



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCHI ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

Protocol clinic național

PCN - 225

Chișinău, 2018

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 22.11.2017, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
nr. din 2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tratamentul farmacologic
al dependenței de opiacee”**

Elaborat de colectivul de autori:

Mihail Oprea	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Ghenadie Zaporozjan	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Mircea Revenco	USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Nastas	USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Oprea	USMF „Nicolae Testemițanu”
Mihail Moroșanu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Anatol Marandici	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Petru Oprea	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Aliona Ovcearenco	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Lilia Fiodorova	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Stanislav Grosu	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Victor Ianovschi	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Vasilisa Covalschi	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Ala Iațco	Președintele Uniunii pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
Ina Teaci	Coordonator de proiect UNODC Moldova
Svetlana Plămădeală	Coordonator UNAIDS Moldova
Lucia Pîrțînă	Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate
Tatiana Cotelea-Harea	Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Recenzenti oficiali:

Victor Ghicavî	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1 Diagnosticul: Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee	4
A.2 Codul bolii (CIM 10): F11.0 - F11.9	4
A.3 Utilizatorii	4
A.4 Scopurile protocolului	4
A.5 Data elaborării protocolului	5
A.6 Data următoarei revizuirii	5
A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea PCN	5
A.8 Definițiile folosite în document	6
A.9 Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)	10
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	12
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	13
C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului	13
C 1.2 Algoritm de tratament farmacologic cu metadonum	14
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	15
C 2.1 Profilaxia	15
C.2.2.1 <i>Screening-ul</i> dependenței de opiacee	15
C.2.3 Conduita pacientului în TFM	15
C.2.3.1 <i>Anamneza</i>	15
C.2.3.2 <i>Manifestările clinice</i>	16
C.2.3.3 <i>Diagnostic</i>	18
C.2.3.4 <i>Diagnosticul diferențiat</i>	18
C.2.3.5 <i>Prognostic</i>	19
C. 2.3.6 <i>Criterii de spitalizare</i>	19
C.2.3.7 <i>Tratament farmacologic cu metadonum</i>	19
C.2.3.7.1 <i>Criterii pentru prescrierea metadonei la domiciliu</i>	22
C.2.3.7.2 <i>Asigurarea continuității tratamentului în cazul imposibilității de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective</i>	23
C.2.3.7.3 <i>Particularitățile de aplicare a TFM în cazul pacienților cu maladii infecțioase</i>	23
C.2.3.8 <i>Supravegherea</i>	24
C.2.3.9 <i>Reabilitarea psiho-socială</i>	25
C.2.4. Complicațiile	25
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PCN	26
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	27
Anexa 1 Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu metadonum	29
Anexa 2 Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu buprenorfinum	38
Anexa 3 Acordul între pacient și IMSP care aplică tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee	40
Anexa 4 Chestionar de colectare a informației inițiale în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee	41
Anexa 5 Instrucțiuni pentru medicii psihiatri-narcologi și psihologi privind tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu metadonum sau buprenorfinum	42
Anexa 6 Strategia Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile	44
Anexa 7 Acord de parteneriat cu asociația obștească	46
Anexa 8 Acord de colaborare între instituții medicale și IGP pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	50
Anexa 9 Instrucțiunea privind modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic al cu metadonum /buprenorfinum persoanelor în IMS, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI	53
Anexa 10 Cartela beneficiarului de tratament farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	56
Anexa 11 Caracteristicile și reacțiile adverse a tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	57
Anexa 12 Scala clinică a sevrajului la opiacee	60
Anexa 13 Scala de evaluare subiectivă a sevrajului la opiacee	62
Anexa 14 Fișa standardizată de audit medical	63
BIBLIOGRAFIE	64

ABREVIERILE UTILIZATE ÎN PROTOCOL

CDI	Consumator de droguri injectabile
HIV	Virusul imunodeficienței umane
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
SIDA	Sindromul imuno-deficienței achiziționate
USMF „Nicolae Testemițanu”	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
UNAIDS	Agenția ONU pentru HIV/SIDA
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
UNODC	Agenția Națiunilor Unite împotriva Drogurilor și a Criminalității

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, în colaborare cu organizațiile internaționale și naționale active în domeniu.

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

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

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

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

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

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

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

A.3 Utilizatorii:

- Centrele Medicilor de Familie (medicii de familie);
- Centrele de Sănătate (medicii de familie);
- Secțiile consultative a spitalelor raionale și municipale (medicii psihiatri-narcologi);
- Asociațiile medicale teritoriale mun.Chișinău (medicii de familie);
- IMSP DRN (medici psihiatri-narcologi, psihologi, psihoterapeuți și lucrători sociali);
- Departamentul Instituțiilor Penitenciare (medici psihiatri-narcologi).

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

A.4 Scopurile protocolului:

- A spori ponderea persoanelor care vor renunța la consumul de droguri injectabil și se vor reintegra în societate.
- A spori ponderea consumatorilor de droguri injectabile încadrați în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
- A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C și HIV/SIDA printre consumatorii de droguri injectabile.
- A crește eficacitatea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee prin prevenirea

recăderilor, și prin menținerea abstenenței, reintegrarea socială, familială, profesională, precum și ameliorarea stării generale a sănătății.

- A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre consumatorii de droguri injectabili.
- Reducerea compartimentului criminogen.






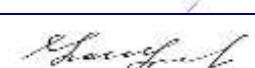
A.5 Data elaborării protocolului: 2018

A.6 Data următoarei revizuirii: 2020

A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Mihail Oprea	director, IMSP DRN, Președintele Comisiei de Specialitate a MS
Ghenadie Zaporozjan	vice-direcator al IMSP DRN
Anatol Nacu	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	d.h.ș.m., profesor universitar Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Nastas	d.m., conferențiar universitar Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Oprea	d.m., conferențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mihail Moroșanu	d.m., conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Anatol Marandici	medic psihiatru-narcolog superior, IMSP DRN
Petru Oprea	șef secție dispensar al IMSP DRN
Aliona Ovcearenco	șef Centru de Reabilitare pentru Narcomani al IMSP DRN
Lilia Fiodorova	medic psihiatru-narcolog IMSP DRN
Stanislav Grosu	medic psihiatru-narcolog IMSP DRN
Victor Ianovschi	psiholog, IMSP DRN
Vasilisa Covalschii	psiholog, IMSP DRN
Ala Iațco	Președintele Uniunii pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
Ina Tcaci	Coordonator de proiect UNODC Moldova
Svetlana Plămădeală	Coordonator UNAIDS Moldova
Lucia Pîrțînă	Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate
Tatiana Cotelea-Harea	Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Comisia Științifico-Metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8 Definițiile folosite în document

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

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

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

Dezintoxicarea este o intervenție medicală pe termen scurt, o primă etapă a tratamentului farmacologic al dependenței. Primul ei scop este acela de îndepărtare a substanței din organism. În detoxifiere se urmărește combaterea simptoamelor de sevraj, a nevoiei de consum și refacerea fizică a pacientului.

Substituția presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanță cu proprietăți similare, licită, în scopul reducerii riscurilor asociate consumului ilicit.

Metadona* este un opiacee sintetic potent, efectul farmacologic al căruia este similar celui produs de morfină. Metadona* este biodisponibilă atunci când este consumată pe cale orală sau parenterală. Efectul principal al metadonei este exprimat prin receptori și este similar celui produs de opiacee endogen cum ar fi encefalina și endorfina. Metadona* sporește eliminarea unor neuromediatorii: acetilcolina, noradrenalina și dopamina. Constatările recente denotă faptul că Metadona* poate spori concentrația de serotonină în sinapse, prin urmare, folosirea concomitentă a altor medicamente care, la fel, sporesc concentrația de serotonină în sinapse (inhibitori selectivi de reabsorbție a serotoninei, noua generație de medicamente contra migrenei, etc.) necesită o ajustare precaută¹. În cazul în care persoanele cu dependență de opiacee primesc Metadona* într-o doză adecvată, aceasta, de obicei, duce la o scădere în dorința de a utiliza heroina și alte opiacee, elimină simptomele de sevraj de opiacee și blochează efectele euforice ale altor medicamente sau substanțe opiacee.

