|  |  |
| --- | --- |
| A | **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA** |



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**,,NICOLAE TESTEMIȚANU’’ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**TRATAMENTUL FARMACOLOGIC**

**AL DEPENDENŢEI DE OPIACEE**

**Protocol clinic naţional**

**(ediția III)**

**PCN - 225**

*Chişinău, 2022*

**Aprobat prin şedinţa Consiliului de experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

**din 20.05.2022, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

**nr.702 din 18.07.2022 cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional** „**Tratamentul farmacologic al dependenţei de opiacee**”

Cuprins

[**Sumarul recomandărilor** 4](#_Toc109210527)

[**ABREVIERILE UTILIZATE ÎN PROTOCOL** 6](#_Toc109210528)

[**PREFAŢĂ** 7](#_Toc109210529)

[**A.** **PARTEA INTRODUCTIVĂ** 7](#_Toc109210530)

[**A.1 Diagnosticul** 7](#_Toc109210531)

[**A.2 Codul bolii (CIM 10)** 7](#_Toc109210532)

[**A.3 Utilizatorii** 7](#_Toc109210533)

[**A.4 Scopurile protocolului** 7](#_Toc109210534)

[**A.5. Data elaborării protocolului** 7](#_Toc109210535)

[**A.6. Data actualizării protocolulu** 7](#_Toc109210536)

[**A.7. Data următoarei revizuiri** 7](#_Toc109210537)

[**A.8 Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului** 7](#_Toc109210538)

[**A.9 Definiţiile folosite în document** 8](#_Toc109210539)

[**A.10 Informaţia epidemiologică** 10](#_Toc109210540)

[**B. PARTEA GENERALĂ** 13](#_Toc109210541)

[***B.1. Nivelul de asistență medicală primară*** 13](#_Toc109210542)

[***B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)*** 15](#_Toc109210543)

[***B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească*** 17](#_Toc109210544)

[**C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ** 18](#_Toc109210546)

[***C 1.1 Algoritmul general de conduită a pacientului*** 18](#_Toc109210547)

[***C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum*** 19](#_Toc109210548)

[**C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR** 20](#_Toc109210549)

[***C 2.1 Profilaxia*** 20](#_Toc109210550)

[***C.2.2. Screening-ul dependenţei de opiacee*** 20](#_Toc109210551)

[***C.2.3 Conduita pacientului în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum*** 20](#_Toc109210552)

[***C.2.3.1 Anamneza*** 21](#_Toc109210553)

[***C.2.3.2 Manifestările clinice*** 21](#_Toc109210554)

[***C.2.3.3 Diagnostic*** 23](#_Toc109210555)

[***C.2.3.4 Diagnosticul diferenţiat*** 23](#_Toc109210556)

[***C.2.3.5 Prognostic*** 24](#_Toc109210557)

[***C. 2.3.6 Criterii de spitalizare*** 24](#_Toc109210558)

[***C.2.3.7 Tratament farmacologic al dependenței de opiacee*** 24](#_Toc109210559)

[***C.2.3.7.1 Criterii pentru prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu*** 28](#_Toc109210560)

[***C.2.3.7.2 Asigurarea continuităţii tratamentului în cazul imposibilităţii de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective*** 29](#_Toc109210561)

[***C.2.3.7.3 Particularităţile de aplicare a tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în cazul pacienţilor cu maladii infecţioase*** 29](#_Toc109210562)

[***C.2.3.7.4 Particularităţile de aplicare a tratamentului farmacologic la femei*** 30](#_Toc109210563)

[***C.2.3.8 Supravegherea*** 31](#_Toc109210564)

[***C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială*** 31](#_Toc109210565)

[***C.2.4. Complicaţiile*** 32](#_Toc109210566)

[**D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL** 33](#_Toc109210567)

[**D.1 Instituţiile de**](#_Toc109210568) [**AMP** 33](#_Toc109210569)

[**D.2 Secţiile**](#_Toc109210573) [**consultative a IMSP Spitale**](#_Toc109210574) [**Raionale,**](#_Toc109210575)[**Municipale şi**](#_Toc109210576) [**Republicane** 33](#_Toc109210577)

[**D.3 IMSP Dispensarul**](#_Toc109210586) [**Republican de**](#_Toc109210587) [**Narcologie** 34](#_Toc109210588)

[**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI** 35](#_Toc109210597)

[Anexa nr.1](#_Toc109210598) [**Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind**](#_Toc109210599) [**tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum** 42](#_Toc109210600)

[Anexa nr.2](#_Toc109210601) [**Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind**](#_Toc109210602) [**tratamentul farmacologic cu** Buprenorphinum \* 46](#_Toc109210603)

[Anexa nr.3](#_Toc109210604) [**Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee** 48](#_Toc109210605)

[Anexa nr.4](#_Toc109210606) [**Acordul între pacient şi IMSP care aplică tratamentului farmacologic al dependenței**](#_Toc109210607) [**de opiacee (*model*)** 50](#_Toc109210608)

[Anexa nr.5](#_Toc109210609) [**Chestionar de colectare a informaţiei iniţiale în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee (*model*)** 51](#_Toc109210610)

[Anexa nr.6](#_Toc109210611) [**Instrucţiune pentru medicii psihiatri-narcologi şi psihologi privind tratamentul** 52](#_Toc109210612)

[**farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum** 52](#_Toc109210613)

[Anexa nr.7](#_Toc109210614) [**Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile** 54](#_Toc109210615)

[Anexa nr.8](#_Toc109210616) [**Acord de parteneriat cu asociaţia obştească**](#_Toc109210617)[**(*model*)** 55](#_Toc109210618)

[Anexa nr.9](#_Toc109210619) [**Acord de colaborare între instituţii medicale şi Ispectoratul General de Poliţie pentru asigurarea continuităţii tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum(*model*)** 59](#_Toc109210620)

[Anexa nr. 10](#_Toc109210621) [**Instrucţiunea privind modalitatea de asigurare a continuităţii tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum persoanelor în instituţii medicale, sociale şi izolatoare de detenţie preventivă ale MAI** 61](#_Toc109210622)

[Anexa nr.11](#_Toc109210623) [**Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic cu Methadonum** 64](#_Toc109210624)

[Anexa nr.11/1](#_Toc109210625) [**Cartela beneficiarului de Tratament Farmacologic**](#_Toc109210626) [**Buprenorphinum** 65](#_Toc109210627)

[Anexa nr.12](#_Toc109210628) [**Caracteristicile și reacțiile adverse a tratamentului farmacologic**](#_Toc109210629) [**cu Methadonum sau Buprenorphinum**.](#_Toc109210630)[**Caracteristici comparative** 66](#_Toc109210631)

[Anexa nr.13](#_Toc109210632) [**COWS – CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE**.](#_Toc109210633)[**SCALA CLINICĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE** 69](#_Toc109210634)

[Anexa nr.14](#_Toc109210635) [**SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE** 71](#_Toc109210636)

[Anexa nr.15](#_Toc109210637) [**FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU**](#_Toc109210638) [**TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE OPIACEE** 72](#_Toc109210639)

[Anexa nr.16](#_Toc109210640) [**Metode eficiente de prestare a serviciilor legate de COVID-19** 74](#_Toc109210641)

[**BIBLIOGRAFIE** 76](#_Toc109210642)

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 ilicite 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 dependenţă se va efectua la toate persoanele consumatoare în cadrul vizitelor consultative şi al consultaţiilor în comisiile de expertiză narcologică.
7. Dezintoxicarea: este o intervenţie medicală pe termen scurt, prima etapă în tratamentul farmacologic al dependenţei. Scopul constă în înlăturarea rezidurilor substanței stupefiante consumată din organism, cu diminuarea și combaterea simptomaticii morfo-funcționale de sevraj, de ameliora a stării de sănătate și reducere a necesității patologice de consum.
8. Tratamentul farmacologic al dependenţei de opiacee, FTM - tratament farmacologic cu Methadonum, tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum folosit de asemenea ca ”tratament de substituţie” sau ”tratament medicamentos asistat”, ”tratament agonist al opioidelor”presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanţă cu proprietăţi 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, si antagonist al receptorilor kappa). Preparatul este administrat sublingual.
11. Perioda aflării în tratament recomandată. Programul farmacologic cu Methadonum și Buprenorphinum este considerat de succes daca 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 minum 6 luni de zile, conform PN HIV și prevederilor Fondului Global.
12. Screening-ul privind determinarea gradului de dependenţă se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative şi al consultaţiilor 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 şi fizice, și se poate declanșa după cîteva utilizări. La utilizarea regulată de opiacee apare rapid dependența fizică și psihică cu manifestări severe la sistarea utilizării, manifestată prin sindrom de abstinență.
14. Sindrom de sevraj: reprezintă o stare morfo-funcțională patologică direct legată de consumul de droguri, care apare atunci cînd consumatorul dependent renunţă la dozele lui obişnuite. Dacă dependenţa este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: algii abdominale, musculare,in articulații, anorexie,grețuri, vomă, diaree, mioclonii, sialoree, midriază, insomnie, căscat, transpirații abundente, rinoree, stărnut, agitație, accese convulsive, anxietate, disconfort psihologic şi fizic, etc.
15. Pentru administrarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum nu este obligatoriu spitalizarea. Screeningul, diagnosticul, prescrierea şi administrarea tratamentului se vor face în condiţii de ambulator.
16. Condiţiile pentru includerea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee: a) tulburările mentale şi 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 iniţiale 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 precierea dozei corecte indicate.
18. Administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreţinere se stabileşte 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 întreţinere 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: сând 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 micşorată cu 5 mg săptămânal până la 0. În cazul tratamentului farmacologic cu Buprenorphinum se romandă ca doza să fie redusă cu 2 mg fiecare 2-3 zile pînă 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 şi de administrat terapia simptomatică (antidepresive, complex de vitamine etc).
25. Evaluarea stabilităţii pacientului, în vederea prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, pentru ultimele 4 luni, trebuie să includă următoarele criterii: angajamentul continuu la tratament controlat – aderenţa la tratament cel puţin 4 luni; abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul tratamentului, confirmat prin screening; stabilizarea stării sănătăţii, stabilitatea social, situaţia familiară favorabilă.
26. Tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru pacienţii cu imposibilitate de a frecventa cabinetul. Pacientul (reprezentantul legal, rudele sau însoţitorii) comunică personalului medical sau lucrătorilor de poliţie (felcerul izolatorului de detenţie preventivă a Inspectoratului General de Poliţie (IGP) că se află în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee. Modalitatea de asigurare a continuităţii tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee persoanelor din instituţii medicale, sociale şi izolatoare de detenţie preventivă ale MAI se va efectua conform instrucţiunii.
27. În cazul utilizatorilor de droguri injectabile, HIV/SIDA-infectaţi, după stabilizarea dozei de Methadonum sau Buprenorphinum se recomandă terapia antiretrovirală (ARV). În acest caz, supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul infecţionist.
28. La identificarea pacientului infectat cu TBC, medicul narcolog recomandă consultaţia medicului ftiziopulmonolog, continuînd astfel tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee concomitent cu tratamentul antituberculos.
29. Femeile aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonumsau Buprenorphinum vor fi încurajate să continue tratamentul chiar şi în cazul când rămân însărcinate.
30. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum necesită supraveghere şi 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 (adulti si adolescenti), сabinetul 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 şi situaţiile de urgenţă 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 dependenţei de opiacee sunt în sectorul civil cît și în penitenciare. Puncte în 7 orașe, inclusiv Chişinău, Bălţi, Edineț, Comrat, Cahul, Fălești, Ungheni, şi în 13 instituții penitenciare.

# **ABREVIERILE UTILIZATE ÎN PROTOCOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **CDI** | Consumator de droguri injectabile |
| **HIV** | Virusul imunodeficienţei umane |
| **IMSP** | Instituţie medico-sanitară publică |
| **ITS** | Infecţie cu transmitere sexuală |
| **SIDA** | Sindromul imuno-deficienţei achiziţionate |
| **USMF „Nicolae Testemiţanu”** | Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu” |
| **UNAIDS** | Agenţia ONU pentru HIV/SIDA |
| **OMS** | Organizaţia Mondială a Sănătăţii |
| **UNODC** | Agenţia Naţiunilor Unite împotriva Drogurilor şi a Criminalităţii |
| **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 Sănătăţii, [www.imspdrn.md](http://www.imspdrn.md/) |
| **FTM** | Farmacoterapie cu Methadonum |

# **PREFAŢĂ**

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

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

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

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

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

1. **PARTEA INTRODUCTIVĂ**

## **A.1 Diagnosticul:** Tulburările mentale şi 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, psihoterapeuţi și lucrători sociali);
* Departamentul Instituțiilor Penitenciare (medici psihiatri-narcologi).

***Notă:*** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat şi de alţi specialiști.

## **A.4 Scopurile protocolului:**

* A spori ponderea persoanelor care vor renunţa la consumul de droguri injectabil şi se vor reintegra în societate.
* A spori ponderea consumatorilor de droguri injectabile încadraţi în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
* A micşora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C şi HIV/SIDA printre consumatorii de droguri injectabile.
* A creşte eficacitatea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee prin prevenirea recăderilor, și prin menținerea abstinenței, reintegrarea socială, familială, profesională, precum și ameliorarea stării generale a sănătății.
* A micşora 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 revizuiri: 2027**

## **A.8 Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcția deținută** |
| ***Tudor Vasiliev*** | director, IMSP DRN, Preşedintele Comisiei de Specialitate a MS |
| ***Ghenadie Zaporojan*** | vicedirector, IMSP DRN |
| ***Mihail Oprea*** | medic psihiatru-narcolog, IMSP DRN |
| ***Anatol Nacu*** | dr. hab. șt. med., prof. univer., șef Catedra de psihiatrie, narcologie şi psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Igor Nastas*** | dr. șt. med., conferenţiar universitar Catedra de psihiatrie, narcologie şi psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Valentin Oprea*** | dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de psihiatrie, narcologie şi psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Mihail Moroșanu*** | dr. șt. med., conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Petru Oprea*** | șef secţie dispensar, IMSP DRN |
| ***Aliona Ovcearenco*** | șef Centrul de reabilitare a persoanelor care suferă de narcomanie, IMSP DRN |
| ***Lilia Fiodorova*** | medic psihiatru-narcolog, IMSP DRN |
| ***Victor Ianovschi*** | psiholog, IMSP DRN |
| ***Vasilisa Covalschi*** | psiholog, IMSP DRN |
| ***Ala Iaţco*** | președintele uniunii pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurlor |
| ***Ina Tcaci*** | **coordonator de proiect UNODC Moldova** |
| ***Svetlana Plămădeală*** | coordonator UNAIDS Moldova |

**Protocolul a fost discutat, aprobat şi contrasemnat:**

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

## **A.9 Definiţiile folosite în document**

***Starea de ebrietate condiţionată de consumul produselor/substanţelor stupefiante opiacee sau a medicamentelor cu efecte similare acestora:*** stare survenită în urma consumului produselor/substanţelor 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 funcţiilor 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 psihosicală 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, cînd consumatorul dependent renunţă la dozele lui obişnuite. Dacă dependenţa este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: hipertensiune arterială, palpitaţii, transpiraţie profundă, dureri musculare, dureri în articulaţii, cefalee, vertijuri, vomă, excitaţie psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic şi fizic, etc.

