/SIDA a fost înregistrat în anul 1987, caracterul epidemic manifestându-se din anii '90. Analiza datelor relevă faptul că, începând cu anul 2001, printre utilizatorii de droguri se atestă o scădere a infecției HIV/SIDA de la 78,3% până la 33,7%, în 2005, și 28,4, în 2012, grație măsurilor întreprinse în acest sens.

Odată cu escaladarea epidemiei infecției HIV/SIDA a apărut necesitatea de promovare a măsurilor argumentate științific, de profilaxie, tratament și de reducere a riscurilor (de exemplu, repartizarea seringilor și a acelor, a soluțiilor dezinfectante și a prezervativelor, consilierea și testarea voluntară la HIV, tratamentul farmacologic cu metadonum, diagnosticul și tratamentul ITS în rândul grupurilor socialmente vulnerabile.

În ultimii ani populația a fost inițiată în probleme de narcomanie, consecințele, pericolul de contaminare a infecției HIV/SIDA măsurile de protejare, utilizând în acest sens toate formele și metodele de prevenție într-un comportament riscant.

În scop de micșorare a riscului de infectare cu HIV printre consumatorii de droguri injectabile, au fost promovate campaniile educaționale și informaționale, implicarea lor în programele de tratament, profilaxie, recuperare psihosocială, familială, profesională, etc. În orașele și în raioanele republicii, cu o morbiditate înaltă prin narcomanie, au fost acreditate programe de asistență psihologică și de schimb al seringilor getabile pentru consumatorii de droguri injectabile care nu manifestau dorința de a-și schimba comportamentul dependent, întru înștiințarea lor versus consecințele narcomaniei, comportamentul inofensiv și posibilitățile de micșorare a riscului de contaminare cu infecția HIV/SIDA.

Reducerea infectării cu HIV, asociată consumului de droguri injectabile, se atribuie impactului de implementare și programelor strategice de reducere a riscurilor pe tot teritoriul țării.

Principiile de bază în acordarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum în rândul consumatorilor de droguri injectabile

Acordarea cu succes a tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru consumatorii drogurilor injectabile trebuie să corespundă unor principii generale. Asistența medicală trebuie:

- ✓ să fie accesibilă;
- ✓ să fie gratuită;
- ✓ să fie loială, prestată de cadre cu atitudini nepărtinitoare;
- ✓ să corespundă necesităților individuale;
- ✓ să continue (prin intermediul sistemului medical) să asigure interacțiunea cu instituțiile medico-sanitare publice, serviciile sociale, asociațiile de CDI și familiile acestora.

Pe parcursul ultimilor ani, a fost creată baza legislativă și normativă cu privire la acordarea tratamentului farmacologic cu Methadonum consumatorilor de droguri. Au fost elaborate și aprobate prin *Hotărârea Guvernului nr.948 din 05.09.2005 Programul Național de Profilaxie și Control al infecției HIV/SIDA și ITS pe anii 2010-2015*, Strategia IV, activitatea 3; nr.314 din 17.03.2007 *Pentru aprobarea Planului de acțiuni cu privire la combaterea narcomaniei și narcobusinessului pe anii 2010-2015*, Capitolul III, activitatea 3, p.3.14; ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 *Cu privire la perfecționarea formelor și metodelor terapiei de substituție la bolnavii de narcomanie*. În cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și Departamentul Penitenciar, din anul 2004 a fost implementat tratamentul farmacologic cu Methadonum, cu scopul de ameliorare a sănătății publice, abandonare a consumului intravenos de droguri printre tineret, micșorare a riscului de îmbolnăviri prin hepatite virale și prin infecția HIV/SIDA printre consumatorii de droguri, profilaxie a infecției HIV/SIDA în populație, majorare a eficacității tratamentului antidrog, diminuare a criminalității etc.

Datele științifice confirmă faptul că tratamentul farmacologic cu Methadonum, atunci când este realizat la standarde adecvate, este cea mai eficientă substituție medicamentoasă pentru dependența de opiacee intravenoasă. Ca rezultat, se atestă creșterea calității vieții pacienților și a familiilor acestora, modificarea stilului de viață a consumatorilor de droguri (comportament sociabil). Prin toate aceste avantaje ale tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee s-a dovedit a avea indicii de cost-eficiență maxim, între serviciile pentru consumatorii de droguri.

Avantajele tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în tratamentul dependenței versus substanțele stupefiante (opiacee)

Asistența medico-socială acordată pacienților afectați de narcomanie trebuie să fie prestată de specialiștii de divers profil, inclusiv medicii psihiatri-narcologi, asistente medicale, lucrători în teren, asistenți sociali și alții. Este un imperativ faptul că, organizațiile de stat și cele nonguvernamentale și asociațiile obștești să contribuie în acordarea asistenței medicale. Supervizarea și instruirea continuă a echipei asigură calitatea serviciului unui astfel de tratament farmacologic, adaptare și reabilitare psihosocială a acestui contingent.

În acest context, pentru implicarea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, bolnavul depune o cerere și își asumă anumite responsabilități privind respectarea contractului bilateral. După examinarea medicală complexă, determinarea indicațiilor și a contraindicațiilor de prescriere a metadonei, determinarea dozei optime de Methadonum, care îi permite persoanei să activeze conform statutului profesional și social, aceasta este inclusă în tratamentul farmacologic cu Methadonum în condiții de ambulator, sub supravegherea permanentă a medicului.

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee contribuie la sporirea măsurilor de profilaxie a narcomaniei, a maladiilor concomitente și la crearea condițiilor de ameliorare a sănătății populației, în genere.

Avantajele tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în profilaxie:

- ✓ reține de la consumul produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora în tratament;
- ✓ reduce riscul de transmitere a infecției HIV, a hepatitelor virale și a infecțiilor bacteriene;
- ✓ reduce necesitatea de spitalizare;
- ✓ ameliorează și facilitează procesul de respectare a regimului terapeutic tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee și monitorizarea clinică;
- ✓ facilitează accesul la tratament și la asistență specială, în caz de infecție HIV, și la asistența medicală generală.

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee contribuie la:

- ✓ reducerea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
- ✓ reducerea de frecvență a acțiunilor ilicite;
- ✓ reducerea mortalității (supradozare);
- ✓ corectarea comportamentului asociat riscului ridicat de transmitere a HIV și a hepatitelor virale;
- ✓ facilitează integrarea socială a consumatorilor de droguri.

Aceste avantaje pot fi realizate la maxim în caz de:

- ✓ prescriere a unor doze adecvate de Methadonum sau Buprenorfinum;
- ✓ programe de orientare pentru consumul produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora și abandonarea completă a acestora în continuare;
- ✓ prestare a serviciilor de diagnostic și de tratament asociate dereglărilor psihice, asistența în soluționarea problemelor sociale;
- ✓ încheierea unui acord între pacient și medic, însoțit de o consultație în vederea reducerii consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
- ✓ asigurare a accesibilității serviciilor medicale, inclusiv comoditatea amplasării acestora, orele de lucru și remunerarea;
- ✓ crearea unui mediu adecvat.

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee de scurtă durată

Se aplică pacienților cu o motivație stabilă în tratament pentru includerea lor în programele de reabilitare psiho-socială. Metoda constă în administrarea zilnică a soluției de Methadonum sau Buprenorfinum în instituția medicală.

Doza inițială - 20 mg de Methadonum- sau 2-4 mg de Buprenorfinum apoi treptat se mărește optim, având capacitatea de a compensa lipsa heroinei sau a altor opiacee. Unii specialiști consideră această metodă intermediară între detoxicarea cu metadonum sau buprenorfinum și tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee pe termen lung

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau cu Buprenorfinum constituie tratamentul special organizat de administrare a preparatului de către consumatorii de droguri din grupul de opiacee, ce includ supravegherea sistematică a medicului și controlul de laborator nu mai puțin de 8 ori pe an. După cum Metadonum* sau Buprenorfinum* se absoarbe lent din tractul gastrointestinal, acțiunea ei se prelungește 24-36 de ore; se administrează intern, de obicei în formă lichidă (cu sirop dulce).

Adeptii tratamentului, conform cercetărilor științifice, au obținut următoarele rezultate privind consumul metadonei, care duce la:

- ✓ diminuarea marcantă a atracției de heroină sau de alte opiacee;
- ✓ blocarea efectelor neurotice inclusiv euforia provocată de heroină sau de alte opiacee;
- ✓ normalizarea nivelului de beta endorfină;
- ✓ normalizarea sistemelor endocrine și imune ale organismului.

Toate aceste acțiuni duc la normalizarea stării psiho-fizice a pacientului și creează condiții benefice de reabilitare socială.

Calculul dozei optime de Methadonum

- ✓ "dozele corecte" reflectă sarcinile puse în tratamentul farmacologic cu Methadonum;
- ✓ dozele ilegale consumate de către consumatorii de droguri opiacee în diferite zone și diferite anotimpuri ale anului, variază la fiecare consumator;
- ✓ pentru a mări doza de Methadonum, persoana poate exagera informația privind dozele ilegale consumate de opiacee;
- ✓ medicul psihiatru-narcolog trebuie să cunoască adevăratele cantități consumate de opiacee;
- ✓ Methadonum*** este un opiaceu cu o acțiune de lungă durată;
- ✓ supradozarea metadonei poate provoca decesul persoanei, care se află în tratament;
- ✓ doze mici nu oferă eficacitatea scontată.

Reglementarea dozei se efectuează în primele trei zile, pentru a diminua consecințele întreruperii drogării. Pacientul în aceste zile necesită o supraveghere permanentă, pentru a preveni simptomele de sevraj. Dacă aceasta totuși se instalează, este necesar ca doza de 24 de ore să fie majorată cu 10-20%.

Scopul final al tratamentului farmacologic cu Methadonum pentru un termen lung este refuzul deplin al pacientului de la consumul drogurilor ilegale și al metadonei. De regulă, după finalizarea tratamentului farmacologic cu metadonum, doza zilnică a preparatului se micșorează cu 10 mg la fiecare 2-3 săptămâni până la minim 20 mg.

Monitorizarea procesului tratamentului farmacologic cu Methadonum

Monitorizarea eficacității tratamentului antidependență este realizată prin metode diverse:

- Deosebit de importantă este planificarea tratamentului și analiza cu regularitate a acestuia;
- Aceasta permite ameliorarea rezultatelor tratamentului farmacologic cu Methadonum;
- În programul de tratament trebuie stabilite obiectivele pentru termene scurte, medii și de durată;
- În conformitate cu rezultatele obținute se poate evalua eficacitatea tratamentului.
- Toate datele privind examinarea, tratamentul și rezultatele realizate trebuie să fie înregistrate în fișa medicală a pacientului cu includerea următoarei informații:
 - evaluarea rezultatelor examinării și a investigațiilor;
 - programul de tratament;
 - asistența psihologică și psihiatrică acordată;
 - asistența socială acordată;
 - rezultatele investigațiilor de laborator;
 - monitorizarea clinică;
 - datele despre respectarea recomandărilor curative;
 - circumstanțele sistării și ale finalizării tratamentului;
 - consimțământul pentru sistarea tratamentului;
 - acordurile convenite cu privire la supravegherea pacientului.
- Utilizarea măsurilor standardizate de evaluare, de exemplu, indicele gradului de dependență permite efectuarea unui control mai exact al stării pacientului.
- *Screening*-ul consumului de substanțe narcotice ilicite determinate prin analiza urinei, care pot reflecta rezultatele tratamentului.
- *Screening*-ul administrării de substanțe narcotice este obligatoriu, testarea se efectuează cu acordul pacientului preventive informat, rezultatele acestuia pot servi drept motiv pentru sistarea tratamentului.

Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu Buprenorfinum *

Buprenorfinum * este un analgezic opioid și un agonist parțial al receptorilor ce poate fi folosit cu succes în tratamentul dependentei de heroină. Buprenorfinum * (agonist parțial) determină activarea receptorilor, activare ce crește odată cu creșterea dozei până la atingerea unui platou. Agoniștii totali opioizi ca Methadonum și heroina cresc activitatea receptorilor cu creșterea dozei, însă nu ating un platou. Din cauza acțiunii agoniste parțiale, consumatorii cronici de opioizi nu au tendința de a-l folosi ca drog de abuz.

Buprenorfinum * are o mare afinitate pentru receptorii opioizi și disociază greu de aceștia (Buprenorfinum * are o acțiune de 25-40 ori mai puternică decât a morfinei). Din cauza acestei afinități crescute, drogul desprinde opioizii de pe receptorii, astfel determinând un sindrom de retragere la subiecții care au folosit recent drogul.

Buprenorfinum * se absoarbe la nivel gastrointestinal și la nivelul mucoaselor în general, însă administrarea orală presupune o biodisponibilitate scăzută datorită metabolismului de la nivelul tractului gastrointestinal. Administrată sublingual atinge 30-50% din biodisponibilitatea intravenoasă, iar concentrația maximă plasmatică este atinsă în aproximativ 1 oră. Este biotransformată la nivelul ficatului cu ajutorul CYP450, eliminarea compusului și a metabolitelor acestuia având loc, în mare măsură, prin fecale și mai puțin de 30% pe cale urinară. Are un timp de înjumătățire plasmatic de 37 de ore.

- **Avantajele tratamentului de substituție cu Buprenorfinum * și respectiv Methadonum *:**

1. Buprenorfinum *:

- dozele mari au un risc mai mic de toxicitate;
- simptomele sindromului de retragere sunt mai puțin severe;
- potențialul de abuz este mai mic;
- mai accesibilă în programele de tratament.

2. Methadonum *:

- cost mai mic;
- mai eficientă la pacienții cu toleranță crescută;
- ratele tratamentului de întreținere sunt mai mari.

Au fost raportate cazuri de supradozare printre pacienții care au dizolvat tabletele de Buprenorfinum * și le-au injectat împreună cu benzodiazepine. Există pe piața comprimate ce conțin naloxonă în asociere cu Buprenorfinum *(Suboxone) tocmai pentru a descuraja administrarea i.v. a drogului. Studiile au arătat că asocierea dintre Buprenorfinum * și naloxonă în raport de 4:1 determină simptome neplăcute ale sindromului de retragere atunci când sunt administrate i.v. de către subiecții dependenți de opioide, dar fără a avea asemenea manifestări la administrarea sublinguală.

Fetii expuși la opioizi prezintă manifestări ale sindromului de retragere la naștere. Menținerea pe Methadonum îmbunătățește aceste neajunsuri la femeile gravide dependente de opioizi. Menținerea pe Buprenorfinum * produce un sindrom de retragere la nou-născuții mai mic decât în cazul metadonei. Dar, Buprenorfinum * este încadrată în categoria C (FDA) de sarcină (studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupra fătului, nu există date din studii pe subiecți umani), spre deosebire de Methadonum *:care este în categoria de risc B (FDA) (a. studiile pe animale nu au demonstrat efecte adverse asupra fătului și nu există studii pe subiecți umani sau b. studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupra fătului, dar studiile pe subiecți umani nu arată o influență negativă asupra sarcinii în orice trimestru). Din aceste motive Methadonum * este preferată în tratamentul de substituție la gravide. Dacă Methadonum nu este disponibilă dar Buprenorfinum * da, se va administra Buprenorfinum * fără naloxon după ce medicul va fi explicat pacientei riscurile (Buprenorfinum * se regăsește în laptele matern, însă datorită absorbției gastrointestinale scăzute, nu este documentat încă științific dacă alăptatul ar trebui descurajat).

HIV este frecvent răspândit printre consumatorii de opioizi și mulți dintre pacienți primesc terapie antiretrovirală (TARV). Pacienții toxicomani care sunt tratați cu Buprenorfinum * aderă mai bine la TARV decât cei care nu urmează acest tratament. De asemenea s-a demonstrat că Buprenorfinum * nu influențează răspunsul virusologic la TARV.

Funcția hepatică necesită o monitorizare atentă în cazul pacienților cu hepatită B sau C deoarece au fost

raportate cazuri în care Buprenorphinum * a determinat hepatotoxicitate marcată.

Forme de prezentare si comercializare

Buprenorphinum * se prezintă sub formă de:

- comprimate pentru administrare sublinguală;
- plasturi pentru administrare transdermică (eliberare 72 ore);
- fiole pentru administrare parenterală - de obicei i.m. (uz veterinar).

Buprenorphinum * se folosește ca **tratament de substituție** în cazul subiecților dependenți de opioizi, tratament ce include trei etape:

1. *Faza de inducție* - poate fi inițiată la 12-24 ore după ultima doză de opioid cu acțiune scurtă și la 24-48 de ore după un opioid cu acțiune lungă. Aceasta fază reprezintă tranziția între consumul de opioid și Buprenorphinum și durează 3-7 zile. Se preferă combinația de Buprenorphinum *- naloxon în cazul majorității pacienților. La gravide și subiecților care au folosit opioizi cu durată lungă de acțiune (ex. Methadonum) se administrează doar Buprenorphinum *.

Dozele inițiale se administrează sub observație medicală din momentul în care pacientul prezintă semne ale sindromului de retragere.

2. *Faza de stabilizare* - durează 1-2 luni și include atât tentativele de stabilire a dozei minime de medicament necesare pentru a preveni manifestările sindromului de retragere cât și minimizarea efectelor secundare.

3. *Faza de menținere* - este indefinită și caracteristică fiecărui pacient în parte. În această perioadă medicul va monitoriza pacientul pentru consumul ilicit de droguri, "setea de drog" și trigger-ii pentru recădere.

Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee

1. Dependența de opiacee

Înseamnă pierderea controlului în consumul de opiacee și generarea numeroaselor probleme de sănătate, sociale, legale și financiare. Consumul repetat de opiacee puternice, cum este heroina, produce dezechilibrul anumitor funcții biologice, apariția sindromului de sevraj la încetarea consumului și care poate fi stopat doar prin administrarea tratamentului farmacologic cu opioide.

2. Ce este tratamentul farmacologic cu opioide?

Tratamentul farmacologic cu opioide reprezintă administrarea legală, de către medicul specialist a metadonei și buprenorfinei, indicat persoanelor dependente de droguri, sub supraveghere medicală continuă. Administrarea acestor preparate, permite sistarea consumului de heroină sau de alte opiacee ilicite, fără declanșarea sindromului de sevraj, în condițiile de asistență medicală, psihologică și socială, cu scopul de a ameliora calitatea sănătății și a vieții sociale clientului, oferindu-i, inclusiv oportunitatea de integrare profesională, evitare a implicărilor criminale, prevenirea expunerii la diferite tipuri de violență și reducerea riscurilor de infectare cu HIV și alte infecții cu transmitere prin sânge și sexual-transmisibile. Astfel, farmacoterapia cu Methadonum și Buprenorphinum constituie o modalitate de tratament complex medical și suport psiho-social, și nicidecum o simplă substituție a drogurilor ilegale.

3. Beneficiile tratamentului farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum

- Reducerea consumului până la refuzul complet de droguri ilegale;
- Prevenirea supradozării și a cazurilor de deces asociate consumului de droguri ilegale;
- Îmbunătățirea stării de sănătate;
- Sporirea calității vieții pacienților și a familiilor acestora;
- Profilaxia infecției HIV și a hepatitelor virale;
- Asistența medicală continuă și posibilitatea de accesare a asistenței psiho-sociale;
- Îmbunătățirea relațiilor familiale și sociale;
- Revenirea la oportunitățile de învățământ și de muncă.
- Diminuarea implicărilor criminale.
- Facilitarea oportunităților de integrare după eliberarea din detenție;
- Creștere în plan persoanl.

4. Methadonum* și Buprenorphinum* – preparate medicamentoase de substituție

Methadonum* și Buprenorphinum* constituie medicamente de substituție, care se prescriu de către medicul narcolog în cazul dependențelor de opiacee. Doza optimală este acea doză, care diminuează atracția față de droguri, dar nu provoacă efecte de relaxare sau de euforie. În creșterii rapide a dozei zilnice de administrare a acestor preparate fără supravegherea medicului, persoanele se pot confrunța cu supradozarea sau alte probleme agrave de sănătate.

Ca și în cazul oricărui alt medicament, administrarea metadonei și/sau Buprenorphinum este individualizată. Dacă veți împărtăși doza personal de Methadonum și/sau Buprenorphinum cu altcineva, în afară de faptul că veți reduce din eficacitatea tratamentului dumneavoastră, puteți pune în pericol persoana care poate suferi o supradoză de Methadonum și/sau Buprenorphinum. O doză de la 10 până la 20 mg de Methadonum poate fi mortală pentru copii și o doză de la 30 la 40 mg poate provoca supradoza unui adult nedependent, a unui abstinent sau unui consumator ocazional.

Methadonum* se eliberează în diferite forme: pastile, praf sau formă lichidă și, obligatoriu, cu prescriere medicală. **Buprenorphinum** se eliberează în pastile și obligatoriu cu prescriere medicală.

5. Prescrierea și administrarea Metadonei și/sau Buprenorfinei

În prezent, numai medicul psihiatru-narcolog poate prescrie Methadonum*, Buprenorphinum*. La etapa inițială de tratament, scopul este adaptarea și stabilizarea dozei zilnice de care aveți nevoie. Aceasta diferă de la persoană la persoană și depinde de cantitatea de substanță opiacee consumată de dumneavoastră. În continuare, administrarea medicamentului se va face conform unui program individual.

6. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* – o doză pe zi

Pentru cea mai mare parte din pacienți, administrarea dozei o dată pe zi este cea mai eficientă modalitate de tratament. În același timp, pentru unii, în perioada inițială, preparatul poate fi administrat în 2 prize pe zi pentru a controla mai ușor eventualele efecte secundare. Supravegherea clinică și analizele biologice

permit adaptarea într-o manieră optimă a tratamentului/dozajului zilnic și a modului de administrare. Doza zilnică nu reprezintă în nici un caz nivelul de severitate a dependenței dumneavoastră.

7. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* și analizele urinei

Pe parcursul tratamentului medicul dumneavoastră vă va cere colectarea analizei de urină (determinarea de opiacee, cocaină, amfetamine). Aceste analize se efectuează cu scopul de a evalua eficacitatea tratamentului, de a asigura complianța la tratament întru fortificarea sănătății.

8. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* și administrarea altor substanțe:

Alcoolul reduce eficacitatea tratamentului, producând apariția sevrajului între două dozări (micșorarea duratei de acțiune a metadonei și buprenorfinei), crește intensitatea efectelor secundare și interacțiunile medicamentoase. În plus, alcoolul este dăunător și prin efectele sale directe.

1. Administrarea de medicamente calmante sau somnifere (Benzodiazepine) are două efecte diferite: pe de o parte agresivitate, confuzie, somnolență puternică iar, pe de altă parte, un risc serios de supradoză. Cocaina, *crack*-ul și drogurile de sinteză pot provoca riscuri majore pentru stabilitatea tratamentului dumneavoastră.
2. Efectele unei doze de heroină, de morfină sau de codeină pot fi mortale în tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum. În acest sens, riscul de supradoză este mare.

9. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* și administrarea medicamentelor

Administrarea anumitor medicamente contribuie la destabilizarea tratamentului dumneavoastră. Dacă dumneavoastră consultați un alt medic decât cel care v-a prescris Methadonum*, și/sau Buprenorphinum* nu ezitați să-i vorbiți despre tratamentul pe care îl faceți. În același timp, informați-l pe medicul care v-a prescris Methadonum* și/sau Buprenorphinum* de orice medicament prescris de alți medici. Medicamentele antiulceroase, antidepresive, antiretrovirale și antibioticele interacționează cu Methadonum*. Ele nu sunt contraindicate, însă folosirea lor trebuie adaptată și supravegheată.

10. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* și contracepția

Methadonum* și/sau Buprenorphinum*, ca și heroina, poate produce absența sau perturbarea menstruației. Dacă nu doriți ca dumneavoastră (sau partenera dumneavoastră) (aflată în tratament farmacologic cu Methadonum) să rămână însărcinată, folosiți o metodă contraceptivă eficientă (pastile, sterilet, prezervativ).

11. Methadonum* și/sau Buprenorphinum* și sarcina

Methadonum* nu este contraindicată în cazul sarcinii, ea este singurul tratament farmacologic recomandat femeilor însărcinate - nu este toxică pentru făt.

Singurul pericol pentru făt poate fi oprirea bruscă a administrării opiaceelor, în special în primul și în ultimul trimestru al sarcinii. În cazul nașterii, este posibil ca nou-născutul să prezente un sindrom de sevraj, însă acesta poate fi ușor gestionat de medici. Iar, femeia care a născut, poate continua fără pericol tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum și își poate alăpta copilul sub supravegherea medicului.

12. Efecte adverse

În general, Methadonum* și/sau Buprenorphinum* este bine tolerată. În același timp, la unii clienți pot apărea anumite tulburări, dintre care cele mai importante sunt: transpirația excesivă, constipația, grețurile, tulburările de somn, sensibilitățile gustative, etc.

Nu ezitați să discutați cu medicul dumneavoastră despre orice tulburare de acest tip!

13. Continuitatea tratamentului

Tratamentul farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum necesită să fie continuat și nu există motive de întrerupere a tratamentului, cu excepția celor medicale, care întotdeauna cor fi discutate de către medic și pacient. În caz că sunteți internat sau arestat, medicul sau lucrătorii medicali ai spitalului, izolatorului sau ai instituției penitenciare, ar putea lua legătura cu medicul dumneavoastră, pentru a asigura continuitatea tratamentului. Dacă trebuie să suportați o intervenție chirurgicală, nu uitați să informați că faceți un tratamentul farmacologic cu opioide.

14. Sistarea tratamentului

Tratamentul poate dura de la câteva luni pînă la câțiva ani și depinde de nevoile fiecărui pacient în parte. Încetarea tratamentul farmacologic cu opioide este o decizie pe care trebuie s-o luați împreună cu medicul dumneavoastră. Abandonarea bruscă, din propria inițiativă, constituie un mare risc de recădere și vă poate afecta starea de sănătate.

Acordul între pacient și IMSP care aplică tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee (*model*)

Acordul între pacient și IMSP _____
nr. _____ din „____” _____ 20____

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 se încheie Acordul bilateral între pacient _____
(numele, prenumele, anul nașterii, domiciliul)

_____,
în cele ce urmează–client, și directorul al IMSP _____,
în cele ce urmează “director”, privind aplicarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee.

I. Angajamentele părților:

Pacientul este obligat:

- Să consume medicamentul în cabinetul de tratament farmacologic în prezența personalului medical sau în modul prescris la domiciliu dacă este eligibil pentru eliberarea la domiciliu.
- Să permită personalului medical de a se încredința de faptul că medicamentul nu se ascunde.
- Să nu vândă și să nu transmită medicamentul altor persoane.
- Să nu fie agresiv față de personalul medical al instituției medicale și alte persoane participante la tratament.
- Să îndeplinească indicațiile personalului medical.
- Să nu vândă și să nu consume droguri ilegale și alte substanțe psihoactive în special în încăperea instituției medicale dar și în general.
- Să dea analiza urinei după indicația personalului medical, aflându-se în cabinet.
- Să păstreze bunurile materiale ale instituției medicale.
- Să nu fumeze în încăperea instituției medicale, la scări și alte locuri publice (sanctiunea poate fi fără observații suplimentare).

Pacientul se informează că:

- ✓ În cazul încălcării regulilor mai sus menționate comisia medicală consultativă care a indicat tratamentul farmacologic, prescrie clientului sancțiune individuală.
- ✓ În cazul în care clientul este agresiv față de personalul medical sau față de alți participanți la tratament, pot fi inițiate măsuri pentru asigurarea securității personalului și contracararea comportamentelor delincvente.
- ✓ În cazul în care participantul la tratament nu se prezintă nemotivat în cabinetul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee timp de 7 zile este exclus automat din program.
- ✓ La prezența dezacordului cu Regulile indicate (acord) clienții nu se includ în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

II. IMSP Dispensarul Republican de Narcologie:

- Asigură condițiile respective în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
- Asigură clientul cu medicament, investigații necesare și supravegherea medicală în dinamică.
- Asigură anonimatul adresării pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

Acordul se întocmește în două exemplare: unul se eliberează clientului, al doilea se anexează la fișa medicală a bolnavului de ambulator (staționar).

L.Ș.

**Chestionar de colectare a informației inițiale în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee
(model)**

Data îndeplinirii _____

Numele, prenumele _____

Anul nașterii, vârsta _____ Sexul _____

Adresa _____

Studiile _____

Ocupația _____

Situția familială _____

Inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora
_____Termenul de utilizare sistematică de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare
acestora (anii) _____

Ultimele doze _____

Prețul unei doze medii zilnice _____

Cazuri de tratament inefficient _____

Abstinența cea mai îndelungată _____

Cine i-a recomandat tratamentul respectiv _____

Date suplimentare:

Prezența:

HIV/SIDA _____

Hepatitele B, C, D _____

Severitatea _____

Maladiile grave _____

Antecedentele penale _____

Durata tratamentului _____

Dorința de a continua tratamentul în condiții de ambulator _____

Semnătura clientului

Semnătura medicului

Instrucțiune pentru medicii psihiatri-narcologi și psihologi privind tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum

I. Instrucțiune

Pentru fiecare client, inclus în tratamentul farmacologic, se aprobă o schemă de tratament individual în procesul dialogului motivațional, pe parcursul căruia se elucidează problemele și necesitățile clientului. Această informație constituie axa tratamentului și a reabilitării pacientului. (Măsurile medicale se înscriu în *Fișa medicală a participantului* la program).

II. Aspecte ale schemei de activitate individuală

- Examinarea medicală generală.
- Examinarea medicală la HIV, TBC, hepatite, IST la includerea în tratament (mai apoi minim o dată în an).
- Examinarea medicală (boli complicate: septicemie, ulcer trofic și dereglări organice).
- Consultația psihologică.
- Selectarea dozei individuale a preparatului de substituție în condiții de staționar sau ambulator.
- Determinarea termenului de realizare a tratamentului.
- În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului.
- Asigurarea consultației specialiștilor de profil.
- Graficul de consultații la narcolog.
- Planul tematic individual de consiliere la psiholog.
- Includerea în grupurile de susținere și de suport reciproc.
- Participarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea periodicității lor.
- Măsurile de resocializare (anexa *Planul de activitate al schimbării*).
- Testarea de laborator la consumul drogurilor ilegale.
- Tratamentul maladiilor concomitente.
- Corectarea/modificarea schemei de tratament confirmat lunar.

III. Schema de tratament individual

Examinare medicală generală _____

Examinarea medicală la HIV, TBC, Hepatite, IST la includerea în tratament (mai apoi minim o dată în

Examinarea medicală la boli complicate (septicemie, ulcer trofic și dereglări organice)

Testarea psihologică _____

Determinarea dozei individuale a metadonei în condiții de ambulator _____

În cazurile necesare, corectarea dozei:

Data _____ Data _____
Data _____ Data _____
Data _____ Data _____

Asigurarea consultației la specialiștii de profil (de exemplu, dermatovenerolog) _____

Graficul consultațiilor la medicul psihiatru-narcolog (o dată în 10 zile) _____

Planul tematic individual de consiliere la psiholog _____

Implicarea în grupurile de susținere și de suport reciproc _____

Implicarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea perioadei de implicare

Măsurile de resocializare (vezi planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului)

Testarea de laborator la consumul de droguri ilegale (la necesitate) _____

Tratamentul maladiilor concomitente (la necesitate) _____

Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile

Programele de Reducere a Riscurilor își direcționează activitățile asupra minimalizării riscurilor de ordin medico-social, asociate consumului de droguri sau comportamentului sexual riscant/periculos. Această abordare încearcă să diminueze problemele asociate comportamentele de risc, prin metode care să protejeze demnitatea, umanitatea 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 cu HIV este încă mică,
2. Existența unui „pachet” coerent de activități pentru prevenirea răspândirii infecției HIV în rândurile consumatorilor de droguri injectabile, atât în sectorul civil cât și în penitenciare. Aceste activități includ:
 - oferirea/schimbul de echipamente sterile de injectare (ace și seringi),
 - accesul la tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee,
 - creșterea conștientizării și educarea consumatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV (folosirea echipamentului steril de injectare și practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la serviciile de consiliere și testare voluntară, îngrijire și tratament,
 - accesul la terapie antiretrovirală,
 - accesul la serviciile centrelor de prevenire, diagnostic și tratament ITS și la alte servicii de sănătate,
 - distribuirea de prezervative,
 - creșterea conștientizării și educarea partenerilor sexuali ai utilizatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV,
 - distribuirea materialelor informaționale și organizarea activităților de instruire în vederea reducerii riscurilor (practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la diagnosticul și/sau tratamentul hepatitelor virale,
 - accesul la diagnosticul și tratamentul tuberculozei,
 - accesul la serviciile de profilaxie a supradozărilor,
 - mobilizarea și participarea comunității beneficiarilor și a comunității în general la implementarea acestor măsuri.
3. Intervențiile trebuie să se bazeze pe outreach (munca în teren) și pe peer education (educația între egali).
4. Luarea în considerație 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 sprijin pentru intervenție.
7. Concomitent cu toate aceste măsuri, trebuie să fie redusă cererea 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 consumul de droguri,
 - încurajarea consumatorilor de droguri de a renunța la consumul de substanțe psiho-active, prin participarea lor la programele de tratament.
8. Identificarea obiectivelor comune cu comunitatea consumatorilor 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 tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum 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 asigură „poarta de intrare” a acestora în sistemul de sănătate și asistență socială. Aceleași abordări și servicii bazate pe necesități specifice urmează a fi 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