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

Buprenorfina este un agonist-antagonist al receptorilor opioizi (agonist al receptorilor opioizi, și antagonist al receptorilor kappa). În doze mici stimulează acești receptori, iar în doze mari îi inhibă. Buprenorfina reduce necesitatea de consum a heroinei. Preparatul este administrat sublingual (consumul peroral este inefficient). Doza obișnuită constituie 4-16mg/zi. În cazul dependenței de opiacee, buprenorfina poate fi administrată după 4 ore de la ultimul consum de droguri. Doza inițială constituie 8-16mg/zi.

Supradoza este introducerea în organism a unei cantități de substanță mai mare decât poate

suporta acesta și care poate produce decesul.

A.9 Informația epidemiologică

Studiul statistic și literaturii de specialitate, asigură dovezi consecvente precum, că tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee în comparație cu alte metode de tratament, reduce semnificativ consumul de heroină și menține pacientul în tratament, reduce riscul de contaminare cu HIV/SIDA-infecție, hepatite virale, tuberculoză pulmonară, etc.

Este cunoscut faptul, că implementarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee a început cu mai mult de 50 de ani în urmă. Actual, la nivel mondial circa 800 000 consumatori de droguri injectabile beneficiază de tratamentul respectiv, din care în Europa se înregistrează peste 300 000 beneficiari, în SUA 180 000, Australia 20 000. În spațiul post-sovietic, acest tratament este implementat în Lituania, Letonia, Estonia, Azerbaidjan, Moldova, Georgia, Belarus, Uzbekistan, Tajikistan, Kazahstan și Ucraina.

Potrivit datelor furnizate de către IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, actual în Republica Moldova se înregistrează peste 12 000 consumatori de droguri, din care 3333 utilizează droguri injectabile, inclusiv 2800 administrează droguri opiacee.

Constatăm și faptul, că din anul 2002 tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee cu buprenorfinum a fost implementat în cadrul unui proiect în IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, iar din anul 2004 a fost implementat tratamentul farmacologic cu metadonum în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, ulterior în IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți, IMSP Spitalul Raional Cahul, Comrat, Soroca, Edineț, Ungheni, Fălești și Rezina, Departamentul Instituțiilor Penitenciare (13 instituții penitenciare, inclusiv 4 izolatoare de detenție preventivă).

Menționăm și faptul, că utilizarea substanțelor opiacee în Republica Moldova se află în concordanță cu răspândirea infecției HIV/SIDA, hepatitelor virale (B și C).

La 01.01.2017 numărul de persoane infectate cu HIV, înregistrate oficial constituie 11.043 persoane. În anul 2016 în Moldova au fost înregistrate 832 cazuri noi de infecție cu HIV, ce constituie 20,7 cazuri la 100 000 populație (16,97 pe malul drept și 48,66 pe malul stâng).

Din cauza disponibilității limitate a tratamentului farmacologic cu metadonum și/sau buprenorfinum și în alte teritorii administrative, formează riscul sporit de răspândire a maladiilor infecțioase, precum a infecției HIV, hepatitelor virale, tuberculozei pulmonare, etc., tratamentul cărora este de durată și costisitor.

În concluzie menționăm faptul, că beneficiile tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum sînt induiscutabile:

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

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară

Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	<p>Modificarea comportamentului riscant în aspectul respectării unui mod sănătos de viață care este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase. Prevenția primară a inițierii consumului de droguri este necesară persoanelor de vârstă tânără (de la 10 ani) odată cu apariția comportamentului agresiv, disperări în viață, anxietății, stărilor de mânie sau depresie, auto agresivității. Profilaxia primară constă în:</p> <ul style="list-style-type: none">● formarea laturii cognitive (de a ști, de a cunoaște despre urmările nefaste a consumului de droguri sau substanțe psihoactive cu efect similar drogurilor);● formarea laturii motivaționale, formative – de a forma motivații, atitudini și aptitudini pozitive de viață, de comportament sănătos;● formarea laturii afective (de a ști să fii sănătos, de a forma abilități, de a duce un mod de viață sănătos, aplicând metode de educație generală.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none">- Informare, educare și comunicare cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.- Identificarea persoanelor cu un comportament delincvent, cu consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante cu asigurarea ulterioară a consultației la medicul psihiatru-narcolog, la servicii de suport psihosocial și medical (grupuri de suport reciproc).- Asigurarea cu informații relevante. <p>(Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee – anexa 6)</p> <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none">- Diminuarea motivației în inițierea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.- Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor.- Evaluarea consumului de droguri în baza chestionarului standard, assist OMS (<i>anexa 4 Screening test</i>)- Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante cu privire la riscul apariției dependenței și consecințelor ulterioare al acesteia, precum și orientarea acestora către tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.
2. Screening	Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire, permite realizarea intervențiilor curative, calitative și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin dependență.	<p>Obligatoriu:</p> <p>Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate de consumul produselor/ substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, în mod respectuos, informând pe deplin necesitatea și beneficiile examinării, stimulând atractivitatea examinării medicale și calitatea serviciilor medicale.</p>

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 (<i>caseta 4</i>). -Tabloul clinic a consumului de opiacee (<i>caseta 5</i>).
3.2. Luarea deciziei vizavi de necesitatea consultației la medicul specialist	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee: a) consumul curent și anterior de droguri; b) prezența simptomelor caracteristice depresiei, agresivității, violenței, comportamentului delinvent, etc.	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee. Obligatoriu: Toate persoanele suspectate în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, necesită consultația medicului psihiatru-narcolog.

4. Tratamentul

4.1. Modificarea comportamentului riscant	Modificarea comportamentului riscant va contribui la ameliorarea sănătății și la micșorarea riscului de îmbolnăviri.	Obligatoriu: - Orientarea spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea unui mod sănătos de viață. - Referirea la medicul psihiatru-narcolog pentru medicație. Recomandat: - Diminuarea motivației inițierii consumului produselor/ substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin elucidarea consecințelor.
---	--	--

5. Supravegherea

5.1. Supravegherea medicală cu evaluarea ulterioară a riscurilor de îmbolnăvire prin dependență și maladii non-infecțioase	Periodicitatea vizitei la medic este direct proporțională cu starea sănătății a pacientului, în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale 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 (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	Modificarea comportamentului riscant prin respectarea unui mod sănătos de viață, care este benefic pentru sănătatea publică, și care va micșora riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase.	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none">- Informarea, educarea și comunicarea cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.- Identificarea persoanelor cu un comportament 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: <ul style="list-style-type: none">- Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor.- Diminuarea motivației de inițiere a consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.- Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante privind riscul apariției dependenței și a consecințelor acestora de comun cu societatea civilă și ONG-urile cointeresate.
2. Diagnostic		
2.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependența de droguri	Suspectarea dependenței impune supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, și asigurarea măsurilor de profilaxie și de medicație conform PCN	Obligativ: <ul style="list-style-type: none">- Anamneza (<i>caseta 4</i>).- Tabloul clinic în consum de opiacee (<i>caseta 5</i>).- Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 10</i>).- Estimarea rezultatelor în confirmarea adicției prin consum de opiacee și/sau alte substanțe. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none">- Analiza urinei, salivei și a sângelui pentru identificarea consumului de substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (<i>caseta 8</i>).
2.2. Stabilirea diagnosticului de dependență prin consum	Necesitatea de diagnosticare a dependenței prin consum de opiacee și determinarea dozei de	Obligativ: <ul style="list-style-type: none">- Anamneza (<i>caseta 4</i>).- Tabloul clinic în consum de opiacee (<i>caseta 5</i>).