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

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

***al dependenţei de opiacee, tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum folosit de asemenea ca tratament de substituţie sau tratament medicamentos asistat, tratament agonist al opioidelor*** presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanţă cu proprietăţi similar, în cazul dat Methadonum sau Buprenorphinum, 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 şi 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 şi endorfina. Methadonum sporeşte eliminarea unor neuromediatori: acetilcolina, noradrenalina şi dopamina. Constatările recente denotă faptul că Methadonum poate spori concentraţia de serotonină în sinapse, prin urmare, folosirea concomitentă a altor medicamente care, la fel, sporesc concentraţia de serotonină în sinapse (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, medicamente antimigrenoase, etc.) necesită o ajustare precaută1. În cazul în care persoanele cu dependenţă de opiacee primesc Methadonum într-o doză adecvată, aceasta, de obicei, duce la o scădere a dorinţei de a utiliza heroina şi alte opiacee, suprimă simptomele de sevraj la opiacee şi blochează efectele euforice ale altor medicamente sau substanțe opiacee.

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

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

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

***Supradozaj-*** este întroducerea 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 severa 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 agoniștii 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 știintifice oferite de Institutului Național pentru Abuzul de Droguri din SUA (NIDA) tratamentul tulburărilor de consum drogurilor 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 daca 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 minum 6 luni de zile, conform PN HIV.

## **A.10 Informaţia 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 datorita 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 subtanțele 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 Covențiile 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 supradozărilor, 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 știintifică amplă în domeniul farmacoterapiei cu Methadonum și Buprenorphinum confimă faptul că tratamentul are un grad înalt de eficiență pentru dependenţa 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 asemena, 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 sucess 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 şi 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 şi traficul ilicit de droguri în Republica Moldova”, 2015.

În cadrul studiului integrat bio comportamental IBBS 2020, desfăşurat 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 Chişinău 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) cu55,2% iar în Rîbniţa 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 Chişinău şi Bălţi de pe malul drept al râului Nistru şi pentru municipiul Tiraspol, or. Râbnița de pe malul sting 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 stâng 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 stâng (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 faramacologic 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 şi Toxicomanie pentru tratamentul dependenței de opiacee.

Deși în 2015 a avut loc extinderea geografică a punctelor de tratament, atât în sectorul civil cît și în penitenciare, disponibilitatea geografică a tratamentului în țară rămâne a fi redusă, fiind disponibile doar în 8 orașe, inclusiv Chişinău, Bălţi, Edineț, Comrat, Cahul, Fălești, Rezina, Ungheni şi 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 Narcologie Chișinău, două puncte de tratament: sect.Centru și Botanica | 275 | 240 | 35 |
| 2 | Spitalul Municipal Bălți | 92 | 80 | 12 |
| 3 | Spitalului raional Comrat | 38 | 37 | 1 |
| 4 | Spitalului raional Cahul | 11 | 11 | 0 |
| 5 | Spitalului raional Edineţ | 11 | 11 | 0 |
| 6 | Spitalului raional Rezina | 1 | 1 | 0 |
| 7 | Spitalului raional Ungheni | 19 | 18 | 1 |
| 8 | Spitalului raional Făleşti | 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 cîmpul 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 stabilizați 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 instituţiile medico-sanitare publice. Numărul cumulativ de beneficiari ai tratamentului, de la inițierea acestuia din anul 2004, este de 2081 pacienții. Numărul de persoane încadrate la moment în tratament este de 569 persoane (sectorul civil + penetenciar : 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 infecţioase, precum a infecției HIV, hepatitelor virale, tuberculozei pulmonare, etc., tratamentul cărora este de durată şi costisitor.

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

* creşte calitatea vieţii pacienţilor şi familiilor acestora;
* transformă consumatorii de droguri dintr-un potenţial delincvent într-un individ asistat social şi medical;
* micşorează riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale şi HIV/SIDA-infecţie;
* reduce semnificativ expunerea la un comportament riscant;
* reduce anxietatea legată de căutarea drogurilor;
* reduce semnificativ posibilitatea supradozei;
* facilitează reabilitarea după eliberarea din detenţie;
* scade considerabil rata recidivului criminal.

# **B. PARTEA GENERALĂ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***B.1. Nivelul de asistență medicală primară*** | | | | |
| **Descriere (măsuri)** | | **Motive**  **(repere)** | | **Paşi**  **(modalităţi şi condiţii de realizare)** |
| **I** | | **II** | | **III** |
| **1. Profilaxia** | | | | |
| 1.1 Prevenţia primară a consumului de droguri | | Modificarea comportamentului riscant în aspectul respectării unui mod sănătos de viaţă care este benefic pentru sănătatea publică şi micşorează riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecţioase și non-infecţioase.Prevenția primară a inițierii consumului de droguri este necesară persoanelor de vîrstă tînără (de la 10 ani) odată cu apariția comportamentului agresiv, disperări în viață, anxietății, stărilor de mânie sau depresie, auto agresivității. Profilaxia primară constă în:  ● **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. | | **Obligatoriu:**  - Informare, educare și comunicare cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.  - Identificarea persoanelor cu un comportament delincvent, cu consum episodic sau periodic de substanţe stupefiante cu asigurarea ulterioară a consultaţiei la medicul psihiatru-narcolog, la servicii de suport psiho-social și medical (grupuri de suport reciproc).  - Asigurarea cu informații relevante.  ***(Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee – anexa 3)***  **Recomandabil:**  - Diminuarea motivaţiei în iniţierea consumului produselor/substanțelor  stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.  - Orientarea pacienţilor către serviciile de reducere a riscurilor.  - Evaluarea consumului de droguri în baza chestionarului standard, assist OMS *(anexa \_\_\_\_Screening test\_\_\_\_)*  *-* Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informaţiei relevante cu privire la riscul apariţiei dependenţei și consecințelor ulterioare al acesteia, precum și orientarea acestora către tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum. |
| **2. Screening** | | Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de  îmbolnăvire, permite realizarea intervenţiilor curative, calitative şi micşorarea riscului de îmbolnăviri prin dependenţă. | | **Obligatoriu:**  Anamneza narcologică şi examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate de consumul produselor/ substanţelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, în mod respectuos, informând pe deplin necesitatea şi beneficiile examinării, stimulând atractivitatea examinării medicale şi calitatea serviciilor medicale. |
| **3. Diagnostic** | | | | |
| 3.1. Evaluarea riscului  de îmbolnăviri prin dependență | | Suspectarea dependenței, necesită supravegherea medicală minuțioasă (medicul de familie, psihiatrul-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, depistarea și asigurarea măsurilor de profilaxie în conformitate cu PCN. | | **Obligatoriu:**  -Anamneza *(caseta 4)*.  -Tabloul clinic a consumului de opiacee *(caseta 5)*. |
| 3.2. Luarea deciziei vizavi de necesitatea consultaţiei la medicul specialist | | Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenţei de opiacee:   * consumul curent și anterior de droguri; * prezența simptomelor caracteristice depresiei, agresivității, violenței, comportamentului delincvent, etc. | | Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenţei de opiacee.  **Obligatoriu:**  Toate persoanele suspectate în consumul produselor/substanțelor  stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, necesită consultaţia 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/substanţelor  stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora şi respectarea unui mod sănătos de viaţă.  - Referirea la medicul psihiatru-narcolog pentru medicație.  **Recomandat:**  - Diminuarea motivaţiei iniţierii consumului produselor/ substanţelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate şi prin elucidarea consecinţelor. |
| **5. Supravegherea** | | | | |
| 5.1. Supravegherea  medicală cu evaluarea ulterioară a riscurilor de îmbolnăvire prin dependență și maladii non-infecţioase | Periodicitatea vizitei la medic este direct proporţională cu starea sănătăţii 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**  **(măsuri)** | **Motive**  **(repere)** | **Paşi**  **(modalităţi şi condiţii de realizare)** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Profilaxia** | | |
| 1.1 Prevenţia primară a consumului de droguri | Modificarea comportamentului riscant prin respectarea unui mod sănătos de viaţă, care este benefic pentru sănătatea publică, și care va micşora riscul de îmbolnăviri prin dependenţa de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase. | **Recomandabil:**  - Informarea, educarea și comunicarea cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.  - Identificarea persoanelor cu un comportament delincvent 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.  Recomandabil:  - 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 cointeresate. |
| **2. Diagnostic** | | |
| 2.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependența de droguri | Suspectarea dependenţei impune supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, și asigurarea măsurilor de profilaxie şi de medicație conform PCN | **Obligatoriu:**  - Anamneza *(caseta 4)*.  - Tabloul clinic în consum de opiacee *(caseta 5)*.  - Efectuarea diagnosticului diferenţiat *(caseta 10)*.  - Estimarea rezultatelor în confirmarea adicţiei prin consum de opiacee şi/sau alte substanţe.  **Recomandabil:**  - Analiza urinei, salivei şi a sângelui pentru identificarea consumului de substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora *(caseta 8)*. |
| 2.2. Stabilirea  diagnosticului de  dependenţă prin consum  de opiacee | Necesitatea de diagnosticare a  dependenţei prin consum de opiacee şi determinarea dozei de stabilizare cu metadonum sau buprenorfinum. | **Obligatoriu:**  - Anamneza *(caseta 4)*.  - Tabloul clinic în consum de opiacee *(caseta 5)*.  - Efectuarea diagnosticului diferenţiat *(caseta 10)*.  - Estimarea rezultatelor investigațiilor clinice și paraclinice cu confirmarea ulterioară a dependenţei prin consum de opiacee. |
| 2.3. Luarea deciziei privind necesitatea implicării în tratamentul farmacologic cu  metadonum sau buprenorfinum | Stabilirea diagnozei, a comportamentulului riscant, precum şi a consecinţelor medicale și sociale în acest sens, permit recomandarea tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum. | **Obligatoriu:**  Evaluarea condiţiilor pentru includerea în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum *(caseta 11).* |
| **3. Tratamentul** | | |
| 3.1. Asistenţa medicală în cazul dependenței de droguri şi în modificarea  comportamentului  dependent | Modificarea comportamentului dependent este benefic pentru sănătatea publică şi micşorarea riscului de îmbolnăviri prin maladii infecțioase și noninfecțioase. | **Obligatoriu:**  1. Şedinţă de consiliere pentru iniţierea tratamentului antidrog.  2. Prescrierea tratamentului medicamentos asistat.  3. Dezintoxicarea pentru ameliorarea sindromului de sevraj.  4. Orientare spre abandonarea consumului produselor/substanţelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora şi respectarea modului sănătos de viaţă.  **Recomandabil:**  Respectarea modului sănătos de viaţă, implicarea în activitățile profesionale și sociale. |
| 3.2. Tratamentul  farmacologic cu  Methadonum sau Buprenorphinum | Tratamentul în condiţii de ambulator se efectuează în scopul creării unor abilităţi cognitive, care să favorizeze  rezistența presiunii psiho-sociale, pentru controlul stresului emoțional în scopul creării abilităţilor de autorelaxare și a capacităților de comunicare interpersonală. | **Obligatoriu:**  - Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum *(Caseta 15 și 16)*.  **Recomandat:**  Program de Reducere a Riscurilor |
| 3.3. Tratamentul  psihoterapeutic şi  reabilitarea psiho-socială | Tratamentul psihoterapeutic şi reabilitarea psiho-socială contribuie la formarea atitudinii critice a beneficiarului faţă de problemele de sănătate, sociale, profesionale și familiale. | **Obligatoriu:**  1. Psihoterapia raţională.  2. Psihoterapia sugestivă.  3. Psihoterapia cognitive comportamentală  4. Asistenţa 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 şi cu alţi specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social care va contribui la soluţionarea 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 Algoritmul general de conduită a pacientului***

|  |
| --- |
| ***Screening*-ul persoanei predispuse la consum**  **de opiacee**  (confirmarea dependenţei, evaluarea gradului dependenţei, depistarea co-dependenţei) |

|  |
| --- |
| **Consultația și diagnosticul specialistului psihiatru-narcolog:**    (a) intoxicarea acută, supradozaj, sevraj, comă  (b) utilizarea opiaceelor şi/sau altor substanţe psihotrope  (c) depistarea complicaţiilor somatice, neurologice şi psihice  (d) depistarea comportamentului antisocial |

***Tratamentul farmacologic cu metadonă***

***sau buprenorfină*:**

(a) ajustarea schemei de tratament

(inclusiv detox)

(b) asistenţa co-morbidităţilor

(c) orientare spre abandonarea

consumului de droguri

(e) modificarea comportamentului de

consum (asistenţă psiho-socială)

***Tratamentul medicamentos:***

(a) dezintoxicarea

(b) înlăturarea sindromului de sevraj

(c) administrarea antagoniştilor de

opiacee (naloxonă)

(d) asistența stării patologice, asistența

comorbidităţii

(e) modificarea comportamentului de

consum (asistenţă psiho-socială)

|  |
| --- |
| ***Supravegherea*:**     1. reîntoarcerea în tratament în cazul recidivei 2. supravegherea medicală în conformitate cu actele normative în vigoare (caseta 5) 3. evaluarea remisiei pentru determinarea criteriilor de eliberare a   metadonei sau a buprenorfinei la domiciliu (caseta 22)   1. prevenirea recăderilor prin suplinirea asistenţei psiho-sociale şi   tratament medicamentos, conform indicaţiilor medicale   1. abordarea multidisciplinară (medico-psiho-socială) |

### ***C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu Methadonum și/sau Buprenorphinum***

|  |
| --- |
| **Evaluarea**  1. Anamneză *(caseta 4)*  2. Examen clinic  3. Investigaţii paraclinice *(caseta 8)*  4. Diagnostic diferențiat *(caseta 10)*  5. Stabilirea diagnosticului de dependenţă de opiacee  6. Acord informat pentru tratamentul farmacologic cu  Methadonum sau Buprenorphinum *(anexa 4)* |

|  |
| --- |
| **Iniţierea tratamentului farmacologic**  1. Consiliere pentru iniţierea tratamentului  2. Determinarea dozei optimale, în mod individual  3. Stabilizarea stării sănătăţii  4. Dezvoltarea şi creşterea aderenţei la tratament |

|  |
| --- |
| **Etapa de menținere**   1. Plan individual de susținere în tratament *(caseta 13)* 2. Ajustarea schemei de tratament la nevoile pacientului (*caseta \_\_\_*) 3. Activitatea echipei multidisciplinare (narcolog, psiholog, asistent social, consultant de la egal la egal) *(anexa \_\_\_*) |

|  |
| --- |
| **Finalizarea tratamentului**   1. Micșorarea treptată a dozei 2. Plan individualizat de supraveghere și susținere 3. Prevenirea recăderilor prin suport psiho-social 4. Finalizarea tratamentului (*caseta 20)* |

## **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI 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 infecţiei HIV şi a hepatitelor virale şi de sporire a aderenţei persoanelor HIV pozitivi la terapia ARV.