**Acord de parteneriat cu asociația obștească
(model)**

” ___ ” _____ 20__

mun. Chișinău

Instituția Medico-Sanitară Publică _____, ce acționează în baza statutului, denumită în continuare ”Organizator” pe de o parte, și A.O. _____, reprezentată de Președinte, dnul _____, care acționează în baza Statutului, denumit în continuare ”Colaborator”, ambii denumiți în continuare ”Părți”, au încheiat prezentul Acord, referitor la următoarele:

Preamblu

Dorind să dezvolte și să consolideze colaborarea între _____ și IMSP _____ și urmărind scopul îmbunătățirii calității vieții a consumatorilor de droguri;

Recunoscînd necesitatea consolidării cooperării în cadrul dezvoltării măsurilor de răspuns la maladiile narcologice, îmbunătățirii infrastructurii respective și a procedurilor decizionale, evidenței sistematizate a aspectelor instituționale, legale și social economice.

Recunoscînd, că soluționarea problemelor comune necesită abordări noi și de viitor în cadrul cooperării naționale.

Conștientizînd, că măsurile îndreptate spre reducerea nivelului de stigmă și discriminare, lărgirea accesului clienților narcologici la serviciile de profilaxie, tratament, îngrijire și suport pot deveni mai eficiente, contribuind astfel la îmbunătățirea calității vieții.

Bazîndu-și cooperarea reciprocă în domeniul acoperirii asistenței clienților narcologici pe prevederile Strategiei Naționale Antidrog pe anii 2011-2018, aprobată prin Hotărîrea Guvernului nr.1208 din 27.12.2010, în domeniul acordării asistenței clienților TFM, CDI și USPA, conform prevederilor Programului național de Prevenire și Control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.1143 din 16.12.2010 și implementarea ordinului nr.1064 din 01.10.2013 ”Cu privire la instituirea Grupului de lucru intersectorial”, anume ”Sporirea calității tratamentului farmacologic cu metadonum în Republica Moldova.

Exprimîndu-și disponibilitatea spre o cooperare de lungă durată în domeniul mobilizării eforturilor și resurselor, aplicării potențialului personal întru ridicarea eficacității măsurilor de răspuns pe problemă, părțile au convenit asupra următoarelor:

Articolul 1.

Condiții generale

1.1. Prezentul Acord de Colaborare vizează consolidarea și formalizarea relațiilor între

1.2. În scopul creării și dezvoltării cooperării și obținerii rezultatelor celor mai eficiente și de durată în procesul implementării activităților, părțile sînt de acord să acționeze în baza unor principii, abordări și strategii comune pentru atingerea scopurilor stabilite.

1.3. Noi, semnatarii prezentului Acord, ne angajăm să cooperăm în baza principiilor de respect reciproc și a parteneriatului constructiv în următoarele domenii:

Elaborarea și implementarea unor strategii unice de realizare a activităților în cadrul problemelor narcologice.

Asigurarea răspunsului prompt la problemele ce țin de implementarea obiectivelor stabilite prin aplicarea unei interacțiuni eficiente.

1.4. Acordarea informației necesare și asigurarea schimbului de informație în mod regulat (cu excepția celei de ordin confidențial), în special în ceea ce ține de realizarea indicatorilor și asigurarea transparenței în procesul de implementare a activităților.

Articolul 2.

Cooperare și informare

2.1. Consultare și informare reciprocă a părților în domeniul reabilitării persoanelor cu probleme narcologice cu suportul psiho-social clienților.

2.2. Participarea reciprocă în cadrul acțiunilor comune și a evenimentelor în domeniu: grupuri de lucru, mese rotunde, traininguri, etc.

2.3. Desfășurarea ședințelor periodice nu mai rar de 1 dată pe trimestru cu participarea persoanelor de contact, ale părților cu scopul planificării activităților comune și discutării rezultatelor ce țin de acestea.

2.4. Colaborare constructivă și asistență reciprocă în procesul elaborării și desfășurării activității comune cu caracter informațional și profilactic.

2.5. La necesitate, organizarea consultărilor reciproce avînd ca scop elaborarea materialelor și/sau recomandărilor metodice privind asistența și reabilitarea consumatorilor de droguri.

Articolul 3.

Responsabilitatea părților

3.1. Responsabilitatea IMSP _____:

3.1.1. Să includă asistentul social al A.O. _____ în echipa multidisciplinară de asistență medicală și psiho-socială a pacienților TFM, administrat de IMSP _____.

3.1.2. Să implice asistentul social din partea A.O. _____ în toate etapele tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, în special la etapa de includere în program și menținere în program în scopul asigurării unei abordări multidisciplinare bazate pe evaluarea necesităților pacientului și prevenirii situațiilor de abandonare prematură a tratamentului de către pacient.

3.1.3. Să implice asistentul social în lucru cu beneficiarii tratamentului la etapa de finisare a tratamentului pentru asigurarea unei monitorizări posttratament și a unei integrări sociale eficiente.

3.1.4. Să ofere spațiu și condiții necesare pentru buna desfășurare a prestării serviciilor de către asistentul social, spațiu pentru serviciile ce sînt stipulate în p.3.1.2 și 3.1.3.

3.1.5. Să pună la dispoziția pacienților IMSP _____ informații despre servicii prestate de A.O. _____ și să facă referire către ele:

- grupuri de suport reciproc,
- suport de la egal la egal,
- suport psihologic,
- asistență socială,
- informarea prin intermediul activităților de grup și a materialelor
- informaționale, etc.

3.1.6. Să ofere date statistice interne fără divulgarea informațiilor confidențiale.

3.2 Responsabilitatea A.O. _____ :

3.2.1. Să pună la dispoziție date statistice interne fără divulgarea informațiilor confidențiale.

3.2.2. Să pună la dispoziția IMSP _____ materiale informaționale despre problemele legate de narcomanie și virusul HIV/SIDA elaborate și oferite de Asociația Obștească.

3.2.3. Să susțină îndeplinirea misiunii pe care o are IMSP _____ pentru cei aflați în situații de dificultate și/sau încadrați în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

3.2.4. Să furnizeze servicii sociale specializate precum și servicii de îngrijire socialmedicală.

3.2.5. Să creeze și să mențină o rețea de suport la nivel comunitar și la domiciliu pentru persoanele sau grupurile sociale care se află în situații de dificultate (defavorizate, aflate în situații de risc social).

3.2.6. Să efectueze studii și cercetări referitor la diferite problematice și fenomene sociale care duc la abandonarea tratamentului cu prezentarea ulterioară a informației către Directorul IMSP _____ pentru asigurarea măsurilor ce se impun.

3.2.7. Participarea la elaborarea și aplicarea politicilor sociale, strategiilor și planurilor de acțiune la nivel instituțional.

3.2.8. Participarea la informarea opiniei publice cu privire la problematica socială în scopul educării și sensibilizării acesteia prin: conferințe, seminare, mese rotunde, dezbateri etc.

3.2.9. Identificarea surselor financiare pentru susținerea programelor de asistență socială beneficiarilor tratamentului.

3.2.10. Să desemneze din cadrul A.O. _____ un asistent social cu programul de lucru: luni-vineri de la 9.00 pînă la 13.00) care va fi inclus în echipa specialiștilor IMSP _____ și care va presta următoarele servicii:

- Participarea la asistența pacienților la etapa de includere, menținere și ieșire din program, inclusiv în cadrul echipei multidisciplinare formate în cadrul IMSP _____.
- Asigurarea desfășurării consilierilor individuale și a activităților de suport de grup pentru pacienți;
- Asistența socială prestată în baza managementului de caz: evaluarea cazului, elaborarea și implementarea planului individualizat de asistență, monitorizarea;
- Crearea și dezvoltarea mecanismului de referire a pacienților către serviciile medico-psiho-sociale, existente la nivel de municipiu;

- Facilitarea accesului la servicii de asistență juridică;
- Acordarea suportului profesionist pacienților care intenționează să acceseze serviciile de reabilitare și adaptare;
- Lucrul cu persoanele co-dependente (consultații individuale și organizarea grupului de suport reciproc);
- Suport în angajarea în câmpul muncii, recuperarea actelor personale, prezentarea intereselor în cadrul diferitor instanțe;
- Servicii profilactice și informative pentru pacienții încadrați în tratamentul farmacologic;
- Asigurarea conexiunii între serviciile instituției medicale IMSP _____ și cele ale A.O. _____.

3.2.11. Să asigure achitarea serviciilor prestate de către asistentul menționat mai sus în cadrul acestei colaborări.

4. Clauze finale

4.1 Prezentul Acord de Colaborare intră în vigoare la data ultimei notificări de către părți și este valabil pe perioada 01.01.20__ pînă la 31.12.20__.

4.2. Oricare dintre părți poate renunța unilateral la prezentul Acord de Colaborare printr-o notificare prealabilă a uneia dintre părți. În acest caz Acordul de Colaborare se va considera realizat.

4.3. Prezentul Acord de Colaborare este semnat în limba română, în două exemplare originale, ambele avînd aceeași forță juridică.

4.4. Acordul de Colaborare poate fi extins sau completat prin acordul comun al părților în formă scrisă.

5. Rechizitele juridice, poștale și de plăți ale părților:

„Organizatorul”
 IMSP _____
 Adresa _____
 c/f _____
 c/d _____
 BC _____
 c/b _____
 Director _____ / _____ /

„Colaboratorul”
 A.O. _____
 Adresa _____
 c/f _____
 c/d _____
 BC _____
 c/b _____
 Președinte _____ / _____

Acord de colaborare între instituții medicale și Inspectoratul General de Poliție pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (model)

nr. ____ din _____ 20__

mun. Chișinău

Inspectoratul General de Poliție, ce activează în baza Hotărârii Guvernului Nr.283 din 24.04.2013 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea Inspectoratului General al Poliției al Ministerului Afacerilor Interne (IGP), în persoana Șefului Inspectoratului General _____, numit în continuare „**Partea 1**”, pe de o parte și, **IMSP** _____, ce activează în baza Regulamentului, în persoana directorului _____, numit în continuare „**Partea 2**”, pe de altă parte, au încheiat prezentul acord de colaborare pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.