de opiacee	stabilizare cu metadonum sau buprenorfinum.	- Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 10</i>). - Estimarea rezultatelor investigațiilor clinice și paraclinice cu confirmarea ulterioară a dependenței prin consum de opiacee.
2.3. Luarea deciziei privind necesitatea implicării în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	Stabilirea diagnozei, a comportamentului riscant, precum și a consecințelor medicale și sociale în acest sens, permit recomandarea tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.	Obligatoriu: Evaluarea condițiilor pentru includerea în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (<i>caseta 11</i>).
3. Tratamentul		
3.1. Asistența medicală în cazul dependenței de droguri și în modificarea comportamentului dependent	Modificarea comportamentului dependent este benefic pentru sănătatea publică și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin maladii infecțioase și noninfecțioase.	Obligatoriu: 1. Ședință de consiliere pentru inițierea tratamentului antidrug. 2. Prescrierea tratamentului medicamentos asistat. 3. Dezintoxicarea pentru ameliorarea sindromului de sevraj. 4. Orientare spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea modului sănătos de viață. Recomandabil: Respectarea modului sănătos de viață, implicarea în activitățile profesionale și sociale.
3.2. Tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum	Tratamentul în condiții de ambulator se efectuează în scopul creării unor abilități cognitive, care să favorizeze rezistența presiunii psiho-sociale, pentru controlul stresului emoțional în scopul creării abilităților de autorelaxare și a capacităților de comunicare interpersonală.	Obligatoriu: - Tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (<i>Caseta 15 și 16</i>). Recomandat: Program de Reducere a Riscurilor
3.3. Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială	Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială contribuie la formarea atitudinii critice a beneficiarului față de	Obligatoriu: 1. Psihoterapia rațională. 2. Psihoterapia sugestivă. 3. Psihoterapia cognitive comportamentală

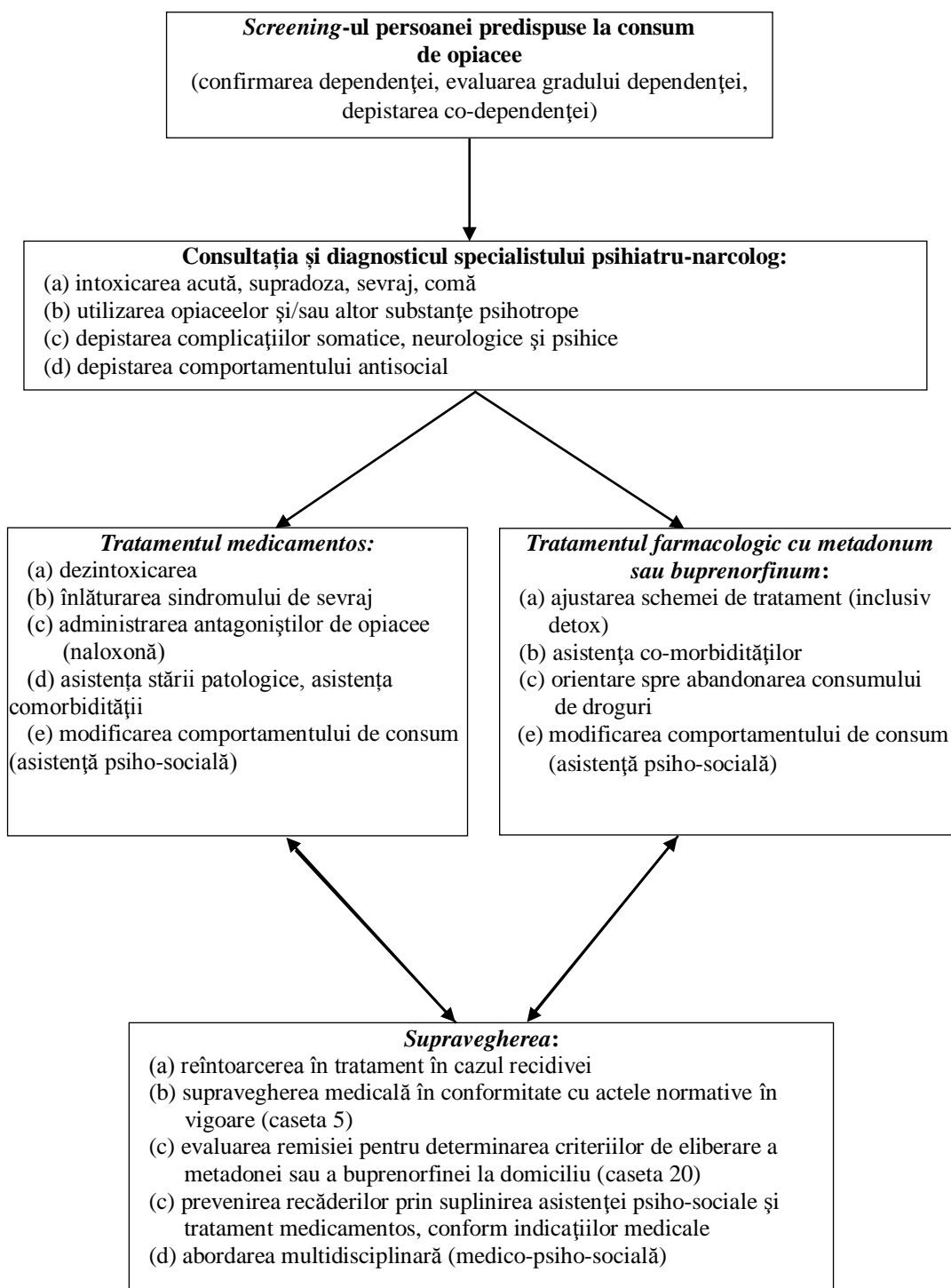
	problemele de sănătate, sociale, profesionale și familiale.	4. Asistența socială 5. Consilierea de la egal la egal 6. Grupul de suport reciproc
4. Supravegherea		
Supravegherea medicală în dinamică	Supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul de familie și cu alți specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social care va contribui la soluționarea multiplelor probleme legate de dependență.	Obligatoriu: Supravegherea medicală se va efectua în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească

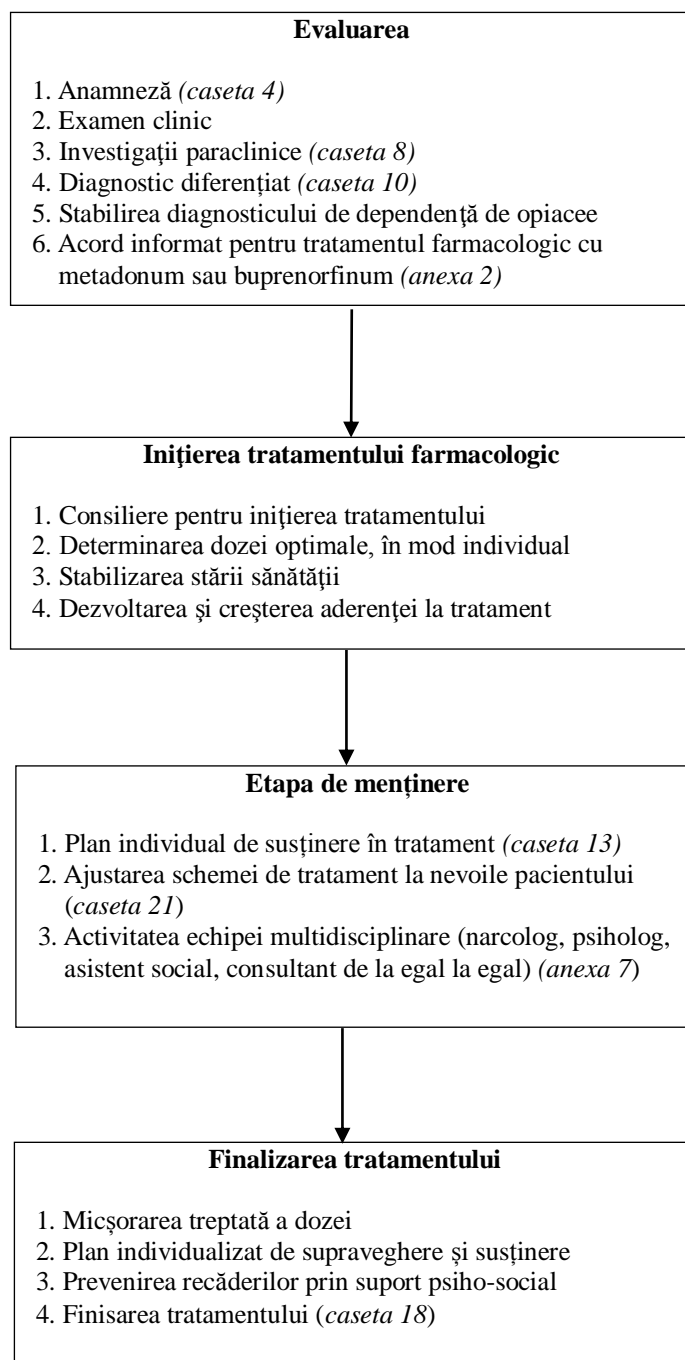
Screening-ul, diagnosticul și implicarea în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee nu este obligatoriu în condiții de spital.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului