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

### ***C.2.2. Screening-ul dependenţei de opiacee***

|  |
| --- |
| **Caseta 1. *Screening-ul dependenţei de opiacee***   1. *Screening*-ul privind determinarea gradului de dependenţă se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative şi al consultaţiilor 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 asociere cu analizele de urină, salivă, sânge, reflectă rezultatele tratamentului. 4. *Screening*-ul diferențiat privind efectele dependenței în asociație cu alte maladii mintale, communicabile și necomunicale. 5. *Alegerea* tratamentului, în funcție de solicitarea pacientului, avînd 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 ajutarea 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 recomanda pentru un minim de 6 luni și mai mult. Succesul în tratament este garantat de o period mai lunga de 12 luni. |

|  |
| --- |
| **Caseta 3. *Efectele tratamentului cu Buprenorphinum\****  Buprenorfîna se utilizează într-o manieră similară tratamentului cu Methadonum (caseta 20). Printre riscurile se numără supradozajul, răspândirea infecţiilor virale cu difuziune hematogenă sau a infecţiilor localizate şi sistemice, deprimare respiratorie şi afecţiuni hepatice.  Pacientul care ia o doză mai mică de Buprenorphinum decât cea recomandată poate continua să răspundă la simptomele de sevraj necontrolate, administrându-şi 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 atît de literatura de specialitate, cît 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 cîteva zile. |

### ***C.2.3.1 Anamneza***

|  |
| --- |
| **Caseta 4. *Anamneza pacienţilor cu dependența de opiacee***  **Anamneza familiei -** eriditatea, boli psihice, alcoolism cronic, dependența de droguri.  **Anamneza vieții -** educaţia şi condiţiile de viaţă ale beneficiarului, studiile, condiţiile spaţio-locative şi materiale ale familiei, atitudinea faţă de viaţa în familie.  **Anamneza bolii -** la ce vârstă a consumat prima dată produse/substanţe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, primele cazuri de ebrietate pronunţată, particularităţile stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecţiuni somatice şi cu dereglări psihice; durata consumului de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora până la apariţia primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranţei; înregistrarea de halucinaţii, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiunii.  **Activitatea profesională** - profesia, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancţiuni administrative.  **Antecedente personale -** maladii şi traume psihice în copilărie, boli somatice şi neurologice, traume craniocerebrale, probleme în familie (conflicte, divorţuri, 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 şi fizice, și se poate declanșa după cîteva utilizări. La utilizarea regulată de opiacee apare rapid dependența fizică și psihică cu manifestări severe la sistarea utilizării, manifestată prin sindrom de abstinență.  Etapele dezvoltării dependenței de opiacee:  **I etapă de dependen**ț**ă** (*psihică*) - etapa dependeței psihice pentru droguri. Pacientul va crește treptat doza inițială. În pauze între administrarea substanței pacientul va manifesta sentimentul de insatisfacție, discomfort. Torelanța va crește rapid la acestă 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 tîrziu. 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 dependen**ț**ă** (*somatică*), se referă la formarea sindromului dependenței fizice față de droguri. La această etapă organismul persoanei se adaptatează 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. Abstinența 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 mîncare. 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 sitemului de valori, manifestat prin indiferență față de rude, față de preocupările anterioare.  Sub aspect psihic se înregistrează stări de tristeţe, nervozitate, apatie, tulburare a atenţiei, 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 maladiei sunt apatici, slabi, cu tensiune arterială redusă, se încetinește ritmul cardiac, se pierde din coordonarea mișcărilor. Predomină astenia și adinamia. Se atestă îmbătrinirea 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 discomfortului somatic. Euforie practic nu se observă, se reduce efectul stimulator al preparatului. Dependența psihică este doar parțial satisfăcută. La acesți pacienți se observă în scădere proprietățile pronunțate a capacităților intelectual-mentale. |

***Notă:*** La examenul fizic pot fi constatate semne de consum al produselor/substanţelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora şi/sau complicaţii legate de administrarea acestora. La planificarea tratamentului, este necesar de constatat şi de ţinut cont de complicaţiile somatice în urma dependenţei de opiacee sau de alte etiologii.

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

|  |
| --- |
| **Caseta 6. *Evaluarea consumului produselor/substanţelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora*** ș***i a dependen***ț***ei***  Colectarea anamnezei privind produse/substanţe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.  Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:  Lista substanţelor întrebuinţate, inclusiv alcoolul şi combinaţii de substanţe psihoactive;   * Vîrsta pacientului în momentul începerii consumului; * Modalitatea de consum a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora; * Caracteristica consumului pe parcursul vieţii (în ultima perioadă şi în momentul examinării); * Schimbarea efectului substanţelor psiho-active în decursul timpului; * Anamneza toleranţei, supradozei şi a sindromului de sevraj; * Perioadele de abstinenţă şi tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora; * Complicaţiile 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 şi rezultatele tratamentelor precedente ale dependenţei. |

|  |
| --- |
| **Caseta 7. *Tabloul clinic al supradozajului***   * Se manifestă: * ritm respirator şi cardiac modificat, * incapacitatea de a articula cuvintele; * pierderea coordonării motorii; * creşterea sau scăderea temperaturii corpului; * puls anormal; * stare confuzională avansată; * vomă; * leşin; * inconştienţă; * comă. |

***Notă:*** Algoritmul intervenţiei în cazul supradozei: chemarea salvării, culcarea persoanei pe burtă cu mîna stîngă îndoită sub cap şi cu dreapta lateral, asigurarea că nu are o îmbrăcăminte strînsă pe corp, care să-i îngreuneze respiraţia, învelirea cu o haină care să-i ţină cald, verificarea respiraţiei şi pregătirea pentru respiraţie ,,gură la gură”.

### ***C.2.3.3 Diagnostic***

|  |
| --- |
| **Caseta 8. *Investigaţii paraclinice***  **Obligatoriu:**   * Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanţelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge). * Consultaţia psihologică.   **Recomandat:**  Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanţelor 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:*** Pacienţilor cu maladii concomitente li se vor efectua investigaţii paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor de profilul respectiv.

|  |
| --- |
| **Caseta 9. *Criteriile de diagnostic în dependenţa de opiacee:***   1. Toleranţa este determinată de:    * necesitatea de creştere marcantă a dozei de substanţă pentru a atinge nivelul de satisfacție (efectul);    * diminuarea marcantă a efectului, dacă se continuă consumul aceleiaşi cantităţi de substanţă; 2. Sevrajul este relevat de următoarele situaţii:    * apariţia sindromului caracteristic de sevraj la întreruperea consumului;    * substanţa respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau a îndepărta sindromul de sevraj; 3. Substanţa este adesea consumată în cantităţi mai mari sau pentru o perioadă de durată mai lungă decât individul a intenţionat iniţial; 4. Există o dorinţă persistentă de consum sau de eşecuri la intenţia de a întrerupe acest consum; 5. O mare perioadă de timp este consacrată necesităţii de a obţine substanţa; 6. Activităţile de importanţă socială, ocupaţionale sau recreaţionale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanţă; 7. Consumul de substanţă este continuat în pofida faptului că pacientul este conştient de problemele de sănătate. |

### ***C.2.3.4 Diagnosticul diferenţiat***

|  |
| --- |
| **Caseta 10. *Criteriile de diagnostic diferenţiat în dependenţa de opiacee***  În pofida unor diferenţe farmacologice între anumite substanţe psihoactive, semnele de dependenţă şi de intoxicaţie sunt similare, tratamentul fiind în majoritatea cazurilor aproximativ acelaşi. Pentru diagnosticul diferenţiat este necesară clinica manifestărilor specifice a stării de ebrietate, consumului şi/sau ale consecinţelor, analizele expres de laborator precum şi analiza sângelui pentru identificarea substanţei psihoactive consumate.   1. Diagnosticul diferenţiat se va efectua în cazul consumului de:    * benzodiazepine    * psiho-stimulante: efedrina, α-PVP, catinone, cocaina;    * alcool    * steroizi anabolici    * barbiturice    * psilocibina    * codeina, fentanil, oxicodona    * canabis, LSD 2. Diagnosticul diferenţiat cu maladii psihice:  * schizofrenie * depresie * tulburare afectivă bipolară * consecinţele traumatismului cranio-cerebral * retard mintal * tulburare delirantă sau afectivă organică |

|  |
| --- |
| **Caseta 11. *Condiţiile pentru includerea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee***   1. Tulburările mentale şi 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   **Indicaţii relative:**   1. Riscul de apariţie sau prezenţa 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. Dorinţa de a-şi schimba comportamentul dependent, determinat de consumul substanţelor stupefiante (opiacee), intravenos. 5. Contact permanent cu lucrătorii medicali implicaţi în această activitate. |

### ***C.2.3.5 Prognostic***

|  |
| --- |
| **Caseta 12. *Prognosticul dependenţei de opiacee:***  Ca şi în cazul altor afecţiuni cronice, dependenţa 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 şi administrarea tratamentului se vor face în condiţii 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 motivaţional, care este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care pacientul este ajutat să-şi rezolve ambivalenţa şi să se angajeze într-o schimbare comportamentală. Interviul motivaţional are ca obiectiv conştientizarea problemei şi necesitatea de tratament. În cadrul interviului se va accentua specificul şi durata tratamentului.  **Pasul II** – consolidarea angajării în schimbarea comportamentală şi luarea deciziei pentru iniţierea tratamentului, discutând aspectele generale, avantajele și dezavantajele.  Semnarea Acordului (anexa 2).  **Pasul III** – planul de acţiuni, inclusiv schema de tratament, asistenţa psiho-socială şi stabilirea responsabilităţilor pacientului.  **Pasul IV** – prevenirea recăderilor. Evaluarea şi abordarea situaţiilor de risc, care pot provoca recidiva şi abandonarea tratamentului.  Pe parcursul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee vor fi implicați: asistentul social, psihologul şi consultantul de la egal la egal, inclusiv din cadrul asociaţiilor obşteşti, care prestează servicii de asistenţă psiho-socială persoanelor dependente în conformitate cu acordul de parteneriat (anexa nr.7). |

|  |
| --- |
| **Caseta 14*. Durata tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum***   * Menţinerea în tratament pentru un termen lung – prescriere şi stabilizare pentru 6 luni şi mai mult. Dependenţa de opiacee este o patologie cronică, iar eficienţa tratamentului se constată după administrarea îndelungată. * Alegerea schemei tratamentului este în funcţie de gradul de dependenţă, de starea de sănătate fizică şi mentală, de situaţia curentă şi 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 iniţiale de Methadonum sau Buprenorphinum se urmăreşte scopul de a reţine pacientul în tratament, de a atenua sindromul de sevraj şi de a asigura siguranţa (evitând supradoza şi decesul). Durata tratamentului depinde de starea de sănătate şi situația socială a pacientului.

Se recomandă încurajarea pacienţilor, astfel încât aceştia să rămână în tratament pentru cel puţin 12 luni în vederea stabilizării comportamentului.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cantitatea de**  **heroină**  **zilnic** | **Calea de**  **administrare** | **Doza iniţială de**  **Methadonum**  **detoxificare** | **Doza iniţială 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 3zile |
| 5mg, pentru 3 zile | 15mg, pentru 2 zile |
|  | 10mg, pentru 3 zile |
|  | 5mg, pentru 2 zile |

|  |
| --- |
| **Caseta 15. *Iniţierea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum pentru un termen de 6 luni şi mai mult:***  ***Este recomandat ca tamentul să se înceapă dimineaţa şi la începutul săptămânii, astfel încât concentraţia maximă să se realizeze pe perioada în care instituţia medicală funcţionează şi se poate interveni*.** Prin administrarea dozelor iniţiale 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 precierea dozei corecte indicate.   1. Prin administrarea dozelor iniţiale de Methadonum se urmăreşte:    * a reţine pacientul în tratament;    * a atenua sindromul de sevraj;    * a asigura siguranţa pacienţilor (evitând supradoza şi decesul). 2. Doza iniţială se stabileşte în funcţie de severitatea dependenţei şi nivelul de toleranţă. 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 şi/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 abstinență pot apărea după 30-40 min. În formele grave de abstinență 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 întreţinere cu Buprenorphinum se stabileşte 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 abstinență 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 întreţinere***  Doza de întreţinere cu metadonum se stabileşte în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este de 60-120 mg Methadonum, iar Buprenorphinum 8-16-24 mg.  Conform indicaţiilor medicale, doza zilnică poate fi administrată în două prize.  După stabilizarea stării sănătăţii, a schimbărilor pozitive în familie, a abandonării consumului de substanţe adiţionale confirmate prin narcotestare, precum şi 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 întreţinere***   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 success 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 distanța 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, îmbunătâțind 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/zi[[1]](#footnote-1). * 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 şi socială a pacientului. 2. Încurajarea pacienţilor astfel, încât aceştia să rămînă în tratament pentru cel puţin 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 micşorată cu 5 mg săptămânal până la 0. 5. În cazul tratamentului farmacologic cu Buprenorphinum se romandă ca doza să fie redusă cu 2 mg fiecare 2-3 zile pînă la 0.   Ritmul de reducere a dozei urmează a fi coordonat cu pacientul.  După finisarea progamului de tratament pacientului din motive medicale poate fi indicat tratamentul simptomatic in forma tabletară (per os- antidepresive, 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 obişnuite cu condiţia 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 şi 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 şi mecanismul de eliberare***  **1. Prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu.**  Evaluarea stabilităţii pacientului, în vederea prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, pentru ultimele 4 luni, trebuie să includă următoarele criterii:  **Obligatoriu:**  angajamentul continuu la tratament controlat – aderenţa la tratament cel puţin 4 luni;  abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul tratamentului, confirmat prin screening;  stabilizarea stării sănătăţii.  **Adiţional (avantaje):**  stabilitatea socială: angajarea în cîmpul muncii şi/sau continuarea studiilor în instituţii de învăţămînt;  situaţia familială favorabilă: mediul familial de suport sau progres în ameliorarea situaţiei familiale;  receptivitatea şi cooperarea confirmată prin relaţiile adecvate cu medicul şi 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 stabilităţii cu eliberarea ulterioară a metadonei sau buprenorfineila domiciliu, de 2 ori în săptămînă, pentru o perioada de o lună.  A treia etapă: evaluarea stabilităţii 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 inopinat 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 iniţială. Decizia de stopare a prescrierii metadonei sau buprenorfineila domiciliu poate fi luată şi în cazul neprezentării la medic, fără motiv obiectiv.