1. OBIECTUL ACORDULUI

1.1 Partea 1 se obligă să asigure accesul la tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum către pacienții înrolați în acest program în modul stabilit, conform volumurilor și indicațiilor individuale, iar Partea 2 se obligă să asigure suportul metodologic și medicamentul pentru pacient în caz de necesitate pe perioada aflării în custodia IGP. Tratamentul se face în conformitate cu Potocolul Clinic Național, Regulamentul de Asistență a pacienților aflați în tratament, instrucțiunea de asigurare a medicației, care este parte anexă la prezentul Acord și standardele naționale și internaționale de tratament în vigoare.

2. VALOAREA ACORDULUI ȘI MODALITATEA DE PLATĂ

2.1 Aplicarea prevederilor acordului nu implică costuri financiare.

3. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1 Partea 1 se obligă:

3.1.1. Să asigure examinarea medicală a deținuților cu evaluarea inclusiv a sănătății narcologice, conform ordinului MAI nr.384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR” până la și după reținere. **Să asigure accesul** pacienților aflați la tratament, confirmați prin comunicarea cu medicul psihiatru-narcolog responsabil, **la administrarea zilnică a medicamentului** pe perioada aflării în custodia IGP, ca obligație de asigurare a dreptului la cel mai înalt standard de sănătate și de prevenire a relor tratament și a torturii în detenție.

3.1.2. Să asigure comunicarea imediată cu medicul curant sau responsabil care coordonează tratamentul pacientului din cadrul Părții 2 despre reținerea pacientului care necesitatea tratament concomitent cu metadonum. Comunicarea trebuie efectuată imediat după informarea din partea pacientului sau rudelor (însoțitorilor) despre faptul că pacientul este în tratament (conform instrucțiunii din anexa la prezentul acord).

3.1.3. În caz că dispune în stoc de medicament în forma prescrisă, să asigure medicația, conform prescripțiilor specialistului din resursele proprii, în condițiile Ordinului MAI nr.31 din 27 ianuarie 2004 „Despre instituirea, amenajarea și înzestrarea punctului medical al comisariatului de poliție raional”.

3.1.4. Să nu discrimineze și să nu refuze prestarea serviciilor medicale pacientului pe motiv de utilizare de droguri sau aflare în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.

3.1.5. Să asigure păstrarea și documentarea adecvată a utilizării zilnice de către pacient a medicamentului, precum și raportarea acestora conform cerințelor.

3.1.6. Să înscrie detaliat în fișa medicală tratamentul primit în timpul spitalizării, inclusiv tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, evenimente sau reacții adverse apărute, etc.

3.1.7 Să asigure returnarea stocului de medicament, rămas, nefolosit al pacientului direct părții 2 cu documentarea conform anexei la prezentul Acord.

3.1.8 Să asigure implementarea obligațiilor conform prezentului acord prin aducerea actelor normative și practicilor interne de numire a locului deținerii de către organele de anchetă sau prin colaborare cu Judecătoriile de circumscripție pentru asigurarea deținerii sau transportării deținutului/arestatului pacient

în tratamentul farmacologic în izolatoarele comisariatelor din localitățile unde se asigură acest tratament.

3.2. **Partea 2 se obligă:**

3.2.1. Să asigure suportul metodologic și specializat pentru identificarea schemei optime de tratament în dependență de asocierea medicației concomitente cu tratamentul farmacologic, la tratamentul de bază a maladiei care a servit drept cauză a internării.

3.2.2. Să asigure **pacientul** cu medicament în volum destul pentru perioada planificată când acesta se va afla la tratament în staționar.

3.2.3. Să asigure raportarea Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății, conform cerințelor.

3.3. **Partea 1 are dreptul:**

3.3.1. Să ceară informații adăugătoare și suport tehnic și metodologic sau solicitarea specialistului în izolator pentru asigurarea calității actului medical prestat.

3.4. **Partea 2 are dreptul:**

3.4.1. Să controleze operativitatea și calitatea serviciilor medicale prestate de către Partea 1.

3.4.2. Să apeleze la informație explicativă asupra serviciilor medicale prestate la persoanele responsabile din IGP sau izolatorul raional _____ (partea 1).

4. RĂSPUNDEREA PĂRȚILOR

4.1 Pentru neexecutarea în modul convenit a obligațiilor aferente prezentului Acord, părțile poartă răspundere în conformitate cu legislația în vigoare.

4.2 Părțile nu poartă răspundere, dacă imposibilitatea îndeplinirii prevederilor Acordului se datorează intervenției cazurilor de forță majoră.

4.3 Toate litigiile nesoluționate pe cale amiabilă, aferente prezentului Acord, sînt examinate în ordinea stabilită de legislația în vigoare.

5. TERMENUL DE VALABILITATE AL ACORDULUI

5.1 Prezentul acord intră în vigoare la data semnării și își produce efectele pe o perioadă de pînă la _____. Acordul se consideră valabil pe viitor, dacă nici una din părți nu a exprimat în scris, cu o săptămîină înainte de expirarea termenului de valabilitate, dezacordul de prelungire a Acordului.

5.2 Acordul poate fi reziliat înainte de termen: prin acordul reciproc al părților; din inițiativa uneia din părți cu un preaviz de nu mai puțin de 1 lună înainte de reziliere.

6. DISPOZIȚII FINALE

6.1 Nici una dintre Părți nu are dreptul să transmită drepturile și obligațiile sale aferente prezentului Acord unei terțe persoane fără acordul preliminar în scris a celeilalte părți.

6.2 Acordul poate fi modificat, reziliat, recunoscut ca fiind nevalabil doar în baza legislației în vigoare.

6.3 Toate modificările, completările efectuate în Acord sunt valabile doar în cazul în care acestea sunt redactate în formă scrisă și semnate de ambele Părți.

6.4 Toate litigiile apărute între Părți, în cazul imposibilității aplanării divergențelor pe cale amiabilă, se vor soluționa în conformitate cu legislația în vigoare a Republicii Moldova de către instanțele competente.

6.5 Acordul se întocmește în două exemplare cu aceeași valoare juridică, câte un exemplar pentru fiecare Parte.

6.6 În situațiile neprevăzute în prezentul Acord Părțile se vor conduce de legislația civilă în vigoare a Republicii Moldova și alte acte normative în vigoare.

6.7 Prezentul Acord poate fi completat cu anexe suplimentare după necesitate care vor fi parte integrantă a acestuia.

„PARTEA 1”

„PARTEA 2”

IGP al MAI _____

IMSP _____

Adresa

Adresa

c/f _____

c/f _____

c/d _____

c/d _____

BC

BC

c/b

c/b

Șef _____ / _____ / _____

Director _____ / _____ / _____

Instrucțiunea privind modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum persoanelor în instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI

În vederea îndeplinirii prezentei instrucțiuni se definesc următoarele noțiuni:

- Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, administrarea unei doze zilnice prescrise de medicamente opiate cu efecte de durată pacienților cu adicție față de opiacee sub supraveghere medicală. Acest tratament nu constituie consum ilicit de droguri.
- Persoană aflată în tratament farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum – (în scopul acestui document în continuare referit ca „pacient”) persoană care suferă de narcomanie și este inclusă în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum de către specialistul narcolog conform Protocolului Clinic Național.
- În contextul acordului dat sunt eligibili pentru asigurare cu metadonum sau buprenorfinum doar pacienții care se află deja în tratament. Pacienții primari cu sindrom de sevraj de consum de opiacee vor fi tratați ca urgențe medicale, conform standardelor în vigoare și li se va asigura accesul la servicii de ambulanță și tratament de urgență.
- Îndeplinirea acestei instrucțiuni este importantă pentru a asigura dreptul pacientului la tratament calitativ, continuu și conform indicațiilor medicului psihiatru-narcolog care supraveghează pacientul în tratament farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pe perioada când acesta este internat/plasat/deținut staționar în instituție medicală, socială sau izolator de detenție preventivă. În același timp instrucțiunea din anexă la prezentul acord vine să asigure respectarea cerințelor de control a circulației substanțelor stupefiante și psihotrope, conform prevederilor normativelor în vigoare.
- În concordanță cu Acordurile de Colaborare încheiate și cu prezenta instrucțiune, Inspectoratul General e Poliție prin actele sale interne va asigura transportarea și deținerea deținuților/arestaților care necesită tratament în izolatoarele din localitățile unde este asigurat tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.

Amintim, că în raportul său către Consiliul pentru Drepturile Omului din 01.02.2015, raportorul special ONU pe tortură Juan Mendez a reconfirmat expres concluziile lui Manfred Nowak, că „refuzul de a acorda tratamentul de substituție în condiții de detenție constituie o formă particulară de rele tratamente și posibil tortură, inclusiv când ele ar putea fi folosite ca metodă de obținere a mărturiilor prin inducerea simptomelor de sevraj (A/HRC/10/44 and Corr.1, para. 57)”. Curtea Europeană pentru Drepturile Omului a formulat expres că „administrația locului de detenție are obligația de a asigura asistența medicală relevantă persoanelor de ținute” și a găsit statul în violare a dreptului absolut de a nu fi supus tratamentelor rele, inumane și degradante sau torturii în cazul refuzului tratamentului farmacologic cu metadoă sau Buprenorphinum.

Etapele managementului pacientului care necesită tratament farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum internat sau deținut

✓ Comunicarea

Comunicarea calitativă este foarte importantă și este garanția asigurării tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum adecvat.

Etapele și acțiunile posibile în procesul de comunicare.

- Pacientul internat în spital, instituție rezidențială sau izolator de detenție preventivă **comunică că este beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum**. În acest moment apare obligația persoanei publice (lucrător medical, lucrător al organului de drept) de a verifica și a asigura continuitatea tratamentului.
- Pacientul are sau nu asupra sa cartela beneficiarului a tratamentului farmacologic cu Methadonum

sau Buprenorphinum (modelul în anexa). Pacientul prezintă cartela sau comunică instituția la care primește tratamentul, unde este indicată schema de tratament și **informația de contact a medicului responsabil**. Pentru cazuri de urgență (pacient în comă despre care se presupune că ar fi în tratament cu Methadonum sau Buprenorphinum sau cu conștiința obnubilată) informația o prezintă rudele, reprezentanții legali sau însoțitorii, că pacientul este beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum).