C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu metadonum și/sau buprenorfinum



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C 2.1 Profilaxia

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

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

C.2.2.1 Screening-ul dependenței de opiacee

Caseta 1. *Screening-ul dependenței de opiacee*

1. *Screening-ul* privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică;
2. *Screening-ul* privind consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora se va efectua doar cu acordul informat al pacientului, iar rezultatele acestuia nu vor servi drept cauză categorică pentru sistarea tratamentului;
3. *Screening-ul* în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, în asociere cu analizele de urină, salivă, sânge, reflectă rezultatele tratamentului.

C.2.3 Conduita pacientului în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum

Caseta 2. *Efectele tratamentului farmacologic cu metadonum**

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

Caseta 3. *Efectele tratamentului cu buprenorfinum*

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

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

- Preparatul medical buprenorfinum deține o serie de avantaje în utilizare în cadrul tratamentului de substituție, documentate atât de literatura de specialitate, cât și enunțate de consumatorii de opiacee.
- Forma tabletată a buprenorfinei este avantajoasă datorită faptului că poate fi oferită mai ușor pentru consumul la domiciliu pentru câteva zile.

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 4. *Anamneza pacienților cu dependența de opiacee*

1. **Anamneza familiei** - ereditatea, boli psihice, alcoolism cronic, dependența de droguri.
2. **Anamneza vieții** - educația și condițiile de viață ale beneficiarului, studiile, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea față de viața în familie.
3. **Anamneza bolii** - la ce vârstă a consumat prima dată produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, primele cazuri de ebrietate pronunțată, particularitățile

stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecțiuni somatice și cu dereglări psihice; durata consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora până la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea de halucinații, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiunii.

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

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

C.2.3.2 Manifestările clinice

Caseta 5. *Tabloul clinic în consum de opiacee*

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

Etapele dezvoltării dependenței de opiacee:

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

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

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

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

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

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

A III etapă - etapa patologiei psihice și somatice cu modificări considerabile la nivel de psihicul pacientului. Dispepsia crește, lipsește complet pofta de mâncare, vome regulate, diaree cronică care duce la pierderea în greutate. Pacienții la acest stadiu al maladiei sunt apatici, slabi, cu tensiune arterială redusă, se încetinește ritmul cardiac, se pierde din coordonarea mișcărilor. Predomină astenia și adinamia. Se atestă îmbătrânirea 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 acești pacienți se observă în scădere proprietățile pronunțate a capacităților intelectual-mentale.

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

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

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

- Colectarea anamnezei privind produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.
- Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:
 - Lista substanțelor întrebuițate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive;
 - Vârsta pacientului în momentul începerii consumului;
 - Modalitatea de consum a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
 - Caracteristica consumului pe parcursul vieții (în ultima perioadă și în momentul examinării);
 - Schimbarea efectului substanțelor psiho-active în decursul timpului;
 - Anamneza toleranței, supradozei și a sindromului de sevraj;
 - Perioadele de abțință și tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
 - Complicațiile legate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora (hepatite, abcese, HIV/SIDA infecție.);
 - Probleme curente, inclusiv gradul de dependență;
 - Caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței.

Caseta 7. Tabloul clinic al supradozei

Se manifestă:

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

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

C.2.3.3 Diagnostic

Caseta 8. *Investigații paraclinice*

Obligatoriu:

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

Recomandat:

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

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

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

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

C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat

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

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

1. Diagnosticul diferențiat se va efectua în cazul consumului de:
 - benzodiazepine
 - psiho-stimulente: efedrine, α -PVP, catinone, cocaina;
 - alcool
 - steroizi anabolici
 - barbiturice
 - psilocibin
 - codeina, fentanil, oxicodona
 - cannabis, LSD
2. Diagnosticul diferențiat cu maladii psihice:

- schizofrenie
- depresie
- anxietate generalizată
- tulburare afectivă bipolară
- consecințele traumatismului cranio-cerebral
- retard mintal
- tulburare delirantă sau afectivă organică

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

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

1. Indicații relative:

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

C.2.3.5 Prognostic

Caseta 12. Prognosticul dependenței de opiacee:

Ca și în cazul altor afecțiuni cronice, dependența de opiacee are o evoluție progredientă, iar tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum 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 metadonum sau buprenorfinum nu este obligatoriu spitalizarea. Screeningul, diagnosticul, prescrierea și administrarea tratamentului se vor face în condiții de ambulator.

C.2.3.7 Tratament farmacologic al dependenței de opiacee

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

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

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

Semnarea Acordului (anexa 2).

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

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

Pe parcursul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee vor fi implicați: asistentul social, psihologul și consultantul de la egal la egal, inclusiv din cadrul asociațiilor obștești, care

prestează servicii de asistență psiho-socială persoanelor dependente în conformitate cu acordul de parteneriat (anexa nr.7).

Caseta 14. Durata tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum

- Menținerea în tratament pentru un termen lung – prescriere și stabilizare pentru 6 luni și mai mult. Dependența de opiacee este o patologie cronică, iar eficiența tratamentului se constată după administrarea îndelungată.
- Alegerea schemei tratamentului este în funcție de gradul de dependență, de starea de sănătate fizică și mentală, de situația curentă și suportul social. Doza optimă recomandată de OMS pentru metadonum este de 60-120 mg, buprenorfinum – 16mg.
- Detoxifierea pentru un termen scurt – durata 2 săptămâni.

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

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

Tabelul.1 Dozele de conversie a heroinei în metadonum pentru stabilirea dozei inițiale:

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

Schemele de detoxificare cu metadonum, 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. Inițierea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee cu metadonum pentru un termen de 6 luni și mai mult:

Este recomandat ca tamentul să se înceapă dimineța și la începutul săptămânii, astfel încât concentrația maximă să se realizeze pe perioada în care instituția medicală funcționează și se poate interveni.

1. Prin administrarea dozelor inițiale de metadonum se urmărește:
 - a reține pacientul în tratament;
 - a atenua sindromul de sevraj;
 - a asigura siguranța pacienților (evitând supradoza și decesul).
2. Doza inițială se stabilește în funcție de severitatea dependenței și nivelul de toleranță.
3. 20-30 mg sau o doză mai mică se consideră a fi nepericuloasă pentru o persoană cu o greutate a corpului de 70 kg, chiar în cazul în care persoana nu consumă opiacee.
4. Doză suplimentară de 5-10 mg poate fi administrată doar peste 3-4 ore după administrarea primei doze și/sau în cazul în care se manifestă sindromul de sevraj.
5. Doza de metadonum 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 metadonum, care este suficientă pentru a suprima manifestările sindromului de sevraj.

Caseta 16. Schema tratamentului cu buprenorfinum

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

Doza medie de buprenorfinum pe zi constituie 16mg (cîte 2mg de 8 ori, 8/2mg). După necesitate, mărirea dozei de buprenorfinum în următoarele zile poate fi pînă la 32/8mg (256 mg în decurs de 24 ore). Doza de buprenorfinum se apreciază pînă la stoparea sau micșorarea evidentă a dozei de opiacee consumată, lipsa dependenței de opiacee și simptomelor de abstenență, prezența unor efecte negative diminuate sau lipsa acestora în urma administrării buprenorfinei.