### ***C.2.3.7.2 Asigurarea continuităţii tratamentului în cazul imposibilităţii de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective***

(internarea în instituţii medicale, izolatoare de detenţie preventivă, instituţii sociale, rezidenţiale)

|  |
| --- |
| **Caseta 24. *Algoritmul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru pacienţii cu imposibilitate de a frecventa cabinetul***   1. Pacientul (reprezentantul legal, rudele sau însoţitorii) comunică personalului medical sau lucrătorilor de poliţie (felcerul izolatorului de detenţie preventivă a Inspectoratului General de Poliţie (IGP) că se află în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee. 2. Lucrătorul medical şi/sau colaboratorul de poliţie comunică prin telefon, iar la necesitate solicită consultaţia medicului narcolog la locul spitalizării sau detenţiei. 3. De comun acord cu specialiştii instituţiei medico-sanitare publice se confirmă sau se stabileşte doza de Methadonum sau Buprenorphinum, în dependenţă de medicaţia concomitentă şi a posibilelor interacţiuni cu alte medicamente. 4. Medicul narcolog este informat şi asigură consultaţia la necesitate. 5. În cazul cînd instituţia medicală/rezidenţială sau de detenţie preventivă nu asigură acest tratament, acesta este asigurat, zilnic, de către lucrătorii medicali din cadrul instituţiei care asigură tratamentul, sau prin implicarea unui reprezentant legal în baza unei cereri scrise a pacientului. 6. În cazurile când instituţia/izolatorul posedă condiţiile necesare de păstrare a substanţelor stupefiante conform actelor normative în vigoare, Methadonum sau Buprenorphinum pentru pacient poate fi transmisă pentru 5 zile cu păstrarea ulterioară, conform cerințelor şi administrarea zilnică sub observaţia personalului medical al instituţiei, respectând cerinţele de documentare. 7. Instituţiile medicale care asigură acest tratament vor semna acorduri de parteneriat cu instituţiile medicale şi IGP pentru asigurarea continuităţii tratamentului (anexa 8). 8. Modalitatea de asigurare a continuităţii tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee persoanelor din instituţii medicale, sociale şi izolatoare de detenţie preventivă ale MAI se va efectua conform instrucţiunii (anexa 9). |

### ***C.2.3.7.3 Particularităţile de aplicare a tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee în cazul pacienţilor cu maladii infecţioase***

|  |
| --- |
| **Caseta 25. *Infecţia cu HIV***  La utilizatorii de droguri injectabile, infectaţi cu HIV, după stabilizarea dozei de Methadonum sau Buprenorphinum se recomandă inițierea terapia antiretrovirală (ARV). În caz, cănd 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 infecţionist din Cabinetele teritoriale/rationale de diagnostic și tratament a infecției HIV/SIDA.  Interacţiunea între Methadonum, Buprenorphinum şi preparatele ARV (tabelul 1). |
| **Caseta 26. *Hepatita virală B şi C (HVC)***   1. Se recomandă ca beneficiarii tratamentului farmacologic să fie testaţi la marcherii Hepatitelor virale B şi C şi să fie vaccinaţi contra hepatitei B. 2. Beneficiarii tratamentului vor fi încurajaţi pentru tratamentul HCV. | |

|  |
| --- |
| **Caseta 27. *Tuberculoza pulmonară***   1. La încadrarea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee şi ulterior, anual, pacienţii vor fi testaţi la tuberculoză. 2. La identificarea pacientului infectat cu TBC, medicul narcolog recomandă consultaţia medicului ftiziopulmonolog, continuînd astfel tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee concomitent cu tratamentul antituberculos. |

### ***C.2.3.7.4 Particularităţile de aplicare a tratamentului farmacologic la femei***

|  |
| --- |
| **Caseta 28. Particularităţile 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 deobicei mai mic în comparție cu pacienții de gen maculin. 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 îmbolnarive a copilului. Serviciile existente de farmacoterapie trebuie ajustate la nevoiele femeilor nu doar din perspectiva nevoilor biologice, maternale dar și a factorilor sociali și de mediu în care acestea traiesc. |

|  |
| --- |
| **Caseta 29. *Intervenţia pe perioada de graviditate şi alăptare.***   1. Femeile aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonumsau Buprenorphinum vor fi încurajate să continue tratamentul chiar şi în cazul când rămân însărcinate. 2. Femeilor gravide cu dependenţă de opiacee se recomandă tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care prezintă un risc minim pentru dezvoltarea fătului în comparaţie 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 evidenţă şi supravegherea medicală pe tot parcursul sarcinii. 4. În al doilea şi al treilea trimestru al sarcinii, ar putea fi necesară creşterea dozelor de Methadonum sau Buprenorphinum, datorită metabolismului crescut şi volumului de sânge circulant. După naştere, doza de Methadonum sau Buprenorphinum, de asemenea, ar fi necesar să fie ajustată. 5. Unii copii născuţi de femeile incadrate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pot avea sindrom de sevraj, care, nefiind tratat, ar putea produce suferinţă enormă acestora, iar în cazuri rare, chiar crize. |

|  |
| --- |
| **Caseta 30. *Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum şi tratamentul tulburărilor mentale concomitente***   1. Beneficiarii tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum trebuie evaluaţi în ceea ce priveşte tulburările mentale datorate consumului de droguri şi de alte substanţe psihotrope la începutul tratamentului şi ulterior, periodic. Depresia şi anxietatea sunt cele mai des diagnosticate tulburări mentale. 2. La începutul tratamentului, depresia şi anxietatea poate fi asociată cu sindromul de sevraj, care va diminua peste câteva săptămâni. 3. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum necesită supraveghere şi tratament de comun cu medicul psihiatru.   Interacţiunea dintre Methadonum şi alte medicaţii (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 Naţionale 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, alţi specialişti, precum şi asistentul social care vor contribui la soluţionarea multiplelor probleme de sănătate și sociale cauzate de consumul de droguri şi de alte substanţe 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 cerinţele stipulate în ordinul Ministerului Sănătăţii nr.1043 din 18.10.2012 *Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea şi evidenţa persoanelor antrenate în consum de droguri şi de alte substanţe psihotrope).* |

### ***C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială***

|  |
| --- |
| **Caseta 33. *Asistenţa 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 Chisinău din anul 2009 (53).  Concomitent, beneficiarii tratamentului sînt încadraţi 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 parinți 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 cîmpul muncii; * Servicii de reabilitare complexă în cadrul comunității terapeutice (după programul 12 pași), pentru pacienții în tratament cu Methadonum și burprenorfină 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 provid 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 tratamentului 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 şi a nevoilor acestuia. Asistentul social întocmeşte un plan de asistenţă individuală, care include şi aspecte de tratament individual şi investigaţiile clinice. În acest mod se va ţine cont de nevoile pacientului, asigurând reintegrarea socială a acestuia. Planul de asistenţă individuală se va baza pe o evaluare minuţioasă şi completă a nevoilor pacientului, a aşteptărilor acestuia şi a potenţialului său practic.  Se recomandă includerea în planul de asistenţă individuală a următoarelor aspecte:   * vizita la medic, asistent social, psiholog şi la alţi specialişti în vederea screening-ului la HIV şi/sau consultaţia acestora; * măsuri de reabilitare socială; * frecventarea şedinţelor grupurilor de suport reciproc, consilierea membrilor de familie şi alte măsuri. * În decursul intervenţiei psiho-sociale asistentul social: * acţionează în calitate de mediator în restabilirea (crearea) relaţiilor familiale; * îndeplineşte rolul de mediator în acordarea serviciilor medicale, sociale şi juridice; * asigură informarea, consilierea şi sprijinul în pregătirea documentelor; * motivează pacientul şi membrii familiei acestuia să participe la şedinţele grupurilor de suport reciproc.   Concomitent, pe parcursul asistenţei psiho-sociale, aceştia pot beneficia şi de alte servicii specializate:   * Servicii de suport psihologic şi psihoterapeutic individual şi în grup; * Grupuri de suport reciproc („de la egal la egal”); * Servicii de asistenţă psihologică şi psihiatrică în diagnosticul şi în tratamentul dereglărilor psihice; * Servicii de asistenţă socială şi juridică; * Servicii de suport a complianţei la terapia antiretrovirală; * Servicii de ajutor material şi integrare socială.   Suportul psiho-social sporeşte semnificativ ponderea pacienţilor care abandonează consumul substanțelor psihoactive şi aderă la asociațiile obștești din domeniu. |

### ***C.2.4. Complicaţiile***

|  |
| --- |
| **Caseta 34. *Efectele adverse cauzate de Methadonum sau Buprenorphinum:***  dereglări de somn, senzaţie de greaţă, vomă (în special, la începutul tratamentului), constipaţie, palpitații, vertijuri, somnolență, cefalee, aritmii cardiace, retenție urinară, tulburări de orientare, euforie, suprimarea respiraţiei şi a secreției salivare și tulburări de percepție. |

# **D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL**

|  |  |
| --- | --- |
| **D.1 Instituţiile de****AMP** | **Personal:**medic de familieasistenta medicului de familie |
| **Aparate, utilaj:**   * tonometru * termometru * fonendoscop * ciocănaş neurologic * cântar * pulsoximetru; * masca chirurgicala, manuși și halat de unică folosință. * ochelari/viziera * trusă pentru acordarea primului ajutor medical |
| **Medicamente:**   * sol. Naloxoni hydrochloridum |
| **D.2 Secţiile****consultative a IMSP Spitale****Raionale,****Municipale şi****Republicane** | **Personal:**psihiatru-narcologterapeutpsihologasistent medicalasistent sociallaborantpsihoterapeut |
| **Utilaj:**   * dozator de Methadonum * tonometru * fonendoscop * ciocănaş 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 folosinţă * safeu |
| **Medicamente:**   * sol. Methadonum \* * sol. Naloxonă\* * tab. Buprenorphinum\* 2 mg, 8 mg * apă potabilă |
| **D.3 IMSP Dispensarul****Republican de****Narcologie** | **Personal:**psihiatru**-**narcologmedici consultanţi (neurolog, infecţionist, terapeut, ginecolog, radiolog)asistent medicalfarmacistpsihologpsihoterapeutasistent social |
| **Aparate, utilaj:**   * dozator de metadonum * tonometru * fonendoscop * electrocardiograf * laborator clinic şi biochimic * cromatograf cu gaze. * ciocănaş neurologic * expres teste pentru determinarea drogurilor * containere de laborator * pahare de unică folosinţă * 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 şi vor adera la tratament. | 1.1 Ponderea pacienţilor noi înrolaţi în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum  (cantitativ) (%). | Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolaţi în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, pe parcursul ultimului an  x 100 | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile înregistraţi în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an. |
| 1.2 Ponderea pacienţilor care au rămas în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum mai mult de 6 luni (%). | Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolaţi în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care au păstrat aderenţa la tratament mai mult de 6 luni pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile înregistraţi în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an |
| 1.3 Ponderea pacienţilor care au ramas în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum mai mult de 12 luni (%). | Numărul de utilizatori de drogur injectabile, înrolaţi în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, care au păstrat aderenţa la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul de utilizatori de droguri injectabile,înrolaţi în tratamentul farmacologic cu metadonuă sau Buprenorphinum, care au păstrat aderenţa la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100 |
| 1.4 Ponderea pacienţilor care au inţiat repetat tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum (%). | Nr de utilizatori de droguri injectabile,  care au inţiat repetat tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile înregistraţi în listele nominale de supraveghere medical 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, înrolaţi în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, din momentul lansării programului. | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile înregistraţi 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 insituţii medicale care prestează servicii de tratament farmacologic a dependenței de opiacee |
| 1.7 Ponderea medicilor psihiatri-narcologi instruiţi în domeniu %) | Numărul medicilor psihiatri-narcologi  instruiţi | Nr. total al medicilor psihiatri-narcologi  instruiţi pe ţară |
| 2. | A micşora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C,D şi HIV/SIDA  printre utilizatorii  de droguri injectabile | 2.1 Ponderea utilizatorilor de droguri injectabile, HIV infectaţi, pe  parcursul unui an (%). | Numărul de utilizatori de droguri injectabile,  HIV infectaţi, pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile, înregistraţi în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an |
| 2.2. Ponderea utilizatorilor de  droguri injectabile, infectaţi prin hepatite virale B, C şi D pe parcursul unui an (%). | Numărul de utilizatori de droguri injectabile,  infectaţi prin hepatite virale B, C și D pe  parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de utilizatori de droguri  injectabile, înregistraţi în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an |
| 3. | A micşora 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 înregistraţi în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an |

***Tabelul 1.* Interacţiunea între Methadonum/Buprenorphinum şi 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. | Corecţia dozei nu este necesară. |
| Tenofovirum (TDF/TAF) | N-a fost relatată. | | N-a fost relatată. | Corecţia dozei nu este necesară. |
| Emtricitabinum | N-a fost relatată. | | N-a fost relatată. | Corecţia dozei nu este necesară. |
| **Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse** | | | | |
| Efavirenz | Micşorare considerabilă a  concentraţiei metadonei. Se dezvoltă des simptomele de abstinenţă. | | Micşorare considerabilă a  Concentraţiei buprenorfinei.  Se dezvoltă des simptomele de abstinenţă. | La administrarea Metadonei / Buprenorfinei cu Efavirenz este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei/buprenorfinei pănă la 50%. |
| **Inhibitor al integrazei** | | | | |
| Dolutegravirum | N-a fost relatată. | | N-a fost relatată. | Corecţia dozei nu este necesară. |
| **Inhibitori ai proteazei** | | | | |
| Lopinavirum+  ritonavirum | | Micşorarea concentraţiei  metadonei (cu 26-53%).  Este posibilă apariţia  abstinenţei, care dictează majorarea dozei. | N-a fost relatată. | La administrarea Metadonei cu Lopinavir+  Ritonavir este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei pănă 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 corecţia dozei nu este necesară. |
| Atazanavirum+ritonavirum | | Micşorare concentraţiei 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 pănă la 10%. La administrarea Buprenorfinei cu Atazanavir+Ritonavi poate fi necesar micșorarea dozie Buprenorphinum pînă la 50%/ |
| Darunavirum+ritonavirum | | Micşorare concentraţiei metadonei cu 16% | Administrarea concomitentă poate spori concentrație buprenorfinei și efectul sedativ | La administrarea Darunavir +Ritonavir poate fi necesar majorarea a dozei metadonei pănă la 25%. La administrarea Buprenorfinei cu Atazanavir+Ritonavi poate fi necesar micșorarea dozie Buprenorphinum pînă la 50% |