- Persoana responsabilă de tratamentul persoanei (șeful secției și/sau medicul, directorul internatului, polițistul de gardă sau felcerul izolatorului de detenție preventivă **face legătura** cu medicul din instituția medicală care supraveghează pacientul, beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.
- Se confirmă la telefon doza și schema de tratament. Medicul curant informează despre tratamentul planificat pentru maladia tratată în staționar, durata estimată a spitalizării, iar medicul psihiatru-narcolog consultă în măsura competențelor compatibilitatea și ajustările necesare în **tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum**. La necesitate se planifică și se convoacă o ședință consultativă pe marginea schemei generale de tratament pe perioada aflării în spital.
- Rezultatele comunicării inițiale se documentează în documentația medicală a pacientului (Fișa medicală a bolnavului de staționar f. 003/e cu anexele - zilnic, foaie de prescripții medicale, foaie de indicatori principali ai stării bolnavului, ș.a.) sau a deținutului (conform Ord. MAI nr. 384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR”) și conține ca minim următoarea informație:
 - Data și ora comunicării la telefon (primul contact și convorbiri ulterioare)
 - Data și ora întâlnirii specialiștilor/personalul din izolator (dacă este relevant)
 - Informația obținută din comunicare, inclusiv doza zilnică, perioada estimată și la necesitate recomandările de ajustare conform tratamentului condiției de bază
 - Informația din cartela pacientului aflat în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum

Asigurarea tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum:

- Instituțiile medicale sau izolatoarele care au Methadonum și/sau Buprenorphinum în stoc pentru necesitățile de tratament vor asigura acesta din resursele proprii conform actelor normative în vigoare, după confirmarea că pacientul se află la tratament.
- Pentru instituțiile care nu au Methadonum și/sau Buprenorphinum în stoc, pentru spitalizările sporadice, tratamentul farmacologic va fi asigurat zilnic de către lucrătorii instituției medicale responsabile, conform acordurilor de colaborare interinstituțională.
- Spitalelor sau instituțiilor mari care asigură medicație analgezică, inclusiv în secții de oncologie, traumatologie, cardiologie, li se recomandă revizuirea practicilor interne de medicație pentru a asigura procurarea programată a metadonei și/sau buprenorfinei, care este recomandată la nivel internațional și ca un remediu sigur și eficient în managementul durerii.
- Eliberarea se face de către lucrătorul instituției care asigură tratamentul, conform tabelului 1 cu semnătura pacientului și a responsabilului din secție sau izolator care primește medicamentul.
- Transportarea se va efectua din resursele IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și/sau instituția medicală care asigură acest tratament.
- Instituțiile medicale și/sau izolatoarele care asigură condițiile de păstrare a substanțelor stupefiante conform cerințelor din HG Nr.128 din 06.02.2006 „Cu privire la aprobarea Cerințelor tehnice față de încăperile și obiectivele în care se păstrează substanțe stupefiante, psihotrope și/sau precursori” pot primi medicamentul în cantitate pentru 5 zile asigurând administrarea zilnică cu documentarea relevantă (vezi prevederile de evidență și raportare mai jos).
- Administrarea dozei zilnice se face personal de către lucrătorul medical al instituției care asigură acest tratament cu inscripțiile necesare în documentația standard. În acest caz instituția notează inscripția în fișa de observație (f. 003/3) și fișa de examinare medicală a persoanei reținute, fără

- înscrisoare în foaia de prescripții medicale.
- În cazul în care administrarea zilnică se face de către personalul abilitat din instituția în care este internat/reținut pacientul, se fac înscrierile necesare în foaia de prescripții medicale la fiecare doză, cu semnătura medicului, asistentului și pacientului în modul stabilit.
 - Evidența și administrarea tratamentului se face conform actelor normative în vigoare (înscrierile în fișa de observație – formular 003e, fișa de indicație cu semnăturile obligatorii ale medicului care a indicat, asistentul medical și pacientul care a primit doza indicată.
 - La eliberarea din staționar și/sau izolator, în cazul stocului de medicament instituția și/sau izolatorul se obligă să comunice și să predea cantitatea medicamentului rămas, documentând în modul stabilit.
 - La externare, pacientului se eliberează extrasul (forma 027e) cu descrierea tratamentului și investigațiile aplicate, precum și recomandările necesare.

Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic cu Methadonum

Cartela beneficiarului	
Beneficiar _____	Ștampila IMSP _____
IDNO _____	
se află la Tratament Farmacologic cu Metadonă .	
Cantitatea unică maximă posibilă eliberată conform legislației pentru pacient constituie _____ ml/zi, care constituie o doză de _____ mg/zi și corespunde prescripției terapeutice individuale	
Beneficiarul are dreptul să transporte la domiciliu cantitatea menționată numai în prezența actului de identitate.	
Beneficiarul, pe parcursul medicației nu are dreptul să conducă autovehicule.	
Semnătura și parafa medicului _____	

Cartela dată reprezintă un certificat medical care atestă că titularul este beneficiar al
Tratamentului Farmacologic cu **Methadonum**.

Deținerea **Methadonum** în cantitatea unică ce nu depășește cantitatea indicată de către medic, nu constituie circulație ilicită a stupefiantelor conform prevederilor art.1 a Legii cu privire la circulația substanțelor stupefiante și psihotrope și a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.

Pentru detalii contactați specialistul din cadrul instituției medicale care prestează aceste servicii:

Numele, Prenumele medicului _____ Tel: _____

Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic Buprenorphinum

Cartela beneficiarului

Beneficiar _____ Ștampila IMSP _____

IDNO _____

se află la Tratament Farmacologic cu **Buprenorphinum**.

Cantitatea unică maximă posibilă eliberată conform legislației pentru pacient constituie _____ mg/ zi, care corespunde prescripției terapeutice individuale

Beneficiarul are dreptul să transporte la domiciliu cantitatea menționată numai în prezența actului de identitate.

Beneficiarul, pe parcursul medicației nu are dreptul să conducă autovehicule.

Semnătura și parafa medicului _____

Cartela dată reprezintă un certificat medical care atestă că titularul este beneficiar al
Tratamentului Farmacologic cu **Buprenorphinum**.

Deținerea **Buprenorfinei** în cantitatea unică ce nu depășește cantitatea indicată de către medic, nu constituie circulație ilicită a stupefiantelor conform prevederilor art.1 a Legii cu privire la circulația substanțelor stupefiante și psihotrope și a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.

Pentru detalii contactați specialistul din cadrul instituției medicale care prestează aceste servicii

Numele, Prenumele medicului _____ Tel: _____

**Caracteristicile și reacțiile adverse a tratamentului farmacologic
cu Methadonum sau Buprenorphinum
Caracteristici comparative**

Methadonum	Buprenorphinum
Agonist total al μ , k -receptorilor	Agonist parțial μ /antagonist al κ k-receptorilor
Poate provoca probleme ale centrului respirator	Efect de "tavan", este periculos doar în combinație cu benzodiazepinele
Provoacă dependență	Efectul de dependență este mai slab
Asigură un % mai mare al retenției pacienților în program	% de retenție al pacienților în program este mai mic
Costul este mai mic	Costul este mai mare
Nu provoacă abstiniența	Poate induce starea de abstiniență la prima administrare. Sindromul de abstiniență în cazul consumului de buprenorfinum este mult mai slab
Administrarea zilnică	Permite administrarea peste o zi
Forma lichidă poate fi incomodată în cadrul eliberării la domiciliu a preparatului	Forma tabletată. Posibilă sustragerea preparatului din cabinetul medicului
-	Combinarea buprenorfinei cu naloxona previne supradozele
Frecvența sindromului neonatal de abstiniență este aceeași în cazul ambelor preparate	Intensitatea sindromului neonatal de abstiniență este mai slab

**Reacții adverse legate de tratament, raportate în studiile clinice cu Buprenorphinum
și supravegherea după punerea pe piață**

Sisteme și clase de organe	Foarte frecvente	Frecvente	Mai puțin frecvente	Necunoscute
<i>Infecții și infestări</i>		Gripă Infecție Faringită Rinită	Infecție a tractului urinar Infecție vaginală	
<i>Tulburări hematologice și limfatice</i>			Anemie Leucocitoză Leucopenie Limfadenopatie Trombocitopenie	
<i>Tulburări ale sistemului imunitar</i>			Hipersensibilitate	Șoc anafilactic
<i>Tulburări metabolice și de nutriție</i>			Scăderea apetitului alimentar Hiperglicemie Hiperlipidemie Hipoglicemie	
<i>Tulburări psihice</i>	Insomnie	Anxietate Depresie	Vise neobișnuite Agitație	Halucinații

		Scăderea libidoului Nervozitate Tulburări de gândire	Apatie Depersonalizare Dependență de droguri Stare euforică Ostilitate	
<i>Tulburări ale sistemului nervos</i>	Cefalee	Migrenă Amețeli Hipertonie Parestezie Somnolență	Amnezie Hiperchinezie Criză convulsivă Tulburări de vorbire Tremor	Encefalopatie hepatică Sincope
<i>Tulburări oculare</i>		Ambliopie Tulburări lacrimale	Conjunctivită Mioză	
<i>Tulburări ale urechii și labirintului</i>				vertigo
<i>Tulburări cardiace</i>			Angină pectorală Bradycardie Infarct miocardic Palpitații Tahicardie	
<i>Tulburări vasculare</i>		Hipertensiune arterială Vasodilatare	Hipotensiune arterială	Hipotensiune arterială ortostatică
<i>Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale</i>		Tuse	Astm bronșic Dispnee Căscat	Bronhospasm Depresie respiratorie
<i>Tulburări gastro-intestinale</i>	Constipație Greață	Dureri abdominale Diaree Dispepsie Flatulență Vărsături	Ulcerăție bucală Modificarea culorii limbii	
<i>Tulburări hepatobiliare</i>				Hepatită Hepatită acută Icter Necroză hepatică Sindrom hepatorenal
<i>Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat</i>	Hiperhidroză	Prurit Eruptie cutanată tranzitorie Urticarie	Acnee Alopecie Dermatită exfoliativă Piele uscată Noduli	Angioedem
<i>Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv</i>		Durere de spate Artralgie Spasme musculare Mialgie	Artrită	
<i>Tulburări renale și ale căilor urinare</i>		Anomalii urinare	Albuminurie Disurie	

			Hematurie Nefrolitiază Retenție urinară	
<i>Tulburări ale aparatului genital și sânului</i>		Disfuncție erectilă	Amenoree Tulburări de ejaculare Menoragie Metrorație	
<i>Tulburări generale și la nivelul locului de administrare</i>	Sindrom de sevraj	Astenie Dureri toracice Frisoare Pirexie Stare generală de rău Dureri Edem periferic	Hipotermie	Sindrom de sevraj neonatal
<i>Investigații Diagnostice</i>		Teste anormale ale funcției hepatice Scădere în greutate	Creșterea concentrației creatininei în sânge	Transaminaze crescute
<i>Leziuni, intoxicații și complicații legate de procedurile utilizate</i>		Leziuni	Accident vascular cerebral cauzat de căldură	

COWS – CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE
SCALA CLINICĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE
(scală de heteroevaluare, completată de medic)

La fiecare item alegeți cifra care descrie simptomul sau semnul clinic prezent la pacient.