Doza poate fi micșorată peste fiecare 2-4 ore, dacă simptomele abstenenței se micșorează. În cazul trecerii de la tratamentul farmacologic cu metadonum la buprenorfinum, doza inițială de buprenorfinum se administrează peste 24-36 ore de la primirea ultimei doze de metadonum.

Prima zi sublingual se indică 8/2mg – 12/3mg, a doua zi – 8/2mg – 12/3mg, a 3 zi sublingual doza se micșorează pînă la 6/1,5mg.

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

Micșorarea dozei de buprenorfinum trebuie să fie cît mai îndelungată. Doza de buprenorfinum poate fi corectată măbind-o de la 2mg – 4mg pînă la 12-24mg, a doua zi după necesitate.

Caseta 17. Administrarea metadonei sau buprenorfinei în doze de întreținere

1. Doza de întreținere cu metadonum se stabilește în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este de 60-120 mg metadonum, iar buprenorfinum 16mg.
 2. Conform indicațiilor medicale, doza zilnică poate fi administrată în două prize.
- După stabilizarea stării sănătății, a schimbărilor pozitive în familie, a abandonării consumului de substanțe adiționale confirmate prin narcotestare, precum și excluderea riscului de folosire abuzivă a metadonei sau buprenorfinei, medicul poate recomanda eliberarea metadonei sau buprenorfinei pentru tratament la domiciliu (*caseta 20*).

Caseta 18. Finalizarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee

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

Ritmul de reducere a dozei urmează a fi coordonat cu pacientul. În cazul în care administrarea trebuie finalizată mai devreme, este posibil de întrerupt și de administrat terapia simptomatică (antidepresive, complex de vitamine etc).

Caseta 19. Reluarea tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee după întreruperea de scurtă durată

1. În cazul în care pacientul nu a administrat doza zilnică, determinată de medic - nu este necesar de modificat schema tratamentului;
2. Dacă pacientul nu a administrat doza prescrisă 2 zile consecutiv, se recomandă administrarea dozei obișnuite cu condiția că nu există semne de intoxicare;
3. În cazul în care pacientul nu a administrat medicamentul 3-5 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 5 zile consecutiv și mai mult, tratamentul va fi reluat ca în cazul unui pacient nou-venit.

C.2.3.7.1 Criterii pentru prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu

Caseta 20. Prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu și mecanismul de eliberare

1. Prescrierea metadonei sau buprenorfinei la domiciliu.

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

Obligatoriu:

- angajamentul continuu la tratament controlat – aderența la tratament cel puțin 4 luni;
- abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul tratamentului, confirmat prin screening;
- stabilizarea stării sănătății.

Adițional (avantaje):

- stabilitatea socială: angajarea în câmpul muncii și/sau continuarea studiilor în instituții de învățământ;
- situația familială favorabilă: mediul familial de suport sau progres în ameliorarea situației familiale;
- receptivitatea și cooperarea confirmată prin relațiile adecvate cu medicul și asistentul social.

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

- Prima etapă: dacă corespunde criteriilor de mai sus se eliberează 2 doze de metadonum sau buprenorfinum pentru weekend, pe parcursul primei luni.
- A doua etapă: evaluarea stabilității cu eliberarea ulterioară a metadonei sau buprenorfinei la domiciliu, de 2 ori în săptămână, pentru o perioadă de o lună.
- A treia etapă: evaluarea stabilității de către medic cu eliberarea ulterioară a metadonei sau buprenorfinei la domiciliu săptămânal, pe parcursul lunii.

Notă: Pe parcursul tratamentului la domiciliu, medicul narcolog este liber să solicite 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 inițială. Decizia de stopare a prescrierii metadonei sau buprenorfinei la domiciliu poate fi luată și în cazul neprezentării la medic, fără motiv obiectiv.

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

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

Caseta 21. Algoritmul tratamentului farmacologic al dependenței de opiacee pentru pacienții cu imposibilitate de a frecventa cabinetul

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

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

Caseta 22. Infecția cu HIV

În cazul utilizatorilor de droguri injectabile, HIV/SIDA-infecțați, după stabilizarea dozei de metadonum sau buprenorfinum se recomandă terapia antiretrovirală (ARV). În acest caz, supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul infecționist.

Din cauza riscului ridicat de răspândire a HIV prin intermediul echipamentului injectabil, pacienților cu dependență de opiacee li se va acorda prioritate la terapia antiretrovirală și asigura acces facil la serviciile de testare la HIV, inclusive prin intermediul testelor expres.

Caseta 23. Hepatita virală B și C (HVC)

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

Caseta 24. Tuberculoza pulmonară

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

Caseta 25. Intervenția pe perioada de graviditate și alăptare.

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

Notă: Tratamentul farmacologic cu buprenorfinum nu se recomandă gravidelor și lăuzelor din cauza că inhibă secreția lactată.

Caseta 26. Tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum și tratamentul tulburărilor mentale concomitente

1. Beneficiarii tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum trebuie evaluați în ceea ce privește tulburările mentale datorate consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope la începutul tratamentului și ulterior, periodic. Depresia și anxietatea sunt cele mai des diagnosticate tulburări mentale.
2. La începutul tratamentului, depresia și anxietatea poate fi asociată cu sindromul de sevraj, care va diminua peste câteva săptămâni.
3. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum necesită supraveghere și tratament de comun cu medicul psihiatru.

Caseta 27. Metadona sau buprenorfina în tratamentul paliativ

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

C.2.3.8 Supravegherea

Caseta 28. Supravegherea beneficiarilor în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

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

Obligatoriu:

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

C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială

Caseta 29. Asistența psiho-socială a beneficiarului în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee

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

- sporirea nivelului de complianță pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee și tratamentul ARV;
- asigurarea menținerii în tratament pentru o perioadă de cel puțin 6 luni;
- îmbunătățirea funcționalității sociale și calității vieții acestora.

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

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

- vizita la medic, asistent social, psiholog și la alți specialiști în vederea screening-ului la HIV și/sau consultația acestora;
- măsuri de reabilitare socială;
- frecventarea ședințelor grupurilor de suport reciproc, consilierea membrilor de familie și alte măsuri.

În decursul intervenției psiho-sociale asistentul social:

- acționează în calitate de mediator în restabilirea (crearea) relațiilor familiale;
- îndeplinește rolul de mediator în acordarea serviciilor medicale, sociale și juridice;
- asigură informarea, consilierea și sprijinul în pregătirea documentelor;
- motivează pacientul și membrii familiei acestuia să participe la ședințele grupurilor de suport reciproc.

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

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

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

C.2.4. Complicațiile

Caseta 30. Efectele adverse cauzate de metadonum sau buprenorfinum:

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

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

D.1 Instituțiile de AMP	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · medic de familie · asistenta medicului de familie
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> · tonometru · termometru · fonendoscop · ciocănaș neurologic · cântar · trusă pentru acordarea primului ajutor medical
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> · sol. Naloxoni hydrochloridum
D.2 Secțiile consultative a IMSP Spitale Raionale, Municipale și Republicane	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · psihiatru-narcolog · terapeut · psiholog · asistent medical · asistent social · laborant · psihoterapeut
	<p>Utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> · dozator de metadonum · tonometru · fonendoscop · ciocănaș neurologic · electrocardiograf · expres teste pentru determinarea drogurilor · containere de laborator · pahare de unică folosință · safeu
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> · sol. Methadon hydrochloridi * · sol.Naloxoni hydrochloridi · Buprenorfinum · apă potabilă
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · psihiatru-narcolog · medici consultanți (neurolog, infecționist, terapeut, ginecolog, radiolog) · asistent medical · farmacist · psiholog · psihoterapeut · asistent social

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

- Aparate, utilaj:**
- dozator de metadonum
 - tonometru
 - fonendoscop
 - electrocardiograf
 - laborator clinic și biochimic
 - ciocănaș neurologic
 - expres teste pentru determinarea drogurilor
 - containere de laborator
 - pahare de unică folosință
 - safeu

- Medicamente:**
- sol. Methadon hydrochloridi*
 - sol.Naloxoni hydrochloridi
 - Buprenorfinum
 - apă potabilă