***Tabelul 2*. Interacţiunea dintre Methadonum şi alte medicaţii (OMS, 2006)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamentul**  **psihotropic** | **Utilizare** | | **Interacţiunea cu**  **Methadonum** | **Interacţiunea cu**  **medicamentele**  **antiretrovirale** |
| Alprazolamum  (benzodiazepinum) | Sedativă | | Este dificil de estimate interacţiunea: suprimare adiţională a SNC şi calmare. | Eliminarea Alprazolamului se reduce cu 41%. Ar trebui evitată administrarea benzodiazepinei(Alprazolam, Midazolam, Triazolam) împreună cu PI şi EFV. |
| Desipraminum | Antidepresant triciclic | | Este dificil de estimat interacţiunea.  Probabilitate de sporire a toxicităţii TCA.  Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Methadonum\*\*\*. | Eliminarea Desipraminei se reduce cu 59%. |
| Fluoxetinum (SSRI) | Tratamentul tulburărilor depresive şi compulsive. | | În cercetările preclinice concentraţia de Methadonum s-a redus.  Probabilitate de  tulburări ale ritmului cardiac;  administrare precaută  împreună cu  Methadonum\*\*\*. | Concentraţia de Ritonavir se măreşte cu 19%. |
| Fluvoxaminum (SSRI) | Tratamentul tulburărilor  depresive şi compulsive. | | Este indicată creşterea concentraţiei de Methadonum. | Interacţiunea nu este indicată. |
| Sertralinum  (SSRI) | Tratamentul tulburărilor depresive şi compulsive. | | Este indicată creşterea semnificativă (cu 26%) a concentraţiei 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 | Concentraţie sporită de ZDV în timpul studiului. |
| Carbamazepinum | antiepileptic | | Concentraţia de  metadonse reduce, poate cauza sindromul  de sevraj, ar putea  fi necesară majorarea dozelor de Methadonum.  Acidul valproic este o alternativă. | Poate avea loc  interacţiunea. Se vor  duce observări pentru  depistarea toxicităţii  şi ajustarea dozei |
| Fenitoinum | antiepileptic | | Concentraţia de  metadonum se reduce, adesea semnificativ.  Poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de Methadonum. | Poate avea loc  interacţiunea. Se vor  duce observări pentru  depistarea toxicităţii  şi ajustarea dozei. |
| **Alte medicamente** | | | | |
| Fluconazolum | Antifungic | Concentraţia de Methadonum creşte cu 35%.  Semnificaţia clinică nu este chiar clară, cu toate acestea, ar putea fi necesară reducerea dozelor de Methadonum. Nu este indicat efectul toxic al metadonei. Efectul toxic al opiaceelor este sporit de alte antibiotice azole antifungice, de exemplu itraconazol, ketoconazolum, voriconazolum | | Suprimarea potenţială a caracterului activ în ambele direcţii dintre fluconazol şi PI. Toxicitate indicată  când este administrat împreună cu NNRTI. |
| Interferon-α +  ribavirinum | Tratamentul hepatitei C | Reacţiile adverse ar putea fi similare celor în cazul sindromului de abstinenţă la opiacee; ar putea fi indicată frecvent majorarea dozelor de Methadonum. În timpul studiului, fiind administrate Methadonum\*\*\* şi pegiinterferon-alfa2a, concentraţia de  Methadonum a crescut cu 10- 15%.  Semnificaţia clinică nu este cunoscută. Observarea pacienţilor pentru a detecta efectele toxice ale metadonum. | | E posibilă sporirea toxicităţii unor agenţi antiretrovirali din cauza infecţiei cu virusul hepatic C. |
| Rifampicini  isoniazidum | Tratamentul tuberculozei pulmonare | Este posibilă reducerea semnificativă a concentraţiei 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. |
| Sidenafilum | Tratamentul tulburărilor de erecţie | 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 (ritonavirum> >indinavir> >saquinavir) |  | CYP 450 3A4 | Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid. |
| Fluvoxaminum | crește | CYP 450 3A4 | Inhibă metabolizarea spre norBuprenorphinum. Semne clinice de intoxicație cu opioid |
| Fenobarbitalum | scade | CYP 450 3A4 | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Carbamazepinum | scade | CYP 450 3A4 | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Fenitoinum | scade | CYP 450 3A4 | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Rifampicinum | scade | CYP 450 3A4 | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Azidotimidinum | nemodificat | - | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Fluoxetinum | nemodificat | - | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Desipraminum | nemodificat | - | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |
| Amantadinum | nemodificat | - | Nu există raportări, dar este posibil ca interacțiunea să determine sindrom de abstinență. |

***Tabelul 4.* Interacțiuni farmacodinamice ale buprenorfinei**

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

# Anexa nr.1

# **Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind**

# **tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum și/sau Buprenorphinum**

Dependenţa reprezintă o stare complexă, care influenţează negativ sănătatea utilizatorilor de droguri, bunăstarea populaţiei şi a sistemului de ocrotire a sănătăţii în general; în special în caz de consum de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.

Actualitatea problemelor generate de consumul de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora se datorează faptului că acestea determină multiple dereglări de sănătate şi sociale, care la nivel naţional se pot reflecta prin creşterea mortalităţii, morbidităţii şi a infracţionalităţii. Consumul de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora depăşeşte limitele cercului tradiţional afectat de acest flagel, răspândindu-se larg în societate prin folosirea ocazională sau permanentă. Caracterul ascuns al acestui fenomen limitează posibilitatea cunoaşterii situaţiei reale, a problemelor şi a factorilor predispozanţi.

Studiile de identificare a factorilor principali determinanţi şi de evaluarea a ponderii fiecăruia dintre ei în actuala tendinţă epidemică menţionează:

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

* creşterea migraţiei populaţiei;
* situaţia social-economică, şomajul tinerilor, sărăcia şi nedreptăţile sociale;
* abandonarea copiilor de către părinţii plecaţi în străinătate în căutarea unui câştig şi, respectiv, reducerea importanţei educaţiei în familie cu creşterea de influenţă a străzii şi a prietenilor;
* deficienţe în promovarea şi în realizarea măsurilor eficace de prevenţie primară a răspândirii drogurilor;
* predispoziţia 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 şi de alte substanţe psihotrope. Acest fapt a provocat probleme esenţiale care vizează sănătatea publică, situaţia demografică, sporirea morbidităţii printre narcomani, (infecţia HIV/SIDA, hepatite virale B, C şi D), sporirea criminalităţii, agresivităţii şi a violenţei în familie.

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

Primul caz de infectare cu infecţia 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 infecţiei HIV/SIDA de la 78,3% până la 33,7%, în 2005, şi 28,4, în 2012, graţie măsurilor întreprinse în acest sens.

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

În ultimii ani populaţia a fost iniţiată în probleme de narcomanie, consecinţele, pericolul de contaminare a infecţiei HIV/SIDA măsurile de protejare, utilizând în acest sens toate formele şi metodele de prevenţie într-un comportament riscant.

În scop de micşorare a riscului de infectare cu HIV printre consumatorii de droguri injectabile, au fost promovate campaniile educaţionale şi informaţionale, implicarea lor în programele de tratament, profilaxie, recuperare psihosocială, familială, profesională, etc. În oraşele şi în raioanele republicii, cu o morbiditate înaltă prin narcomanie, au fost acreditate programe de asistenţă psihologică şi de schimb al seringilor getabile pentru consumatorii de droguri injectabile care nu manifestau dorinţa de a-şi schimba comportamentul dependent, întru înştiinţarea lor versus consecinţele narcomaniei, comportamentul inofensiv şi posibilităţile de micşorare a riscului de contaminare cu infecţia HIV/SIDA.

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

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

Acordarea cu succes a tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee pentru consumatorii drogurilor injectabile trebuie să corespundă unor principii generale. Asistenţa medicală trebuie:

* să fie accesibilă;
* să fie gratuită;
* să fie loială, prestată de cadre cu atitudini nepărtinitoare;
* să corespundă necesităţilor individuale;
* să continue (prin intermediul sistemului medical) să asigure interacţiunea cu instituţiile medico-sanitare publice, serviciile sociale, asociaţiile de CDI şi familiile acestora.

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

Datele ştiinţifice confirmă faptul că tratamentul farmacologic cu Methadonum, atunci când este realizat la standarde adecvate, este cea mai eficientă substituţie medicamentoasă pentru dependenţa de opiacee intravenoasă. Ca rezultat, se atestă creşterea calităţii vieţii pacienţilor şi a familiilor acestora, modificarea stilului de viaţă a consumatorilor de droguri (comportament sociabil). Prin toate aceste avantaje ale tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee s-a dovedit a avea indicele de cost-eficienţă maxim, între serviciile pentru consumatorii de droguri.

**Avantajele tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee** **în tratamentul dependenţei**

**versus substanţele stupefiante (opiacee)**

Asistenţa medico-socială acordată pacienţilor afectaţi de narcomanie trebuie să fie prestată de specialiştii de divers profil, inclusiv medicii psihiatri-narcologi, asistente medicale, lucrători în teren, asistenţi sociali şi alţii. Este un imperativ faptul că, organizaţiile de stat şi cele nonguvernamentale şi asociaţiile obşteşti să contribuie în acordarea asistenţei medicale. Supervizarea şi instruirea continuă a echipei asigură calitatea serviciului unui astfel de tratament farmacologic, adaptare şi reabilitare psihosocială a acestui contingent.

În acest context, pentru implicarea în tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee, bolnavul depune o cerere şi îşi asumă anumite responsabilităţi privind respectarea contractului bilateral. După examinarea medicală complexă, determinarea indicaţiilor şi a contraindicaţiilor de prescriere a metadonei, determinarea dozei optime de Methadonum, care îi permite persoanei să activeze conform statutului profesional şi social, aceasta este inclusă în tratamentul farmacologic cu Methadonum în condiţii de ambulator, sub supravegherea permanentă a medicului.

Tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee contribuie la sporirea măsurilor de profilaxie a narcomaniei, a maladiilor concomitente şi la crearea condiţiilor de ameliorare a sănătăţii populaţiei, în genere.

**Avantajele** tratamentului tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee în profilaxie:

* + reţine de la consumul produse/substanţe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora în tratament;
  + reduce riscul de transmitere a infecţiei HIV, a hepatitelor virale şi a infecţiilor bacteriene;
  + reduce necesitatea de spitalizare;
  + ameliorează şi facilitează procesul de respectare a regimului terapeutic tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee şi monitorizarea clinică;
  + facilitează accesul la tratament şi la asistenţă specială, în caz de infecţie HIV, şi la asistenţa medicală generală.

Tratamentul farmacologic al dependenței deopiacee contribuie la:

* + reducerea consumului produselor/substanţelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
  + reducerea de frecvenţă a acţiunilor ilicite;
  + reducerea mortalităţii (supradozare);
  + corectarea comportamentului asociat riscului ridicat de transmitere a HIV şi 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 Buprenorphinum;
  + programe de orientare pentru consumul produselor/substanţelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora şi abandonarea completă a acestora în continuare;
  + prestare a serviciilor de diagnostic şi de tratament asociate dereglărilor psihice, asistenţa în soluţionarea problemelor sociale;
  + încheierea unui acord între pacient şi medic, însoţit de o consultaţie în vederea reducerii consumului produselor/substanţelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
  + asigurare a accesibilităţii serviciilor medicale, inclusiv comoditatea amplasării acestora, orele de lucru şi remunerarea;
  + crearea unui mediu adecvat.

**Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee** **de scurtă durată**

Se aplică pacienţilor cu o motivaţie stabilă în tratament pentru includerea lor în programele de reabilitare psiho-socială. Metoda constă în administrarea zilnică a soluţiei de Methadonum sau Buprenorphinum în instituţia medicală.

Doza iniţială - 20 mg de Methadonum sau 2-4 mg de Buprenorphinum apoi treptat se măreşte optim, având capacitatea de a compensa lipsa heroinei sau a altor opiacee. Unii specialişti consideră această metodă intermediară între detoxicarea cu metadonum sau buprenorfinum şi tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

**Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee** **pe termen lung**

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

Adepţii tratamentului, conform cercetărilor ştiinţifice, au obţinut următoarele rezultate privind consumul metadonei, care duce la:

* diminuarea marcantă a atracţiei 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 şi imune ale organismului.

Toate aceste acţiuni duc la normalizarea stării psiho-fizice a pacientului şi creează condiţii 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 şi diferite anotimpuri ale anului, variază la fiecare consumator;
* pentru a mări doza de Methadonum, persoana poate exagera informaţia privind dozele ilegale consumate de opiacee;
* medicul psihiatru-narcolog trebuie să cunoască adevăratele cantităţi consumate de opiacee;
* Methadonum\*\*\* este un opiaceu cu o acţiune 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 consecinţele în întreruperea drogării. Pacientul în aceste zile necesită o supraveghere revent permanentă, pentru a preveni simptomele de sevraj. Dacă aceasta totuşi 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 şi al metadonei. De regulă, după finalizarea tratamentului farmacologic cu metadonum, doza zilnică a preparatului se micşorează cu 10 mg la fiecare 2-3 săptămâni până la minim 20 mg.

**Monitorizarea procesului tratamentului farmacologic cu Methadonum**

Monitorizarea eficacităţii tratamentului antidependenţă este realizată prin metode diverse:

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

# 

# Anexa nr.2

# **Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind**

# **tratamentul farmacologic cu** Buprenorphinum \*

Buprenorphinum \* este un analgezic opioid si un agonist partial al receptorilorμ ce poate fi folosit cu succes in tratamentul dependentei de heroina. Buprenorphinum \* (agonist partial) determina activarea receptorilorμ, activare ce creste odata cu cresterea dozei pana la atingerea unui platou. Agonistii totali opioizi ca [Methadonum](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/metadona_4166) si heroina cresc activitatea receptorilor cu cresterea dozei, insa nu ating un platou. Din cauza actiunii agoniste partiale, consumatorii cronici de opioizi nu au tendinta de a-l folosi ca drog de abuz.

Buprenorphinum \* are o mare afinitate pentru receptorii opioizi si disociaza greu de acestia (Buprenorphinum \* are o actiune de 25-40 ori mai puternica decat a morfinei). Din cauza acestei afinitati crescute, drogul desprinde opioizii de pe receptoriiμ, astfel determinand un sindrom de retragere la subiectii care au folosit recent drogul.

Buprenorphinum \* se absoarbe la nivel gastrointestinal si la nivelul mucoaselor in general, insa administrarea orala presupune o biodisponibilitate scazuta datorita metabolismului de la nivelul tractului gastrointestinal. Administrata sublingual atinge 30-50% din biodisponibilitatea intravenoasa, iar concentratia maxima plasmatica este atinsa in aproximativ 1 ora. Este biotransformata la nivelul [ficatului](http://www.sfatulmedicului.ro/Ficatul-si-caile-biliare/ficatul_939) cu ajutorul CYP450, eliminarea compusului si a metabolitilor acestuia avand loc, in mare masura, prin fecale si mai putin de 30% pe cale urinara. Are un timp de injumatatire plasmatic de 37 de ore.

* **Avantajele tratamentului de substitutie cu** Buprenorphinum \* **si respectiv** Methadonum \***:**  
   **1**. Buprenorphinum \*:

- dozele mari au un risc mai mic de toxicitate;

- simptomele sindromului de retragere sunt mai putin severe;

- potentialul de abuz este mai mic;

- mai accesibila in programele de tratament.

**2**. Methadonum \***:**:

- cost mai mic;

- mai eficienta la pacientii cu toleranta crescuta;

- ratele tratamentului de intretinere sunt mai mari.

Au fost raportate cazuri de supradozare printre pacientii care au dizolvat tabletele de Buprenorphinum \* si le-au injectat impreuna cu benzodiazepine. Exista pe piata comprimate ce contin naloxona in asociere cu Buprenorphinum \*(Suboxone) tocmai pentru a descuraja administrarea i.v. a drogului. Studiile au aratat ca asocierea dintre Buprenorphinum \* si naloxona in raport de 4:1 determina simptome neplacute ale sindromului de retragere atunci cand sunt administrate i.v. de catre subiectii dependenti de opioide, dar fara a avea asemenea manifestari la administrarea sublinguala.

Fetii expusi la opioizi prezinta manifestari ale sindromului de retragere la nastere. Mentinerea pe Methadonum imbunatateste aceste neajunsuri la femeile gravide dependente de opioizi. Mentinerea pe Buprenorphinum \* produce un sindrom de retragere la nou-nascuti mai mic decat in cazul metadonei. Dar, Buprenorphinum \* este incadrata in categoria C (FDA) de [sarcina](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/sarcina_2199) (studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupa fatului, nu exista date din studii pe subiecti umani), spre deosebire de Methadonum \***:**care este in categoria de risc B (FDA) (a. studiile pe animale nu au demonstrat efecte adverse asupra fatului si nu exista studii pe subiecti umani sau b. studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupa fatului, dar studiile pe subiecti umani nu arata o influenta negativa asupra sarcinii in orice trimestru). Din aceste motive Methadonum \* este preferata in tratamentul de substitutie la [gravide](http://www.sfatulmedicului.ro/Cum-sa-te-ingrijesti-in-sarcina/consumul-de-cofeina-la-gravide-nu-are-efecte-negative-asupra-duratei-ges_2445). Daca Methadonum nu este disponibila dar Buprenorphinum \* da, se va administra Buprenorphinum \* fara naloxon dupa ce medicul va fi explicat pacientei riscurile (Buprenorphinum \* se regaseste in [laptele matern](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/lapte-matern_3992), insa datorita absorbtiei gastrointestinale scazute, nu este documentat inca stiintific daca alaptatul ar trebui descurajat).