Numele, prenumele pacientului _____ Data evaluării _____ Numele,
 prenumele medicului _____

1. Rata pulsului cardiac (*măsurat în stare de repaos*)

0 – Puls 80 b/m sau mai mic

1 – Puls 81-100

2 – Puls 100-120

4 – Puls peste 120

2. Transpirație, hiperhidroză în ultima jumătate de oră (*fără corelație cu acțiunile pacientului sau temperatura camerei*)

0 – Fără senzații de frisoare sau fierbințeală sau semne de hiperemie

1 – Raportare subiectivă de senzații de frisoare sau fierbințeală

2 – Senzație de fierbințeală exprimată și/sau transpirație ușoară vizibilă pe față

3 – Picături de transpirație pe față și/sau sprâncene

4 – Transpirație curgătoare pe față

3. Akatizie (*neliniște motorie*)

0 – Persoana poate să stea în poziție fixă relaxat

1 – Persoana declară că este dificil să stea nemișcat liniștit dar reușește să o facă

2 – Persoana schimbă poziția sau mișcă din membre

3 – Persoana este în imposibilitate să stea într-o poziție mai mult de 10-20 secunde

4. Mărimea pupilelor

0 – Pupile normale sau ușor micșorate de la lumina camerei

1 – Pupile probabil mai mari decât se obișnuiesc la lumina camerei

2 – Pupile dilatate moderat

3 – Pupile foarte dilatate, inclusiv pînă la marginea irisului

5. Dureri osteoarticulare sau musculare (*daca pacientul a avut anterior simptome similare se vor lua în considerație doar cele corelate cu sevrajul la drog*)

0 – Durerea nu este prezentă

1 – Disconfort difuz moderat

2 – Pacientul declara despre o durere apăsătoare puternică

3 – Pacientul își masează frecvent articulațiile sau mușchii și nu poate sta liniștit

6. Lacrimație și eliminări nazale (*care nu sunt corelate cu alergii sau maladie respiratorie*)

0 – Nu se depistează

1 – Înfundare nazală sau umezeală oculară neobișnuită

2 – Eliminări nazale sau lacrimație prezentă

3 – Eliminări nazale sau lacrimație abundente

7. Simptome neplăcute ale sistemului gastrointestinal

0 – Nu se depistează

1 – Crampe stomacale

2 – Greață, scaun moale

3 – Vomă, diaree

4 – Simptome multiple

8. Tremor (examinat la mâinile întinse înainte)

0 – Nu se depistează

1 – Tremorul este subiectiv la pacient și nu poate fi observat

2 – Tremor minor vizibil

3 – Tremor accentuat sau spasme musculare

9. Căscat (observat în timpul examinării)

0 – Nu se depistează

1 – Pacientul a căscat 1-2 ori în timpul examinării

2 – Pacientul a căscat 3-5 ori în timpul examinării

3 – Pacientul cascadează în fiecare minut

10. Anxietate și/sau Iritabilitate

0 – Nu se depistează

1 – Pacientul relatează despre iritabilitate și/sau anxietate accentuată

2 – Pacientul se prezintă în mod cert anxios și /sau iritabil

3 – Pacientul este foarte anxios și /sau iritabil așa încât evaluarea devine dificilă

11. Piloerecția

0 – Pielea este netedă, fără piloerecție

1 – Piloerecția este simțită subiectiv de pacient sau fire de păr ridicate solitar vizibile

2 – Piloerecție evidentă, „piele de găină”

Scor total _____

EVALUAREA SCORULUI COWS

Scorul total se alcătuiește din sumarea punctelor pentru fiecare item.

INTERPRETAREA SCORULUI

Scor 5-12 Sevraj ușor

Scor 13-24 Sevraj moderat

Scor 25-36 Sevraj moderat sever

Scor peste 36 puncte Sevraj sever

SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE
(scală de autoevaluare, completată de pacient)
Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

Instrucțiuni:

Citiți fiecare întrebare în parte. Răspundeți la întrebare după felul în care aceasta caracterizează starea Dumneavoastră în momentul de față. Alegeți răspunsurile prin încercuire. Dacă aveți nelămuriri întrebați medicul.

		Deloc	Puțin	Moderat	Semnificativ	Foarte tare
1	Sunt neliniștit(ă), îngrijorat(ă)	0	1	2	3	4
2	Vreau să casc, îmi vine să casc	0	1	2	3	4
3	Am transpirație, transpir	0	1	2	3	4
4	Îmi lăcrimează ochii	0	1	2	3	4
5	Am scurgeri mucoase din nas	0	1	2	3	4
6	Mi se ridică părul pe piele, “piele de găină”	0	1	2	3	4
7	Am tremor în corp	0	1	2	3	4
8	Am bufeuri de căldură, senzație de fierbințeală	0	1	2	3	4
9	Am bufeuri de frig, senzație de rece	0	1	2	3	4
10	Am dureri în mușchi și/sau articulații	0	1	2	3	4
11	Nu îmi pot găsi locul, sunt neastâmpărat(ă)	0	1	2	3	4
12	Am senzație de greață	0	1	2	3	4
13	Îmi vine să vomit	0	1	2	3	4
14	Am zvîcnituri, ticuri la mușchi	0	1	2	3	4
15	Am dureri și strîngerii în stomac	0	1	2	3	4
16	Mă simt așa de parcă aș vrea acum o doză	0	1	2	3	4

TOTAL _____

SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE SOWS

Scala de Evaluare Subiectivă a Sevrajului la Opiacee este un instrument de autoevaluare ce conține 16 itemi. Intensitatea fiecărei afirmații este apreciată de respondent pe un interval de 5 puncte.

Gradarea are loc în felul următor:

0-deloc, 1-puțin, 2-moderat, 3-semnificativ, 4-foarte tare. Scorul total este cuprins între 0 și 64.

Interpretarea scorului:

Sevraj ușor 1-10p Sevraj moderat 11-20p Sevraj sever 21-30p

**FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU
TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE OPIACEE**

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei de audit	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul F/M a bolnavului staționar f.300/e	
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
- semne de pericol vital	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Genul/sexul și data nașterii pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
CONSULTAREA	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primară a pacientului	
- Asistenta medicala primara	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
- Asistența medicală în cadrul secției consultative a IMSP Spitale Raionale/Municipale, acordate de către medical specialist narcolog	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
- Asistenta medicala spitaliceasca	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Screening-ul dependenței de droguri sau alte substanțe psihoactive (testul audit)	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
- semne de pericol vital	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea persoanelor cu risc de dependență față de droguri sau alte substanțe psihoactive:	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de alcool	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de droguri	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen clinic narcologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen psihologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza	nu = 0; da = 1;

Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include și data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- tratament de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la medical narcolog din cadrul IMSP Spitale Raionale/Municipale	0= da; 1= nu;
DECESUL PACIENTULUI	
Decesul în spital	0= da; 1= nu;

Metode eficiente de prestare a serviciilor legate de COVID-19

Infecția coronavirus (COVID-19) este o maladie respiratorie, provocată de sindromul respirator acut coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Maladia se caracterizează printr-o infecție respiratorie cu simptome în diapazon de la o răceală ușoară/gripă până la stări mai serioase. Simptomele pot fi de obicei – febra, tuse, durere în gât și dispnee. La unii pacienți au fost observate dureri musculare și oboseală. La 11 martie 2020 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a anunțat că actualul focar de COVID-19 are un caracter pandemic. Cu toate că maladia COVID-19 decurge în formă ușoară și majoritatea pacienților se însănătoșesc destul de repede, ea poate prezenta și o amenințare serioasă pentru o anumită categorie, inclusiv pentru oamenii vârstnici și cei care au o imunitate precară sau comorbidități.

Pandemiile și situațiile de urgență în sănătate, asemănătoare focarului actual de COVID-19, pot costa numeroase vieți și crea riscuri suplimentare pentru economia globală, stabilitatea și securitatea generală. Asigurarea accesului permanent la serviciile medicale în timpul pandemiei, inclusiv acordarea serviciilor necesare consumatorilor de stupefiante, tratamentul dereglărilor legate de consumul acestora, constituie un factor cheie nu doar pentru protecția sănătății populației, dar și pentru asigurarea securității și stabilității naționale. Dereglările legate de consumul de droguri sunt însoțite de stări somatice ca SIDA, hepatita B virală, tuberculoza, boli de plămâni sau cardiace, cancer sau traume, în special. În afară de aceasta, persoanele cu dereglări legate de utilizarea substanțelor, mai cu seamă, cei care injectează droguri, pot avea sistemul imunitar slăbit. În sfârșit, stigmatizarea și discriminarea legate de utilizarea drogurilor, coinduce deseori la limitarea accesului la așa resurse de bază ca adăpost, loc de muncă, sănătate și susținere socială. Din cauza acestor situații, consumatorii de stupefiante și cei care au dereglări legate de consumul acestora au probleme cu asigurarea securității proprii și sunt în grupa de risc înalt de îmbolnăvire cu COVID-19. De aceea este important ca în perioada de criză să fie asigurat accesul neîntrerupt la serviciile medicale și sociale pentru consumatorii de stupefiante și persoanele cu adicții precum și să fie asigurate și prestate serviciile medicale necesare fixate în Standardele internaționale de tratament a dereglărilor, legate de utilizarea drogurilor.

Acestea sunt:

- servicii ieftine,
- asistență psihosocială,
- tratament farmacologic.

Instituțiile medico-sanitare publice au elaborat planuri și au organizat:

- asigurarea securității personalului și pacienților în cadrul serviciilor medicale;
- prestarea serviciilor în așa fel ca riscurile, legate de contactele directe cu oamenii sau orice formă de adunare în masă a oamenilor să fie reduse până la minimum;
- instruirea personalului, inclusiv a lucrătorilor sociali, asupra măsurilor de profilaxie a maladii COVID-19 și dotarea lor cu mijloace de protecție corespunzătoare.
- Respectarea curățeniei și a igienei în încăperi presupune:
- ștergerea cu regularitate a suprafețelor și obiectelor cu dezinfectanți;
- spălarea permanentă și minuțioasă a mâinilor de către personal și oamenii care frecventează serviciile respective;
- prezența dozatoarelor pentru dezinfectarea mâinilor în locurile vizibile din încăperi, umplerea cu regularitate a dozatoarelor;
- expunerea la vedere a informației despre necesitatea spălării mâinilor;
- asigurarea accesului pentru personal și pacienți către locurile unde își pot spăla mâinile cu apă și săpun;
- punerea la dispoziție a informației despre mijloacele de protecție;

- terapia farmacologică neîntreruptă se efectuează conform protocolului clinic național;
- programe corectate în baza cerințelor carantinei din momentul apariției COVID-19;
- eliberarea preparatelor (Methadonum sau Buprenorphinum) se efectuează cu precauție;
- beneficiarilor li s-a recomandat să nu se adune împreună, pe cât este posibil, subliniindu-se pericolul atât pentru sine cât și pentru alții;
- pregătirea în mod prealabil a dozelor pentru fiecare pacient pentru a scurta timpul de așteptare;
- planificat timpul de primire în așa fel ca numărul de pacienți primiți zilnic care au acces la servicii să fie mic;
- beneficiarii terapiei substitutive au avut acces și la consultanță la distanță;
- site-ul de terapie substitutivă a optimizat timpul de lucru pentru a corespunde cerințelor distanțării sociale provocate de COVID-19;
- organizarea serviciilor de curieri pentru livrarea terapiei substitutive acasă pacienților cu necesități speciale și celor care suportă cursul de tratament anticovid la domiciliu.