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea CDI care vor abandona consumul de opiacee și vor adera la tratament.	1.1 Ponderea pacienților noi înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (cantitativ) (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an.
		1.2 Ponderea pacienților care au rămas în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum mai mult de 6 luni (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 6 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		1.3 Ponderea pacienților care au ramas în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum mai mult de 12 luni (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100

		1.4 Ponderea pacienților care au inițiat repetat tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (%).	Nr de utilizatori de droguri injectabile, care au inițiat repetat tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		1.5 Nr. cumulativ de persoane aflate în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (%).	Nr. de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum, din momentul lansării programului.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		1.6 Nr. cabinetelor de tratament farmacologic noi de realizare a tratamentului în cadrul IMSP disponibile(%).	Nr. cabinetelor de tratament farmacologic noi de realizare a tratamentului în cadrul IMSP disponibile pe parcursul unui an.	Nr. total de insituții medicale care prestează servicii de tratament farmacologic a dependenței de opiacee
		1.7 Ponderea medicilor psihiatri-narcologi instruiți în domeniu %)	Numărul medicilor psihiatri-narcologi instruiți	Nr. total al medicilor psihiatri-narcologi instruiți pe țară
2.	A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C, D și HIV/SIDA printre utilizatorii de droguri injectabile	2.1 Ponderea utilizatorilor de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul unui an (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
		2.2. Ponderea utilizatorilor de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul unui an (%).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an
3.	A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre utilizatorii de droguri injectabile	3.1 Ponderea deceselor printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an (%).	Numărul de decese printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an x100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP DRN, pe parcursul ultimului an

Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu metadonum

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

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

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

- cultivarea pe întreg teritoriul țării a materiei prime pentru producerea drogurilor – macul opiaceu și cânepa indiană;
- creșterea migrației populației;
- situația social-economică, șomajul tinerilor, sărăcia și nedreptățile sociale;
- abandonarea copiilor de către părinții plecați în străinătate în căutarea unui câștig și, respectiv, reducerea importanței educației în familie cu creșterea de influență a străzii și a prietenilor;
- deficiențe în promovarea și în realizarea măsurilor eficace de prevenție primară a răspândirii drogurilor;
- predispoziția genetică la consum.

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

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

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

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

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

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

înștiințarea lor versus consecințele narcomaniei, comportamentul inofensiv și posibilitățile de micșorare a riscului de contaminare cu infecția HIV/SIDA.

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

Principiile de bază în acordarea tratamentului farmacologic cu metadonum în rândul consumatorilor de droguri injectabile

Acordarea cu succes a TFM pentru consumatorii drogurilor injectabile trebuie să corespundă unor principii generale. Asistența medicală trebuie:

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

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

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

Avantajele tratamentului farmacologic cu metadonum în tratamentul dependenței versus substanțele stupefiante (opiacee)

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

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

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

Avantajele tratamentului farmacologic cu metadonum în profilaxie:

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

Tratamentul farmacologic cu metadonum contribuie la:

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

Aceste avantaje pot fi realizate la maxim în caz de:

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

Tratamentul farmacologic cu metadonum de scurtă durată

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

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

Tratamentul farmacologic cu metadonum pe termen lung

Tratamentul farmacologic cu metadonum constituie tratamentul special organizat de administrare a preparatului de către consumatorii de droguri din grupul de opiacee, ce includ supravegherea sistematică a medicului și controlul de laborator nu mai puțin de 8 ori pe an. După cum Metadonum*** se absoarbe lent din tractul gastrointestinal, acțiunea ei se prelungește 24-26 de ore; se administrează intern, de obicei în formă lichidă (cu sirop dulce).

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

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

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

Calculul dozei optime de metadonum

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

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

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

Monitorizarea procesului tratamentului farmacologic cu metadonum

Monitorizarea eficacității tratamentului antidependență este realizată prin metode diverse:

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

Tabelul 1. Interacțiunea între Metadonum și preparatele ARV

Remediul ARV	Acțiunea remediului ARV asupra metadonei	Acțiunea metadonei asupra remediului ARV	Adnotare
I	II	III	IV
Inhibitori nucleozidici sau nucleotidici ai revers transcriptazei			
Abacavir	O micșorare nesemnificativă a concentrației metadonei. Risc cauzat de abținerea de opiacee. Corecția posologiei este puțin probabilă, dar la unii pacienți ar putea să fie necesară creșterea dozei metadonei.	Concentrația maximă se micșorează (cu 34%). Crește timpul de realizare a concentrației maxime.	Datele sunt limitate, deși un studiu a constatat o creștere a clearance-ului metadonei cu 22 la sută. Risc mic de abținere de opiacee. S-ar putea să fie necesară corecția dozei metadonei.
Didanozină comprimate capsule	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	În combinație cu comprimatele concentrația se micșorează (cu 60%), iar în combinație cu capsulele – nu se schimbă.	Interacțiunea este studiată numai la administrarea comprimatelor în două prize timp de 24 ore. A fost lansată ipoteza că efectul este legat de micșorarea biodisponibilității didanozinei în condiții de pasaj diminuat în mediul acid al stomacului. Variații individuale majore în farmacocinetică didanozinei. Din moment ce n-a fost depistată vreă interacțiune în cazul capsulelor, predilecție se dă acestei forme de administrare.
Zidovudină	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	Creșterea considerabilă a concentrației (cu 43 la sută). Semnificația clinică nu este clară. Posibile efecte adverse.	Trebuie de monitorizat efectele adverse ale Zidovudinei. Controlul anemiei, greții, mialgiei, vomei, asteniei, cefaleei și al suprimării celulelor măduvei osoase ale beneficiarilor. Dacă concentrația minimă a metadonei este în limitele normei,

			probabil efectele toxice sunt cauzate de Zidovudină.
Lamivudină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Tenofovir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Emtricitabină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse			
Nevirapină	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 46%). Deseori se dezvoltă abstința metadonică. Majoritatea pacienților necesită o majorare considerabilă a dozei metadonei (cu 16%).	N-a fost relatată.	Într-un șir de investigații clinice asupra pacienților, cărora li s-a administrat metadonum pe o perioadă lungă de timp, debutul terapiei cu Nevirapină a solicitat majorarea dozei diurne a metadonei cu 50-100% pentru sistarea abstinței opiacee. Simptomele abstinței se dezvoltă, de regulă, peste 4-8 zile după administrarea Nevirapinei, deși reacția poate să se dezvolte și peste 2-3 săptămâni.
Efavirenz	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 60%). Se dezvoltă des abstința metadonică. De regulă, este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei (cu 50%).	Nu este cunoscută.	Monitorizarea minuțioasă a semnelor de abstință metadonică și majorarea dozei la necesitate. Simptomele de abstință pot să se manifeste peste 2-3 săptămâni.
Inhibitori ai proteazei			
Lopinavir ritonavir	Micșorarea concentrației metadonei (cu 26-53%). Este posibilă apariția abstinței, care dictează majorarea dozei. Efectele adverse pot imita abstința.	N-a fost relatată.	Este descrisă abstința metadonică. Este posibilă necesitatea majorării dozei metadonei.
Nelfinavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 29-	Concentrația poate descrește,	În studiile care au dovedit micșorarea

	47%). Semnele clinice ale abstinentei sunt observate rar. S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	dar semnificația clinică nu este certă.	concentrației metadonei n-au fost constatate semne clinice ale abstinentei.
Ritonavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 37%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de abținere metadonică și majorarea dozei la necesitate.
Ritonavir tipranavir	Concentrația metadonei se poate micșora (cu 50%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de abținere metadonică și majorarea dozei la necesitate.
Saquinavir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr, interacțiunea preparatelor n-a fost relatată.
Saquinavir 1600 mg + Ritonavir 100 mg Saquinavir 1400 mg + Ritonavir 400 mg	Micșorarea ușoară a concentrației metadonei (Saquina-vir/Ritonavir 1600/100 mg – cu 0-12%, Saquinavir/Ritonavir 1400/ 400 mg - cu 20%). N-au fost relatări despre sindromul de abținere. S-ar putea să fie necesară corecția dozei metadonei.	Nu este studiată.	Ar putea fi necesară corecția dozei metadonei; este necesară supravegherea continuă.