HIV este frecvent raspandit printre consumatorii de opioizi si multi dintre pacienti primesc [terapie antiretrovirala](http://www.sfatulmedicului.ro/Infectia-cu-HIV/infectia-cu-virusul-imunodeficientei-umane-hiv-sida_654) (TARV). Pacientii toxicomani care sunt tratati cu Buprenorphinum \* adera mai bine la TARV decat cei care nu urmeaza acest tratament. De asemenea s-a demonstrat ca Buprenorphinum \* nu influenteaza raspunsul virusologic la TARV.

Funcția hepatică necesită o monitorizare atentă în cazul pacienților cu [hepatita](http://www.sfatulmedicului.ro/Ficatul-si-caile-biliare/hepatita_4744) 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 foloseste 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 dupa ultima doză de [opioid](http://www.sfatulmedicului.ro/Hernia-de-disc-si-lombosciatica/indicatiile-tratamentului-opioid-in-hernia-de-disc_4672) 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 durata lungă de actiune (ex. Methadonum) se administrează doar Buprenorphinum \*.

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

2. Faza de stabilizare - dureaza 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 fiecarui pacient în parte. În această perioadă medicul va monitoriza pacientul pentru consumul ilicit de droguri, "setea de drog" și triger-ii pentru recadere.

# Anexa nr.3

# **Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee**

**1. Dependenţa de opiacee**

Înseamnă pierderea controlului în consumul de opiacee şi generarea numeroaselor probleme de sănătate, sociale, legale şi financiare. Consumul repetat de opiacee puternice, cum este heroina, produce dezechilibrul anumitor funcţii biologice, apariţia sindromului de sevraj la încetarea consumului şi 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 declanşarea sindromului de sevraj, în condiţiile de asistență medicală, psihologică şi socială, cu scopul de a ameliora calitatea sănățății și a vieţii sociale clientului, oferindu-i, inslusiv 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 şi a cazurilor de deces asociate consumului de droguri ilegale;
* Îmbunătățirea stării de sănătate;
* Sporirea calității vieţii pacienţilor şi a familiilor acestora;
* Profilaxia infecţiei HIV şi a hepatitelor virale;
* i HIV şi a hepatitelAsistența medicală continuă și posibilitatea de accesare a asistenţei psiho-sociale;
* Îmbunătățirea relaţiilor familiale și sociale;
* Revenirea la oportunitățile de învăţământ şi de muncă.
* Diminuarea implicărilor criminale.
* Facilitarea oportunităților de integrare după eliberarea din detenţie;
* Creștere în plan persoanl.

**4. Methadonum\* și Buprenorphinum\* – preparate medicamentoase de substituţie**

Methadonum\*și Buprenorphinum**\*** constituie medicamente de substituţie, care se prescriu de către medicul narcolog în cazul dependenţelor de opiacee. Doza optimală este acea doză, care diminuează atracţia faţă de droguri, dar nu provoacă efecte de relaxare sau de euforie. În creşterii rapide a dozei zilnice de administrare a acestor preparate fără supravegherea medicului, persoanele se pot confrunta cu supradozarea sau alte probleme agrave de sănătate.

Ca și în cazul oricărui alt medicament, administrarea metadoneiși/sau Buprenorphinum este individualizată. Dacă veţi împărtăși doza personal de Methadonumși/sau Buprenorphinum cu altcineva, în afară de faptul că veţi reduce din eficacitatea tratamentului dumneavoastră, puteţi pune în pericol persoana care poate suferi o supradoză de Methadonumși/sau Buprenorphinum. O doză de la 10 până la 20 mg de Methadonum poate fi mortală pentru copii şi 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 şi, obligatoriu, cu prescriere medicală. **Buprenorphinum** se eliberează în pastile şi obligatoriu cu prescriere medicală.

**5. Prescrierea şi administrarea Metadonei și/sau Buprenorfinei**

În prezent, numai medicul psihiatru-narcolog poate prescrie Methadonum\*, Buprenorphinum\*. La etapa inițială de tratament, scopul este adaptarea şi stabilizarea dozei zilnice de care aveţi nevoie. Aceasta diferă de la persoană la persoană şi depinde de cantitatea de substanţă 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 acelaşi timp, pentru unii, în perioada iniţială, preparatul poate fi administrat în 2 prize pe zi pentru a controla mai uşor eventualele efecte secundare. Supravegherea clinică şi analizele biologice

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

**7. Methadonum\* și/sau Buprenorphinum\* şi 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 sănătăţii.

**8. Methadonum\*** **și/sau Buprenorphinum\* şi administrarea altor substanţe:**

Alcoolul reduce eficacitatea tratamentului, producând apariţia sevrajului între două dozări (micşorarea duratei de acţiune a metadonei și buprenorfinei), creşte intensitatea efectelor secundare şi interacţiunile medicamentoase. În plus, alcoolul este dăunător şi prin efectele sale directe.

1. Administrarea de medicamente calmante sau somnifere (Benzodiazepine) are două efecte diferite: pe de o parte agresivitate, confuzie, somnolenţă puternică iar, pe de altă parte, un risc serios de supradoză. Cocaina, *crack*-ul şi 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 Methadonumși/sauBuprenorphinum. În acest sens, riscul de supradoză este mare.

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

Administrarea anumitor medicamente contribuie la destabilizarea tratamentului dumneavoastră. Dacă dumneavoastră consultaţi un alt medic decât cel care v-a prescris Methadonum\*,și/sau Buprenorphinum**\*** nu ezitaţi să-i vorbiţi despre tratamentul pe care îl faceţi. În acelaşi timp, informaţi-l pe medicul care v-a prescris Methadonum\*și/sau Buprenorphinum**\*** de orice medicament prescris de alţi medici. Medicamentele antiulceroase, antidepresive, antiretrovirale şi antibioticele interacţionează cu Methadonum\*. Ele nu sunt contraindicate, însă folosirea lor trebuie adaptată şi supravegheată.

**10. Methadonum\* și/sau Buprenorphinum\* şi contracepţia**

Methadonum\*și/sau Buprenorphinum**\***, ca şi heroina, poate produce absenţa sau perturbarea menstruaţiei. Dacă nu doriţi ca dumneavoastră (sau partenera dumneavoastră) (aflată în tratament farmacologic cu Methadonum) să rămână însărcinată, folosiţi o metodă contraceptivă eficientă (pastile, sterilet, prezervativ).

**11. Methadonum\* și/sau Buprenorphinum\* şi 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 şi în ultimul trimestru al sarcinii. În cazul naşterii, 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 Buprenorphinumşi îşi poate alăpta copilul sub supravegherea medicului.

**12. Efecte adverse**

În general, Methadonum\*și/sau Buprenorphinum**\*** este bine tolerată. În acelaşi timp, la unii clienţi pot apărea anumite tulburări, dintre care cele mai importante sunt: transpiraţia excesivă, constipaţia, greţurile, tulburările de somn, sensibilităţile gustative, etc.

***Nu ezitaţi să discutaţi cu medicul dumneavoastră despre orice tulburare de acest tip!***

**13. Continuitatea tratamentului**

Tratamentul farmacologic cu Methadonumși/sau Buprenorphinum necesită să fie continuat şi nu există motive de întrerupere a tratamentului, cu excepţia celor medicale, care întotdeauna cor fi discutate de către medic și pacient. În caz că sunteţi 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 suportaţi o intervenţie chirurgicală, nu uitaţi să informaţi că faceţi un tratamentul farmacologic cu opioide.

**14. Sistarea tratamentului**

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

# Anexa nr.4

# **Acordul între pacient şi IMSP care aplică tratamentului farmacologic al dependenței**

# **de opiacee (*model*)**

**Acordul între pacient şi IMSP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_din „\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătăţii nr.283 din 12.07.2007 se încheie Acordul bilateral între pacient \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(numele, prenumele, anul naşterii, domiciliul) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

în cele ce urmează–client, şi directorul al IMSP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

în cele ce urmează “director”, privind aplicarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee.

**I. Angajamentele părţilor:**

**Pacientul este obligat:**

* Să consume medicamentul în cabinetul de tratament farmacologic în prezenţa personalului medical sau în modul prescris la domiciliu dacă este eligibil pentru eliberarea la domiciliu.
* Să permită personalului medical de a se încredinţa de faptul că medicamentul nu se ascunde.
* Să nu vândă şi să nu transmită medicamentul altor persoane.
* Să nu fie agresiv faţă de personalul medical al instituţiei medicale şi alte persoane participante la tratament.
* Să îndeplinească indicaţiile personalului medical.
* Să nu vândă şi să nu consume droguri ilegale şi alte substanţe psihoactive în special în încăperea instituţiei medicale dar şi în general.
* Să dea analiza urinei după indicaţia personalului medical, aflându-se în cabinet.
* Să păstreze bunurile materiale ale instituţiei medicale.
* Să nu fumeze în încăperea instituţiei medicale, la scări şi alte locuri publice (sancţiunea poate fi fără observaţii suplimentare).

**Pacientul se informează că:**

* În cazul încălcării regulilor mai sus menţionate comisia medicală consultativă care a indicat tratamentul farmacologic, prescrie clientului sancţiune individuală.
* În cazul în care clientul este agresiv faţă de personalul medical sau faţă de alţi participanţi la tratament, pot fi iniţiate măsuri pentru asigurarea securităţii personalului şi 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 prezenţa dezacordului cu Regulile indicate (acord) clienţii nu se includ în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

**II.** **IMSP Dispensarul Republican de Narcologie:**

* Asigură condiţiile respective în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
* Asigură clientul cu medicament, investigaţii necesare şi supravegherea medicală în dinamică.
* Asigură anonimatul adresării pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

Acordul se întocmeşte în două exemplare: unul se eliberează clientului, al doilea se anexează la fişa medicală a bolnavului de ambulator (staţionar).

L.Ş.

Director Pacientul

# Anexa nr.5

# **Chestionar de colectare a informaţiei iniţiale în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee (*model*)**

Data îndeplinirii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numele, prenumele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anul naşterii, vârsta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studiile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupaţia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situaţia familială\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniţierea consumului de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Termenul de utilizare sistematică de produse/substanţe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (anii) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultimele doze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preţul unei doze medii zilnice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cazuri de tratament ineficient \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abstinenţa cea mai îndelungată \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cine i-a recomandat tratamentul respectiv \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date suplimentare:

**Prezenţa:**

HIV/SIDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hepatitele B, C, D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Severitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maladiile grave \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentele penale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata tratamentului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dorinţa de a continua tratamentul în condiţii de ambulator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura clientului Semnătura medicului

# Anexa nr.6

# **Instrucţiune pentru medicii psihiatri-narcologi şi psihologi privind tratamentul**

# **farmacologic al dependenței de opiacee cu Methadonum sau Buprenorphinum**

**I. Instrucţiune**

Pentru fiecare client, inclus în tratamentul farmacologic, se aprobă o schemă de tratament individual în procesul dialogului motivaţional, pe parcursul căruia se elucidează problemele şi necesităţile clientului. Această informaţie constituie axa tratamentului şi a reabilitării pacientului. (Măsurile medicale se înscriu în *Fişa 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 şi dereglări organice).
* Consultaţia psihologică.
* Selectarea dozei individuale a preparatului de substituţie în condiţii de staţionar sau ambulator.
* Determinarea termenului de realizare a tratamentului.
* În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului.
* Asigurarea consultaţiei specialiştilor de profil.
* Graficul de consultaţii la narcolog.
* Planul tematic individual de consiliere la psiholog.
* Includerea în grupurile de susţinere şi de suport reciproc.
* Participarea clientului în grupurile psihoterapeutice şi determinarea periodicităţii 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 şi dereglări organice) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testarea psihologică \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Determinarea dozei individuale a metadonei în condiţii de ambulator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***În cazurile necesare, corectarea dozei:***

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asigurarea consultaţiei la specialiştii de profil (de exemplu, dermatovenerolog) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Graficul consultaţiilor la medicul psihiatru-narcolog (o dată în 10 zile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Planul tematic individual de consiliere la psiholog \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Implicarea în grupurile de susţinere şi de suport reciproc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Implicarea clientului în grupurile psihoterapeutice şi determinarea perioadei de implicare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Testarea de laborator la consumul de droguri ilegale (la necesitate) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tratamentul maladiilor concomitente (la necesitate) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Anexa nr.7

# **Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile**

Programele de Reducere a Riscurilor îşi direcţionează activităţile 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 şi 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 agenţiilor ONU (OMS; UNAIDS; UNODC) include:

1. Dezvoltarea şi implementarea timpurie a unor programe de prevenire, atunci cînd prevalenţa infecţiei cu HIV este încă mică,
2. Existenţa unui „pachet” coerent de activităţi pentru prevenirea răspîndirii infecţiei HIV în rândurile consumatorilor de droguri injectabile, atât în sectorul civil cât şi în penitenciare. Aceste activităţi includ:
   * oferirea/schimbul de echipamente sterile de injectare (ace şi seringi),
   * accesul la tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee,
   * creşterea conştientizării şi educarea consumatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV (folosirea echipamentului steril de injectare şi practicarea unui comportament sexual fără risc),
   * accesul la serviciile de consiliere şi testare voluntară, îngrijire şi tratament,
   * accesul la terapie antiretrovirală,
   * accesul la serviciile centrelor de prevenire, diagnostic şi tratament ITS şi la alte servicii de sănătate,
   * distribuirea de prezervative,
   * creşterea conştientizării şi educarea partenerilor sexuali ai utilizatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV,
   * distribuirea materialelor informaţionale şi organizarea activităţilor de instruire în vederea reducerii riscurilor (practicarea unui comportament sexual fără risc),
   * accesul la diagnosticul şi/sau tratamentul hepatitelor virale,
   * accesul la diagnosticul şi tratamentul tuberculozei,
   * accesul la serviciile de profilaxie a supradozărilor,
   * mobilizarea şi participarea comunităţii beneficiarilor şi a comunităţii în general la implementarea acestor măsuri.
3. Intervenţiile trebuie să se bazeze pe outreach (munca în teren) şi pe peer education (educaţia între egali).
4. Luarea în consideraţie a modelelor de bună practică.
5. Crearea unui cadru/mediu de susţinere: reducerea sărăciei, scăderea ratei şomajului.
6. Crearea oportunităţilor pentru educaţie – prevenirea consumului de droguri, politici adecvate, legislaţie care să ofere sprijin pentru intervenţie.
7. Concomitent cu toate aceste măsuri, trebuie să fie redusă cererea de droguri. Aceasta presupune:
   * educaţia în rândurile tinerilor, cu scopul de a-i informa şi a le oferi susţinerea necesară, pentru ca ei să nu înceapă consumul de droguri,
   * încurajarea consumatorilor de droguri de a renunţa la consumul de substanţe 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 confrunţi cu comunitatea beneficiarilor, ci să lucrezi în parteneriat cu ea.