În nici un caz persoana nu trebuie să fie lipsită de acces la asistența medicală doar din cauza că utilizează substanțe stupefiante!

Este necesar de examinat posibilitatea ca persoanele care au dereglări legate de întrebuințarea stupefiantelor și nu se află la tratament, să înceapă tratamentul în această perioadă de criză: acordarea susținerii operative este o condiție primordială. În acest scop instituțiile de specialitate pot crea servicii separate de sortare a bolnavilor pentru prelucrarea solicitărilor legate de COVID-19 și tratamentul fără întârziere a adicției.

În această perioadă grea de criză pandemică este o șansă de a ne amintine valoarea general umane și a îndrepta eforturile noastre comune către unul și același scop, ținând cont de fiecare, inclusiv persoanele consumatoare de stupefiante și care suferă de dependență, precum și a membrilor familiilor acestora.

În anul 2020, în cadrul unui eșantion de pacienți (P): n = 454 respondenți, rata de non-răspuns = 30 și b) eșantion prestatori de servicii (PS): n = 25 respondenți, rata de non-răspuns = 1, în proporție de 70% din pacienți raportează că au primit Methadonum sau Buprenorphinum pentru auto-administrare la domiciliu în perioada carantinei și cca 90% cred că această modalitate de tratament trebuie continuată, însă sunt și pacienți care doresc să viziteze zilnic cabinetul de tratament din motivul că au nevoie de suport zilnic și ghidare din partea specialiștilor pentru o administrare corectă și complianță la tratament. 21 din 25 de specialiștii nu au constatat încălcări majore din partea pacienților în timpul autoadministrării tratamentului în timpul pandemiei, sau au fost menționate încălcări minore doar în primele zile de auto-administrare.

BIBLIOGRAFIE

1. Donoghoe MC. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, Copenhagen, World Health Organization, 2006.
2. Dublin Declaration 2004, Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, Government of Ireland, accessed 13 July 2006).
(http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25)
3. Preliceanu D, Cicu G, 2010. *Ghidul Clinic de Tratament Substitutiv al Dependentei de Opiacee*. Editura Asociației Psihiatrice Romania, Bucuresti
4. Subata, E. și alții, 2010, *Protocol Clinic pentru medicii-psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonum al Dependentei de Opiacee*, Asociația Psihiatrică Lituaniană, http://www.vplc.lt/images/files/protocol_methadone_LT_2010_02_02.pdf.
5. Subata E., 2012, *Evaluarea serviciului Terapiei de Substituție cu Opiacee din Republica Moldova*, cu suportul Centrului PAS, UNODC Moldova și OMS Moldova, doc. Intern
6. UNODC, Principii de tratament al dependenței de droguri 2008, pag. 1 / UNODC, Principles of Drug Dependence Treatment 2008, pg. 1, Adicția de Droguri – boală medicală cronică, Yale, 2009, pag. 2 / Drug Dependence, a Chronic Medical Illness, Yale, 2009, pag. 2
7. WHO, 2004 a, *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 17 April 2006).
8. WHO, 2004b, *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* Geneva, (Evidence for Action Technical Paper <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 17 April 2006).
9. WHO, 2004c, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).
10. WHO, 2007a. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Copenhagen 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (English) or <http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf> (Russian).
11. WHO, 2006a. Patient evaluation and Antiretroviral Treatment for adults and Adolescents (1). Clinical Protocol for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
12. WHO, 2006b. HIV/AIDS Treatment and care for Injecting Drug users (5). Clinical protocol for injecting drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
13. WHO, 2009, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, World Health Organisation Press, http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
14. WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008:
www.who.int/substanceabuse/publications/treatment/en/index.html
15. Rhodes T et al. 1999, HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics.
16. Rhodes T, Simic M. 2005, Transition and risk environment. *BMJ*.
17. Sambamoorthi U et al. 2000, Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*.
18. UNODC, 2008. Treatment Capacity Building Package.

19. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html
 Ordinul MS 1043 a.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=345139>
20. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004a, *Reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.05;
21. POLICY BRIEF: REDUCTION OF HIV TRANSMISSION IN PRISONS
<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf>,
22. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004b, *Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.04;
23. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, accessed 17 April 2006).
24. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004c, *Reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.02;
25. WHO. 1974, *WHO expert committee on drug dependence*. Geneva, WHO, (WHO Technical Report Series No. 551).
26. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2005, *Antiretroviral therapy and injecting drug users*. Geneva, WHO, (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).
27. LEGEA Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal, HG Nr. 1123 din 14.12.2010 privind aprobarea Cerințelor față de asigurarea securității datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaționale de date cu caracter personal ????
28. GUVERNUL HOTĂRÎRE Nr. 128 din 06.02.2006 cu privire la aprobarea Cerințelor tehnice față de încăperile și obiectivele în care se păstrează substanțe stupefiante, psihotrope și/sau precursori
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315077>
29. http://www.amed.md/tc_userfiles/file/Legislatie/Ordine%20MS/Ordinul%20MS%2071%20din%2003_03_99%20Evidenta%20stupefiante.pdf
30. Domeniu de reglementare de către convențiile internaționale privind drepturile omului CEDO, CAT, CPT, legislația națională în vigoare, inclusiv legea nr.1349 din 17.10.97 Ordinul Ministerului Sanatatii nr.828 din 31.10.2011 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară
31. Ordinului Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope.
32. Legea Ocrotirii Sănătății nr.411 din 28.03.1995 (articolul 17, 28, 35, 43)
33. Legea nr.713 din 06.12.2001 Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope (articolul 4)
34. Legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor.
35. Ordinul nr.478 din 09.07.2011 cu privire la aprobarea Regulamentului Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății
36. Ordinul nr.71 din 03.03.1999 cu privire la păstrarea, evidența și eliberarea produselor și substanțelor.
37. Wesson D.R., Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs* 2003;35(2):253-9.

38. Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. Ness, R., Rubinstein K.J., Kanof, P.D. (1987) Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 293-308.
39. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ et al. (2017) Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550.
40. Manhapra A, Rosenheck R, Fiellin DA. (2017) Opioid substitution treatment is linked to reduced risk of death in opioid use disorder. *BMJ* 2017;357:j1947.
41. Dennis, B. B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A. et al (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic Reviews*, 3, 105.
<http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-105>
42. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US.
43. Clinical Guidelines for the Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction – A Treatment Improvement Protocol TIP 40, 2004.
44. MHRA Medicines and Healthcare products Regulatory Agency – Buprenorphine 0.4mg, 2mg, 8mg sublingual tablets, 2010.52. McCance-Katz EF, Sullivan L, Nallani S (2010) Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications. *Am J Addict*; 19(1):4-16.
45. Opioid Substitution Therapy under National AIDS Control Programme – Clinical Practice Guidelines for Treatment with Buprenorphine, Public Health Foundation of India, 66pp, 2014.
46. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550 doi: 10.1136/bmj.j1550
47. Sursa 16 din bibliografia protocolului indica citare incorecta, unul din modelele acceptate este Rhodes T, Simic M. (2005) Transition and the HIV risk environment. *BMJ*, 331 (7510); 220-23. La fel si pentru sursa 17 - *Drug and Alcohol Dependence*, 60; 77-89.
48. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ et al. (2017) Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550. <http://www.bmj.com/content/357/bmj.j1550/rapid-responses>
49. Manhapra A, Rosenheck R, Fiellin DA. (2017) Opioid substitution treatment is linked to reduced risk of death in opioid use disorder. *BMJ* 2017;357:j1947.
<http://www.bmj.com/content/357/bmj.j1947>
50. Dennis, B. B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A. et al (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic Reviews*, 3, 105.
<http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-105>
51. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US.
<http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP15-FEDGUIDEOTP/PEP15-FEDGUIDEOTP.pdf>
52. Nacu A., Nastas I., Chihai J., Fiodorova L., Tcaci I., Bodorin L., 2016: Ghid Universitar. Gestionarea Dependențelor Farmacologice, USMF „NICOLAE TESTEMIȚANU” Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Chișinău, https://psihiatrie.usmf.md/wp-content/blogs.dir/122/files/sites/122/2016/10/Ghid_Dependente_Farmacologice2016_chisinau.pdf
53. Tcaci I.; 2020: Accesibilitatea serviciilor medico-sociale pentru persoanele cu tulburări de consum de droguri opiacee, USMF, Teza de Master în Managementul Sănătății Publice (ne-publicată).
54. WHO and UNODC (World Health Organisation and United Nations Office on Drugs and

- Crime), 2020: The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, WHO and UNODC, Geneva and Vienna, <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>
55. In (National Institute on Drug Abuse), 2018: Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide, 3 Edition, The U.S. Government, <https://www.drugabuse.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf?v=87ecd1341039d24b0fd616c5589c2095>
 56. IBBS (Studiu Integrat Biocomportamental), 2016: Raportul studiului în rîndul grupurilor cu risc sporit de infectare cu HIV în republica Moldova, Centru PAS, Chişinău, <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/72>
 57. Strategia Națională Antidrog 2020-2027, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 233 din 10.04.2020, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=121214&lang=ro
 58. Hotărârea de Guvern Nr. 482 din 18-06-2001 cu privire la măsurile de profilaxie și combatere a infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=74744&lang=ro
 59. Hotărârea de Guvern Nr. 1164 din 22.10.2016 cu privire la Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020, <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=367272&lang=1>
 60. Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1343 din 24.11.2014 cu privire la extinderea tratamentului de substituție cu Methadonum, <http://old2.ms.gov.md/?q=legislatie/ordin-nr-1343-24112014-privire-extinderea-tratamentului-substitutie-Methadonum>
 61. WHO (World Health Organisation), 2018: ICD XI - International Clasification of Diseases: 06, WHO, Geneva, <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
 62. EMCCDA (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie), 2016: Preventing overdose deaths in Europe, EMCDDA, Lisbon, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf
 63. Degenhardt L., Whiteford H., 2013: Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, The Lancet, Volume 382, Issue 9904, P1564-1574, November 09, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61530-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61530-5/fulltext).
 64. WHO, 2013: Universal health coverage and universal access, Bulletin of the World Health Organization 2013;91:546-546A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>, Geneva, <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/>
 65. EHRN (Eurasian Harm Reduction Association), 2020: Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in Central and Eastern Europe and Central Asia, https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/05/regional-review_-FINAL_ENG.pdf
 66. Peles E., Schreiber S., 2011: Earning "Take-Home" Privileges and Long-Term Outcome in a Methadone Maintenance Treatment Program, Source: PubMed, https://www.researchgate.net/publication/51502117_Earning_Take-Home_Privileges_and_Long-Term_Outcome_in_a_Methadone_Maintenance_Treatment_Program
 67. NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence), 2019: National Clinical Practice Guideline: Opioid detoxification, Number 52, United Kingdom, London, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/evidence/drug-misuse-opioid-detoxification-full-guideline-196515037>