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

Medicamentul psihotrop	Utilizare	Interacțiunea cu metadonum	Interacțiunea cu medicamentele antiretrovirale
Alprazolam (benzodiazepină)	Sedativă	Este dificil de estimat interacțiunea: suprimare adițională a SNC și calmare.	Eliminarea Alprazolamului se reduce cu 41%. Ar trebui evitată administrarea benzodiazepinei (Alprazolam, Midazolam, Triazolam) împreună cu PI și EFV.
Desipramină	Antidepresant tri-ciclic	Este dificil de estimat interacțiunea. Probabilitate de sporire a toxicității TCA.	Eliminarea Desipraminei se reduce cu 59%.

		Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadona***.	
Fluoxetină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depresive și compulsive.	În cercetările preclinice concentrația de metadonum s-a redus. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadona***.	Concentrația de Ritonavir se mărește cu 19%.
Fluvoxamină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depresive și compulsive.	Este indicată creșterea concentrației de metadonum.	Interacțiunea nu este indicată.
Sertralină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depresive și compulsive.	Este indicată creșterea semnificativă (cu 26%) a concentrației de metadonum. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadonum***.	N-a fost cercetată, nu este indicată.
Acid valproic	Antispasmodică	Nu sunt indicate	Concentrație sporită de ZDV în timpul studiului.
Carbamazepină	Antispasmodică	Concentrația de metadonum se reduce, poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonum. Acidul valproic este o alternativă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei
Fenitoină	Antispasmodică	Concentrația de metadonum se reduce, adesea semnificativ. Poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonum.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.

Alte medicamente

Fluconazol	Antifungic	Concentrația de metadonum crește cu 35%. Semnificația clinică nu este chiar clară, cu toate acestea, ar putea fi necesară reducerea dozelor de metadonum. Nu este indicat efectul toxic de metadonum. Efectul toxic al opiaceelor este sporit de alte antibiotice azole antifungice, de exemplu itraconazol, ketoconazol, voriconazol	Suprimarea potențială a caracterului activ în ambele direcții dintre fluconazol și PI. Toxicitate indicată când este administrat împreună cu NNRTI.
Interferon- α + ribavirină	Tratamentul hepatitei C	Reacțiile adverse ar putea fi similare celor în cazul sindromului de abținere la opiacee; ar putea fi indicată frecvent majorarea dozelor de metadonum. În timpul studiului, fiind administrată Metadonum*** și pegiinterferon-alfa2a, concentrația de metadonum a crescut cu 10- 15%. Semnificația clinică nu este cunoscută. Observarea pacienților pentru a detecta efectele toxice ale metadonum.	E posibilă sporirea toxicității unor agenți antiretrovirali din cauza infecției cu virusul hepatic C.
Rifampicină (Rifampină) Rifampină/isoniazidă	Tratamentul tuberculozei pulmonare	Este posibilă reducerea semnificativă a concentrației de metadonum cu 33 - 38%. S-ar putea manifesta sindromul de sevraj. Ar putea fi indicată majorarea dozelor de metadonum.	PI sunt contraindicate. Nu se permite administrarea Rifampinei împreună cu LPV, NFV, SQV.
Sildenafil	Tratamentul tulburărilor de erecție	Nu sunt indicate	

Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu buprenorfinum

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

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

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

Avantajele tratamentului de substituție cu buprenorfină și respectiv metadona:

1. Buprenorfină:

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

2. Metadona:

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

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

Fetele expuse la opioizi prezintă manifestări ale sindromului de retragere la naștere. Menținerea pe metadona îmbunătățește aceste neajunsuri la femeile gravide dependente de opioizi. Menținerea pe buprenorfină produce un sindrom de retragere la nou-născuții mai mic decât în cazul metadonei. Dar, buprenorfină este încadrată în categoria C (FDA) de sarcină (studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupra fătului, nu există date din studii pe subiecți umani), spre deosebire de metadona care este în categoria de risc B (FDA) (a. studiile pe animale nu au demonstrat efecte adverse asupra fătului și nu există studii pe subiecți umani sau b. studiile pe animale au demonstrat efecte adverse asupra fătului, dar studiile pe subiecți umani nu arată o influență negativă asupra sarcinii în orice trimestru). Din aceste motive metadona este preferată în tratamentul de substituție la gravide. Dacă metadona nu este disponibilă dar buprenorfină da, se va administra buprenorfină fără naloxon după ce medicul va fi explicat

pacientei riscurile (buprenorfina se regaseste in laptele matern, 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 antiretrovirală (HAART). Pacientii toxicomani care sunt tratati cu buprenorfina adera mai bine la HAART decat cei care nu urmeaza acest tratament. De asemenea s-a demonstrat ca buprenorfina nu influenteaza raspunsul virusologic la HAART. Dozele de Ritonavir, Indinavir si Saquinavir trebuiesc scazute in cazul pacientilor ce primesc buprenorfina deoarece aceste antiretrovirale interfera cu metabolizarea buprenorfinei prin CYP450.

Functia hepatica necesita o monitorizare atenta in cazul pacientilor cu hepatita B sau C deoarece au fost raportate cazuri in care buprenorfina a determinat hepatotoxicitate marcata.

Forme de prezentare si comercializare

Buprenorfina se prezinta sub forma de:

- comprimate pentru administrare sublinguala;
- plasturi pentru administrare transdermic (eliberare 72 ore);
- fiole pentru administrare parenterala - de obicei i.m. (uz veterinar).

Buprenorfina se foloseste ca **tratament de substitutie** in cazul subiectilor dependenti de opioizi, tratament ce include trei etape:

1. *Faza de inductie* - poate fi initiata la 12-24 ore dupa ultima doza de opioid cu actiune scurta si la 24-48 de ore dupaun opioid cu actiune lunga. Aceasta faza reprezinta tranzitia intre consumul de opioid si buprenorfina si dureaza 3-7 zile. Se prefera combinatia de buprenorfina-naloxon in cazul majoritatii pacientilor. La gravide si subiectilor care au folosit opioizi cu durata lunga de actiune (ex. metadona) se administreaza doar buprenorfina.

Dozele initiale se administreaza sub observatie medicala din momentul in care pacientul prezinta semne ale sindromului de retragere.

2. *Faza de stabilizare* - dureaza 1-2 luni si include atat tentativele de stabilire a dozei minime de medicament necesare pentru a preveni manifestarile sindromului de retragere cat si minimizarea efectelor secundare.

3. *Faza de mentinere* - este indefinita si caracteristica fiecarui pacient in parte. In aceasta perioada medicul va monitoriza pacientul pentru consumul ilicit de droguri, "setea de drog" si trigger-ii pentru recadere.

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

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

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 se încheie Acordul bilateral între pacient _____
(numele, prenumele, anul nașterii, domiciliul) _____,
în cele ce urmează–client, și directorul al IMSP _____,
în cele ce urmează “director”, privind aplicarea tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.

Angajamentele părților:

Pacientul este obligat:

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

Pacientul se informează că:

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

IMSP _____:

- Asigură condițiile respective în tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
 - Asigură clientul cu medicament, investigații necesare și supravegherea medicală în dinamică.
 - Asigură anonimatul adresării pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee.
- Acordul se întocmește în două exemplare: unul se eliberează clientului, al doilea se anexează la fișa medicală a bolnavului de ambulator (staționar).

L.Ș.