Schimbul de seringi şi tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum sunt cele mai eficiente intervenţii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

Programele de reducere a riscurilor oferă servicii care răspund nevoilor consumatorilor de droguri şi asigură „poarta de intrare” a acestora în sistemul de sănătate şi asistenţă socială. Aceleaşi abordări şi servicii bazate pe necesităţi specifice urmează a fi oferite şi persoanelor care prestează servicii sexuale contra plată, bărbaţilor care întreţin relaţii sexuale cu alţi bărbaţi, dar şi altor grupuri cu risc sporit de infectare cu HIV.

# Anexa nr.8

# **Acord de parteneriat cu asociaţia obştească**

# **(*model*)**

”\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ mun. Chişinău

**Instituţia Medico-Sanitară Publică** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ce acţionează 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.

**Con**ș**tientizînd**, 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-**ș**i** cooperarea reciprocă în domeniul acoprdării 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-**ș**i** 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.**

**Condi**ț**ii generale**

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

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 promt 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 şi informare**

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

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

2.3. Desfăşurarea şedinţelor periodice nu mai rar de 1 dată pe trimestru cu participarea persoanelor de contact, ale părţilor cu scopul planificării activităţilor commune și discutării rezultatelor ce țin de acestea.

2.4. Colaborare constructivă şi asistenţă reciprocă în procesul elaborării şi desfăşurării activităţii comune cu caracter informaţional şi profilactic.

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

**Articolul 3.**

**Responsabilitatea părţilor**

**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 spaţiu şi condiţii necesare pentru buna desfăşurare 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,
* asistenţă socială,
* informarea prin intermediul activităţilor de grup şi a materialelor
* informaţionale, 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 problematici 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 la13.00) 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 desfăşurării consilierilor individuale şi a activităţilor de suport de grup pentru pacienţi;
* Asistenţa socială prestată în baza managementului de caz: evaluarea cazului, elaborarea şi implementarea planului individualizat de asistenţă, monitorizarea;
* Crearea şi dezvoltarea mecanismului de referire a pacienţilor către serviciile medico-psiho-sociale, existente la nivel de municipiu;
* Facilitarea accesului la servicii de asistenţă juridică;
* Acordarea suportului profesionist pacienţilor care intenţionează să acceseze serviciile de reabilitare şi adaptare;
* Lucrul cu persoanele co-dependente (consultaţii individuale şi organizarea grupului de suport reciproc);
* Suport în angajarea în câmpul muncii, recuperarea actelor personale, prezentarea intereselor în cadrul diferitor instanţe;
* Servicii profilactice şi informative pentru pacienţii încadrați în tratamentul farmacologic;
* Asigurarea conexiunii între serviciile instituţiei medicale IMSP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ şi cele ale A.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**4. Clauze finale**

4.1 Prezentul Acord de Colaborare întră 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, po**ș**tale** ș**i de plă**ț**i ale păr**ț**ilor:**

*„Organizatorul” ,,Colaboratorul”*

IMSP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa Adresa

c/f \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c/f \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c/d \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c/d \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BC BC

c/b c/b

Director\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Preşedinte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Anexa nr.9

# **Acord de colaborare între instituţii medicale şi Ispectoratul General de Poliţie pentru asigurarea continuităţii tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum(*model*)**

nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ mun. Chişinău

**Inspectoratul General de Poliţie**, ce activează în baza Hotărârii Guvernului Nr.283 din 24.04.2013 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Inspectoratului General al Poliţiei al Ministerului Afacerilor Interne (IGP), în persoana Şefului Inspectoratului General \_\_\_\_\_\_\_\_, numit în continuare **,,Partea 1,,** pe de o parte şi, **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 continuităţii 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 pacienţii înrolaţi în acest program în modul stabilit, conform volumurilor şi indicaţiilor individuale, iar Partea 2 se obligă să asigure suportul metodologic şi medicamentul pentru pacient în caz de necesitate pe perioada aflării în custodia IGP. Tratamentul se face în conformitate cu Potocolul Clinic Național, Regulamentul de Asistenţă a pacienţilor aflați în tratament, instrucţiunea de asigurare a medicaţiei, care este parte anexă la prezentul Acord şi standardele naţionale şi internaţionale de tratament în vigoare.

**2. VALOAREA ACORDULUI ŞI MODALITATEA DE PLATĂ**

2.1 Aplicarea prevederilor acordului nu implică costuri financiare.

**3. DREPTURILE ŞI OBLIGAŢIILE PĂRŢILOR**

3.1 **Partea 1 se obligă:**

3.1.1. Să asigure examinarea medicală a deţinuţilor cu evaluarea inclusiv a sănătăţii narcologice, conform ordinului MAI nr.384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reţinute şi aflate în IDP al CPR” până la şi după reţinere. **Să asigure accesul** pacienţilor aflați la tratament, confirmaţi prin comunicarea cu medicul psihiatru-narcolog responsabil, **la administrarea zilnică a medicamentului** pe perioada aflării în custodia IGP, ca obligaţie de asigurare a dreptului la cel mai înalt standard de sănătate şi de prevenire a relelor tratament şi a torturii în detenţie.

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

3.1.3. În caz că dispune în stoc de medicament în forma prescrisă, să asigure medicaţia, conform prescripţiilor specialistului din resursele proprii, în condiţiile Ordinului MAI nr.31 din 27 ianuarie 2004 „Despre instituirea, amenajarea şi înzestrarea punctului medical al comisariatului de poliţie raional”.

3.1.4. Să nu discrimineze şi 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 şi documentarea adecvată a utilizării zilnice de către pacient a medicamentului, precum şi raportarea acestea conform cerințelor.

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

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

3.1.8 Să asigure implementarea obligaţiilor conform prezentului acord prin aducerea actelor normative şi practicilor interne de numire a locului deţinerii de către organele de anchetă sau prin colaborare cu Judecătoriile de circumscripţie pentru asigurarea deţinerii sau transportării deţinutului/arestatului pacient în tratamentul farmacologic în izolatoarele comisariatelor din localităţile unde se asigură acest tratament.

3.2. **Partea 2 se obligă:**

3.2.1. Să asigure suportul metodologic şi specializat pentru identificarea schemei optime de tratament în dependenţă de asocierea medicaţiei 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 staţionar.

3.2.3. Să asigure raportarea Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lîngă Ministerul Sănătăţii, conform cerinţelor.

3.3. **Partea 1 are dreptul:**

3.3.1. Să ceară informaţii adăugătoare şi suport tehnic şi metodologic sau solicitarea specialistului în izolator pentru asigurarea calităţii actului medical prestat.

3.4. **Partea 2 are dreptul:**

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

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

**4. RĂSPUNDEREA PĂRŢILOR**

4.1 Pentru neexecutarea în modul cuvenit a obligaţiilor aferente prezentului Acord, părţile poartă răspundere în conformitate cu legislaţia în vigoare.

4.2 Părţile nu poartă răspundere, dacă imposibilitatea îndeplinirii prevederilor Acordului se datorează intervenţiei cazurilor de forţă majoră.

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

**5. TERMENUL DE VALABILITATE AL ACORDULUI**

5.1 Prezentul acord intră în vigoare la data semnării şi îşi produce efectele pe o perioada de pînă la \_\_\_\_\_\_\_\_. Acordul se consideră valabil pe viitor, dacă nici una din părţi nu a exprimat în scris, cu o săptămînă înainte de expirarea termenului de valabilitate, dezacordul de prelungire a Acordului.

5.2 Acordul poate fi reziliat înainte de termen: prin acordul reciproc al părţilor; din iniţiativa uneia din părţi cu un preaviz de nu mai puţin de 1 lună înainte de reziliere.

**6. DISPOZIŢII FINALE**

6.1 Nici una dintre Părţi nu are dreptul să transmită drepturile şi obligaţiile sale aferente prezentului Acord unei terţe persoane fără acordul preliminar în scris a celeilalte părţi.

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

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

6.4 Toate litigiile apărute între Părţi, în cazul imposibilităţii aplanării divergenţelor pe cale amiabilă, se vor soluţiona în conformitate cu legislaţia în vigoare a Republicii Moldova de către instanţele competente.

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

6.6 În situaţiile neprevăzute în prezentul Acord Părţile se vor conduce de legislaţia 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

Şef \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Director\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

# Anexa nr. 10

# **Instrucţiunea privind modalitatea de asigurare a continuităţii tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum persoanelor în instituţii medicale, sociale şi izolatoare de detenţie preventivă ale MAI**

În vederea îndeplinirii prezentei instrucţiuni se definesc următoarele noţiuni:

* Tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum, administrarea unei doze zilnice prescrise de medicamente opiate cu efecte de durată pacienţilor cu adicţie faţă 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 şi este inclusă în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum de către specialistul narcolog conform Protocolului Clinic Naţional.
* În contextul acordului dat sunt eligibili pentru asigurare cu metadonum sau buprenorfinum doar pacienţii care se află deja în tratament. Pacienţii primari cu sindrom de sevraj de consum de opiacee vor fi trataţi ca urgenţe medicale, conform standardelor în vigoare şi li se va asigura accesul la servicii de ambulanţă şi tratament de urgenţă.
* Îndeplinirea acestei instrucţiuni este importantă pentru a asigura dreptul pacientului la tratament calitativ, continuu şi conform indicaţiilor medicului psihiatru-narcolog care supraveghează pacientul în tratament farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum pe perioada când acesta este internat/plasat/deţinut staţionar în instituţie medicală, socială sau izolator de detenţie preventivă. În acelaşi timp instrucţiunea din anexă la prezentul acord vine să asigure respectarea cerinţelor de control a circulaţiei substanţelor stupefiante şi psihotrope, conform prevederilor normativelor în vigoare.
* În concordanţă cu Acordurile de Colaborare încheiate şi cu prezenta instrucţiune, Inspectoratul General e Poliţie prin actele sale interne va asigura transportarea şi deţinerea deţinuţilor/arestaţilor care necesită tratament în izolatoarele din localităţile 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 substituţie în condiţii de detenţie constituie o formă particulară de rele tratamente şi posibil tortură, inclusiv când ele ar putea fi folosite ca metodă de obţinere 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 „administraţia locului de detenţie are obligaţia de a asigura asistenţa medicală relevantă persoanelor de ţinute” şi a găsit statul în violare a dreptului absolut de a nu fi supus tratamentelor rele, inumane şi 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 deţinut**

* **Comunicarea**

Comunicarea calitativă este foarte importantă şi este garanţia asigurării tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum adecvat.

Etapele şi acţiunile posibile în procesul de comunicare.

* Pacientul internat în spital, instituţie rezidenţială sau izolator de detenţie preventivă ***comunică că este beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum***. În acest moment apare obligaţia persoanei publice (lucrător medical, lucrător al organului de drept) de a verifica şi 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 instituţia la care primeşte tratamentul, unde este indicată schema de tratament şi ***informaţia de contact a medicului responsabil***. Pentru cazuri de urgenţă (pacient în comă despre care se presupune că ar fi in tratament cu Methadonum sau Buprenorphinum sau cu conştiinţa obnubilată) informaţia o prezintă rudele, reprezentanţii legali sau însoţitorii, că pacientul este beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum).
* Persoana responsabilă de tratamentul persoanei (şeful secţiei și/sau medicul, directorul internatului, poliţistul de gardă sau felcerul izolatorului de detenţie preventivă ***face legătura*** cu medicul din instituţia medicală care supraveghează pacientul, beneficiar a tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum.
* Se confirmă la telefon doza şi schema de tratament. Medicul curant informează despre tratamentul planificat pentru maladia tratată în staţionar, durata estimată a spitalizării, iar medicul psihiatru-narcolog consultă în măsura competenţelor compatibilitatea şi ajustările necesare în ***tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum***. La necesitate se planifică şi se convoacă o şedinţă consultativă pe marginea schemei generale de tratament pe perioada aflării în spital.
* Rezultatele comunicării iniţiale se documentează în documentaţia medicală a pacientului (Fişa medicală a bolnavului de staţionar f. 003/e cu anexele - zilnic, foaie de prescripţii medicale, foaie de indicatori principali ai stării bolnavului, ş.a.) sau a deţinutului (conform Ord. MAI nr. 384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reţinute şi aflate în IDP al CPR”) şi conţine ca minim următoarea informaţie:
  + - Data şi ora comunicării la telefon (primul contact şi convorbiri ulterioare)
    - Data şi ora întâlnirii specialiştilor/personalul din izolator (dacă este relevant)
    - Informaţia obţinută din comunicare, inclusiv doza zilnică, perioada estimată şi la necesitate recomandările de ajustare conform tratamentului condiţiei de bază
    - Informaţia din cartela pacientului aflat în tratamentul farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum

**Asigurarea tratamentului farmacologic cu Methadonum sau Buprenorphinum:**

* Instituţiile medicale sau izolatoarele care au Methadonum și/sau Buprenorphinum în stoc pentru necesităţile de tratament vor asigura acesta din resursele proprii conform actelor normative in vigoare, după confirmarea că pacientul se află la tratament.
* Pentru instituţiile care nu au Methadonum și/sau Buprenorphinum în stoc, pentru spitalizările sporadice, tratamentul farmacologic va fi asigurat zilnic de către lucrătorii instituţiei medicale responsabile, conform acordurilor de colaborare interinstituţională.
* Spitalelor sau instituţiilor mari care asigură medicaţie analgezică, inclusiv în secţii de oncologie, traumatologie, cardiologie, li se recomandă revizuirea practicilor interne de medicaţie pentru a asigura procurarea programată a metadonei și/sau buprenorfinei, care este recomandată la nivel internaţional şi ca un remediu sigur şi eficient în managementul durerii.
* Eliberarea se face de către lucrătorul instituţiei care asigură tratamentul, conform tabelului 1 cu semnătura pacientului şi a responsabilului din secţie sau izolator care primeşte medicamentul.
* Transportarea se va efectua din resursele IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și/sau instituţia medicală care asigură acest tratament.
* Instituţiile medicale şi/sau izolatoarele care asigură condiţiile de păstrare a substanţelor stupefiante conform cerinţelor din HG Nr.128 din 06.02.2006 „Cu privire la aprobarea Cerinţelor tehnice faţă de încăperile şi obiectivele în care se păstrează substanţe stupefiante, psihotrope şi/sau precursori” pot primi medicamentul în cantitate pentru 5 zile asigurând administrarea zilnică cu documentarea relevantă (vezi prevederile de evidenţă şi raportare mai jos).
* Administrarea dozei zilnice se face personal de către lucrătorul medical al instituţiei care asigură acest tratament cu inscripţiile necesare în documentaţia standard. În acest caz instituţia notează inscripţia în fişa de observaţie (f. 003/3) şi fişa de examinare medicală a persoanei reţinute, fără înscriere în foaia de prescripţii medicale.
* În cazul în care administrarea zilnică se face de către personalul abilitat din instituţia în care este internat/reţinut pacientul, se fac înscrierile necesare în foaia de prescripţii medicale la fiecare doză, cu semnătura medicului, asistentului şi pacientului în modul stabilit.
* Evidenţa şi administrarea tratamentului se face conform actelor normative în vigoare (înscrierile în fişa de observaţie – formular 003e, fişa de indicaţie cu semnăturile obligatorii ale medicului care a indicat, asistentul medical şi pacientul care a primit doza indicată.
* La eliberarea din staţionar și/sau izolator, în cazul stocului de medicament instituţia și/sau izolatorul se obligă să comunice şi 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.

# Anexa nr.11

# **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 circulaţia substanţelor stupefiante şi psihotrope şi a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.

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

Numele, Prenumele medicului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Anexa nr.11/1

# **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 circulaţia

substanţelor stupefiante şi psihotrope şi a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.

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

Numele, Prenumele medicului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Anexa nr.12

# **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 ~~µ~~ 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 abstinența | Poate induce starea de abstinență la prima administrare. Sindromul de abstinență 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 abstinență este aceeași în cazul ambelor preparate | Intensitatea sindromului neonatal de abstinență este mai slab |

**Reacţii adverse legate de tratament, raportate în studiile clinice cu Buprenorphinum**

**şi supravegherea după punerea pe piaţă**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sisteme şi clase de organe** | **Foarte frecvente** | **Frecvente** | **Mai puţin frecvente** | **Necunoscute** |
| *Infecţii şi infestări* |  | Gripă  Infecţie  Faringită  Rinită | Infecţie a tractului urinar  Infecţie vaginală |  |
| *Tulburări hematologice şi limfatice* |  |  | Anemie  Leucocitoză  Leucopenie  Limfadenopatie  Trombocitopenie |  |
| *Tulburări ale*  *sistemului*  *imunitar* |  |  | Hipersensibilitate | Şoc anafilactic |
| *Tulburări metabolice şi de nutriţie* |  |  | Scăderea apetitului  alimentar  Hiperglicemie  Hiperlipidemie  Hipoglicemie |  |
| *Tulburări psihice* | Insomnie | Anxietate  Depresie  Scăderea  libidoului  Nervozitate  Tulburări de  gândire | Vise neobişnuite  Agitaţie  Apatie  Depersonalizare Dependenţă de droguri  Stare euforică Ostilitate | Halucinaţii |
| *Tulburări ale sistemului nervos* | Cefalee | Migrenă  Ameţeli  Hipertonie  Parestezie  Somnolenţă | Amnezie  Hiperchinezie  Criză convulsivă Tulburări de vorbire  Tremor | Encefalopatie  hepatică  Sincope |
| *Tulburări oculare* |  | Ambliopie  Tulburări  lacrimale | Conjunctivită  Mioză |  |
| *Tulburări ale urechii şi labirintului* |  |  |  | vertigo |
| *Tulburări*  *cardiace* |  |  | Angină pectorală Bradicardie  Infarct miocardic Palpitaţii  Tahicardie |  |
| *Tulburări*  *vasculare* |  | Hipertensiune  arterială  Vasodilatare | Hipotensiune  arterială | Hipotensiune  arterială  ortostatică |
| *Tulburări respiratorii, toracice şi mediastinale* |  | Tuse | Astm bronşic  Dispnee  Căscat | Bronhospasm  Depresie  respiratorie |
| *Tulburări gastro- intestinale* | Constipaţie  Greaţă | Dureri abdominale  Diaree  Dispepsie  Flatulenţă  Vărsături | Ulceraţie bucală Modificarea culorii limbii |  |
| *Tulburări*  *hepatobiliare* |  |  |  | Hepatită  Hepatită acută  Icter  Necroză  hepatică  Sindrom  hepatorenal |
| *Afecţiuni cutanate şi ale ţesutului subcutanat* | Hiperhidroză | Prurit  Erupţie cutanată  tranzitorie  Urticarie | Acnee  Alopecie  Dermatită  exfoliativă  Piele uscată  Noduli | Angioedem |
| *Tulburări musculo- scheletice şi ale ţesutului conjunctiv* |  | Durere de spate Artralgie  Spasme musculare Mialgie | Artrită |  |
| *Tulburări renale şi ale căilor urinare* |  | Anomalii urinare | Albuminurie  Disurie  Hematurie  Nefrolitiază  Retenţie urinară |  |
| *Tulburări ale aparatului genital şi sânului* |  | Disfuncţie erectilă | Amenoree  Tulburări de ejaculare  Menoragie Metroragie |  |
| *Tulburări generale şi la nivelul locului de administrare* | Sindrom de sevraj | Astenie  Dureri toracice Frisoane  Pirexie  Stare generală de rău  Dureri  Edem periferic | Hipotermie | Sindrom de sevraj  neonatal |
| *Investigaţii*  *Diagnostice* |  | Teste anormale ale funcţiei hepatice Scădere în greutate | Creşterea  concentraţiei  creatininei în sânge | Transaminaze  crescute |
| *Leziuni, intoxicaţii şi complicaţii legate de procedurile utilizate* |  | Leziuni | Accident vascular cerebral cauzat de căldură |  |

# Anexa nr.13

**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 frisoane sau fierbințeală

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

3 – Picături de transpirație pe față și/sau sprîncene

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 decît se obișnuiesște 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 mîinile 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 cască în fiecare minut

10. Anxietate și/sau Iritabilitate

0 – Nu se depistează

1 – Pacientul relatează depsre 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 încît 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

# Anexa nr.14

# **SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE**

**(scală de autoevaluare, completată de pacient)**

**Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)**

**Instrucţiuni:**

Citiţi fiecare întrebare în parte. Răspundeţi la întrebare după felul în care aceasta caracterizează starea Dumneavoastră în momentul de faţă. Alegeţi răspunsurile prin încercuire. Dacă aveţi nelămuriri întrebaţi medicul.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Deloc | Puţin | Moderat | Semnificativ | Foarte tare |
| 1 | Sunt neliniştit(ă), îngrijorat(ă) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Vreau să casc, îmi vine să casc | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Am transpiraţie, 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, senzaţie de fierbinţeală | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Am bufeuri de frig, senzaţie de rece | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Am dureri în muşchi şi/sau articulaţii | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Nu îmi pot găsi locul, sunt neastîmpărat(ă) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Am senzaţie de greaţă | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Îmi vine să vomit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Am zvîcnituri, ticuri la muşchi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Am dureri şi strîngeri în stomac | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Mă simt aşa 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 conţine 16 itemi. Intensitatea fiecărei afirmaţii este apreciată de respondent pe un interval de 5 puncte.

Gradarea are loc în felul următor:

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

Interpretarea scorului:

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

# Anexa nr.15

# **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 responasabilă 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 cunoaşte |
| 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 cunoaşte |
| - Asistența medicală în cadrul secției consultative a IMSP Spitale Raionale/Municipale, acordate de către medical specialist narcolog | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaşte |
| - Asistenta medicala spitaliceasca | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaşte |
| Screening-ul dependenței de droguri sau alte substanțe psihoactive (testul audit) | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaşte |
| Data internării în spital | DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut |
| - semne de pericol vital | 0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaşte. |
| **DIAGNOSTICUL** | |
| Evaluarea persoanelor cu risc de dependență față de droguri sau alte substanțe psihoactive: | nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9 |
| Eriditatea 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 ŞI MEDICAŢIE** | |
| Data externării | Include si 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 sustinere | 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; |

# Anexa nr.16

# **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 uşoară şi majoritatea pacienţilor se însănătoşesc destul de repede, ea poate prezenta şi o ameninţare serioasă pentru o anumită categorie, inclusiv pentru oamenii vârstnici şi cei care au o imunitate precară sau comorbidităţi.

Pandemiile şi situaţiile de urgenţă în sănătate, asemănătoare focarului actual de COVID-19, pot costa numeroase vieţi şi crea riscuri suplimentare pentru economia globală, stabilitatea şi 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 protecţia sănătăţii populaţiei, dar şi 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,
* asistenţă psihosocială,
* tratament farmacologic.

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

* asigurarea securităţii personalului şi pacienţilor în cadrul serviciilor medicale;
* prestarea serviciilor în aşa 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 maladiei COVID-19 şi dotarea lor cu mijloace de protecţie corespunzătoare.
* Respectarea curăţeniei şi a igienei în încăperi presupune:
* ştergerea cu regularitate a suprafeţelor şi obiectelor cu dezinfectanţi;
* spălarea permanentă şi minuţioasă a mâinilor de către personal şi oamenii care frecventează serviciile respective;
* prezenţa dozatoarelor pentru dezinfectarea mâinilor în locurile vizibile din încăperi, umplerea cu regularitate a dozatoarelor;
* expunerea la vedere a informaţiei despre necesitatea spălării mâinilor;
* asigurarea accesului pentru personal şi pacienţi către locurile unde îşi pot spăla mâinile cu apă şi săpun;
* punerea la dispoziţie a informaţiei despre mijloacele de protecţie;
* terapia farmacologică neîntreruptă se efectuează conform protocolului clinic național;
* programe corectate în baza cerinţelor carantinei din momentul apariţiei 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 şi pentru alţii;
* pregătirea în mod prealabil a dozelor pentru fiecare pacient pentru a scurta timpul de aşteptare;
* planificat timpul de primire în aşa fel ca numărul de pacienţi primiţi zilnic care au acces la servicii să fie mic;
* beneficiarii terapiei substitutive au avut acces și la consultanţă la distanţă;
* site-ul de terapie substitutivă a optimizat timpul de lucru pentru a corespunde cerinţelor distanţării sociale provocate de COVID-19;
* organizarea serviciilor de curieri pentru livrarea terapiei substitutive acasă pacienţilor cu necesităţi speciale şi celor care suportă cursul de tratament anticovid la domiciliu.

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

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

În această perioadă grea de criză pandemică este o şansă de a ne amintine valoarea general umane şi a îndrepta eforturile noastre comune către unul şi acelaşi scop, ţinând cont de fiecare, inclusiv persoanele consumatoare de stupefiante şi care suferă de dependenţă, precum şi a membrilor familiilor acestora.

In 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 respondenti, 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

1. Preliceanu D, Cicu G, 2010. *Ghidul Clinic de Tratament Substitutiv al Dependentei de Opiacee*. Editura Asociatiei Psihiatrice Romania, Bucuresti
2. Subata, E. şi alţii, 2010, *Protocol Clinic pentru medicii-psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonum al Dependenţei de Opiacee*, Asociaţia Psihiatrică Lituaniană,

http://www.vplc.lt/images/files/protocol\_methadone\_LT\_2010\_02\_02.pdf.

1. Subata E., 2012, *Evaluarea serviciului Terapiei de Substituţie cu Opiacee din Republica Moldova*, cu suportul Centrului PAS, UNODC Moldova şi OMS Moldova, doc. Intern
2. UNODC, Principii de tratament al dependenţei de droguri 2008, pag. 1 / UNODC, Principles of Drug Dependence Treatment 2008, pg. 1, Adicţia de Droguri – boală medicală cronică, Yale, 2009, pag. 2 / Drug Dependence, a Chronic Medical Illness, Yale, 2009, pag. 2
3. 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).

1. 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).
2. 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.intnhiv/pub/prev\_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).
3. 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).
4. 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.
5. 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.
6. WHO, 2009, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, World Health Organisation Press, http://www.who.int/substance\_abuse/ *pub*lications/opioid\_dependence\_guidelines.pdf
7. 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](http://www.who.int/substanceabuse/publications/treatment/en/index.html)

1. 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.
2. Rhodes T, Simic M. 2005,Transition and risk environment. *BMJ.*
3. Sambamoorthi U et al. 2000, Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*.
4. UNODC, 2008. Treatment Capacity Building Package.
5. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC documents.html

Ordinul MS 1043 a.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea şi evidenţa persoanelor antrenate în consum de droguri şi de alte substanţe psihotrope

http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=345139

1. 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;
2. POLICY BRIEF: REDUCTION OF HIV TRANSMISSION IN PRISONS http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf,
3. 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;
4. http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf, accessed 17 April 2006).
5. 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;
6. WHO. 1974, *WHO expert committee on drug dependence.* Geneva, WHO, (WHO Technical Report Series No. 551).
7. 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).
8. LEGEA Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecţia datelor cu caracter personal, HG Nr. 1123 din 14.12.2010 privind aprobarea Cerinţelor faţă de asigurarea securităţii datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaţionale de date cu caracter personal ????
9. GUVERNUL HOTĂRÎRE Nr. 128 din 06.02.2006 cu privire la aprobarea Cerinţelor tehnice faţă de încăperile şi obiectivele în care se păstrează substanţe stupefiante, psihotrope şi/sau precursori

http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315077

1. http://www.amed.md/tc\_userfiles/file/Legislatie/Ordine%20MS/Ordinul%20M

S%2071%20din%2003\_03\_99%20Evidenta%20stupefiante.pdf

1. Domeniu de reglementare de către convenţiile internaţionale privind drepturile omului CEDO, CAT, CPT, legislaţia naţională 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 evidenţă medicală primară
2. Ordinului Ministerului Sănătăţii nr.1043 din 18.10.2012Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea,înregistrarea şi evidenţa persoanelor antrenate în consum de droguri şi de alte substanţe psihotrope.
3. Legea Ocrotirii Sănătăţii nr.411 din 28.03.1995 (articolul 17, 28, 35, 43)
4. Legea nr.713 din 06.12.2001 Privind controlul şi prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri şi de alte substanţe psihotrope (articolul 4)
5. Legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulaţia substanţelor narcotice şi psihotrope şi a precursorilor.
6. Ordinul nr.478 din 09.07.2011 cu privire la aprobarea Regulamentului Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lîngă Ministerul Sănătăţii
7. Ordinul nr.71 din 03.03.1999 cu privire la păstrarea, evidenţa şi eliberarea produselor şi substanţelor.
8. Wesson D.R., Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003;35(2):253-9.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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>
13. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US.
14. Clinical Guidelines for the Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction – A Treatment Improvement Protocol TIP 40, 2004.
15. 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.
16. Opioid Substitution Therapy under National AIDS Control Programme – Clinical Practice Guidelines for Treatment with Buprenorphine, Public Health Foundation of India, 66pp, 2014.
17. 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
18. 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.
19. 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
20. 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>
21. 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>
22. 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

1. 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
2. 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).
3. 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
4. In (National Institute on Drug Abuse), 2018: Principles of Drug Addiction Treatment: A
5. 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
6. IBBS (Studiu Integrat Biocomportamental), 2016: Raportul studiului în rîndul grupurilor cu risc sporit de infectare cu HIV în republica Moldova, Centru PAS, Chișinău, https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/72
7. 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
8. Hotărârea de Guvern Nr. 482 din 18-06-2001 cu privire la măsurile de profilaxie şi combatere a infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\_id=74744&lang=ro
9. Hotărârea de Guvern Nr. 1164 din 22.10.2016 cu privire la Programul naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020, http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=367272&lang=1
10. Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1343 din 24.11.2014 cu privire la extinderea tratamentului de substitutie cu Methadonum, http://old2.ms.gov.md/?q=legislatie/ordin-nr-1343-24112014-privire-extinderea-tratamentului-substitutie-Methadonum
11. WHO (World Health Organisation), 2018: ICD XI - International Clasification of Diseases: 06, WHO, Geneva, https://www.who.int/classifications/icd/en/
12. EMCCDA (Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie), 2016: Preventing overdose deaths in Europe, EMCDDA, Lisbon, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD\_Preventing%20overdose%20deaths.pdf
13. 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.
14. 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/
15. 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
16. 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
17. NICE (National Institutute 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>

1. <https://zakononline.com.ua/documents/show/35713___668594?fbclid=IwAR0pGP2DgKPC2_nfKxR9N9_NMSiNxAi4kKxJdkH341CBFfR3sbUK9R4Rpl4> [↑](#footnote-ref-1)