Director

Pacientul

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

Data îndeplinirii _____

Numele, prenumele _____

Anul nașterii, vârsta _____ Sexul _____

Adresa _____

Studiile _____

Ocupația

Situția familială _____

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

Ultimele doze _____

Prețul unei doze medii zilnice _____

Cazuri de tratament inefficient _____

Abstinența cea mai îndelungată _____

Cine i-a recomandat tratamentul respectiv _____

Date suplimentare:

Prezența :
HIV/SIDA

Hepatitele B, C, D _____

Severitatea _____

Maladiile grave _____

Antecedentele penale _____

Durata tratamentului _____

Dorința de a continua tratamentul în condiții de ambulator _____

Semnătura clientului

Semnătura medicului

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

I. Instrucțiune

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

II. Aspecte ale schemei de activitate individuală

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

III. Schema de tratament individual

Examinare medicală generală _____

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

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

Testarea psihologică _____

Determinarea dozei individuale a metadonei în condiții de ambulator

În cazurile necesare, corectarea dozei:

Data _____ Data _____

Data _____ Data _____

Data _____ Data _____

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

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

Planul tematic individual de consiliere la psiholog

Implicarea în grupurile de susținere și de suport reciproc

Implicarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea perioadei de implicare _____

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

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

Tratamentul maladiilor concomitente (la necesitate)

Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile

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

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

1. Dezvoltarea și implementarea timpurie a unor programe de prevenire, atunci când prevalența infecției cu HIV este încă mică.
2. Existența unui „pachet” coerent de activități pentru prevenirea răspândirii infecției HIV în rândurile consumatorilor de droguri injectabile, atât în sectorul civil cât și în penitenciare. Aceste activități includ:
 - oferirea/schimbul de echipamente sterile de injectare (ace și seringi),
 - accesul la tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee,
 - creșterea conștientizării și educarea consumatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV (folosirea echipamentului steril de injectare și practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la serviciile de consiliere și testare voluntară, îngrijire și tratament,
 - accesul la terapie antiretrovirală,
 - accesul la serviciile centrelor de prevenire, diagnostic și tratament ITS și la alte servicii de sănătate,
 - distribuirea de prezervative,
 - creșterea conștientizării și educarea partenerilor sexuali ai utilizatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV,
 - distribuirea materialelor informaționale și organizarea activităților de instruire în vederea reducerii riscurilor (practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la diagnosticul și/sau tratamentul hepatitelor virale,
 - accesul la diagnosticul și tratamentul tuberculozei,
 - accesul la serviciile de profilaxie a supradozărilor,
 - mobilizarea și participarea comunității beneficiarilor și a comunității în general la implementarea acestor măsuri.
3. Intervențiile trebuie să se bazeze pe outreach (munca în teren) și pe peer education (educația între egali).
4. Luarea în considerație a modelelor de bună practică.
5. Crearea unui cadru/mediu de susținere: reducerea sărăciei, scăderea ratei șomajului.
6. Crearea oportunităților pentru educație – prevenirea consumului de droguri, politici adecvate, legislație care să ofere sprijin pentru intervenție.
7. Concomitent cu toate aceste măsuri, trebuie să fie redusă cererea de droguri. Aceasta presupune:
 - educația în rândurile tinerilor, cu scopul de a-i informa și a le oferi susținerea necesară, pentru ca ei să nu înceapă consumul de droguri,
 - încurajarea consumatorilor de droguri de a renunța la consumul de substanțe psihoactive, prin participarea lor la programele de tratament.
8. Identificarea obiectivelor comune cu comunitatea consumatorilor de droguri injectabile. Unul dintre principiile de bază este faptul că nu trebuie să te confrunți cu comunitatea beneficiarilor, ci să lucrezi în parteneriat cu ea.

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

Programele de reducere a riscurilor oferă servicii care răspund nevoilor consumatorilor de droguri și asigură „poarta de intrare” a acestora în sistemul de sănătate și asistență socială. Aceleași abordări și servicii bazate pe necesități specifice urmează a fi oferite și persoanelor care prestează servicii sexuale contra plată, bărbaților care întrețin relații sexuale cu alți bărbați, dar și altor grupuri cu risc sporit de infectare cu HIV.

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

___ 20__

mun. Chișinău

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

Preamblu

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

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

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

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

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

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

Articolul 1.

Condiții generale

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

- a) Elaborarea și implementarea unor strategii unice de realizare a activităților în cadrul problemelor narcologice.
- b) Asigurarea răspunsului prompt la problemele ce țin de implementarea obiectivelor stabilite prin aplicarea unei interacțiuni eficiente.

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

Articolul 2.

Cooperare și informare

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

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

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

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

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

Articolul 3.

Responsabilitatea părților

3.1. Responsabilitatea IMSP _____:

3.1.1. Să includă asistentul social al A.O. _____ în echipa multidisciplinară de

asistență medicală și psiho-socială a pacienților TFM, administrat de IMSP _____.

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

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

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

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

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

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

3.2 Responsabilitatea A.O. _____:

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

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

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

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

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

3.2.6. Să efectueze studii și cercetări referitor la diferite 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 la 13.00) care va fi inclus în echipa specialiștilor IMSP _____ și care va presta următoarele servicii:

- Participarea la asistența pacienților la etapa de includere, menținere și ieșire din program, inclusiv în cadrul echipei multidisciplinare formate în cadrul IMSP _____.
- Asigurarea desfășurării consilierilor individuale și a activităților de suport de grup pentru pacienți;
- Asistența socială prestată în baza managementului de caz: evaluarea cazului, elaborarea și implementarea planului individualizat de asistență, monitorizarea;
- Crearea și dezvoltarea mecanismului de referire a pacienților către serviciile medico-psiho-sociale, existente la nivel de municipiu;
- Facilitarea accesului la servicii de asistență juridică;
- Acordarea suportului profesionist pacienților care intenționează să acceseze serviciile de reabilitare și adaptare;
- Lucrul cu persoanele co-dependente (consultații individuale și organizarea grupului de suport reciproc);
- Suport în angajarea în câmpul muncii, recuperarea actelor personale, prezentarea intereselor în cadrul diferitor instanțe;
- Servicii profilactice și informative pentru pacienții încadrați în tratamentul farmacologic;
- Asigurarea conexiunii între serviciile instituției medicale IMSP _____ și cele ale A.O. _____.

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

4. Clauze finale

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

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

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

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

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

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

Anexa 8

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

nr. _____ din _____ 20__ mun. Chișinău

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

1. OBIECTUL ACORDULUI

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

2. VALOAREA ACORDULUI ȘI MODALITATEA DE PLATĂ

2.1 Aplicarea prevederilor acordului nu implică costuri financiare.

3. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

3.1 Partea 1 se obligă:

3.1.1. Să asigure examinarea medicală a deținuților cu evaluarea inclusiv a sănătății narcologice, conform ordinului MAI nr.384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR” până la și după reținere. **Să asigure accesul** pacienților aflați la tratament, confirmați prin comunicarea cu medicul psihiatru-narcolog responsabil, **la administrarea zilnică**

a medicamentului pe perioada aflării în custodia IGP, ca obligație de asigurare a dreptului la cel mai înalt standard de sănătate și de prevenire a relor tratament și a torturii în detenție.

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Să asigure implementarea obligațiilor conform prezentului acord prin aducerea actelor normative și practicilor interne de numire a locului deținerii de către organele de anchetă sau prin colaborare cu Judecătoriile de circumscripție pentru asigurarea deținerii sau transportării deținutului/arestatului pacient în tratamentul farmacologic în izolatoarele comisariatelor din localitățile unde se asigură acest tratament.

3.2. Partea 2 se obligă:

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

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

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

3.3. Partea 1 are dreptul:

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

3.4. Partea 2 are dreptul:

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

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

4. RĂSPUNDEREA PĂRȚILOR

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

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

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

5. TERMENUL DE VALABILITATE AL ACORDULUI

5.1 Prezentul acord intră în vigoare la data semnării și își produce efectele pe o perioadă de pînă la _____. Acordul se consideră valabil pe viitor, dacă nici una din părți nu a exprimat în scris,

cu o săptămână înainte de expirarea termenului de valabilitate, dezacordul de prelungire a Acordului.

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

6. DISPOZIȚII FINALE

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

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

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

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

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

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

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

”PARTEA 1”

IGP al MAI _____

Adresa

c/f _____

c/d _____

BC

c/b

Șef _____ / _____ /

”PARTEA 2”

IMSP _____

Adresa

c/f _____

c/d _____

BC

c/b

Director _____ / _____ /

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

În vederea îndeplinirii prezentei instrucțiuni se definesc următoarele noțiuni:

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

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

statul în violare a dreptului absolut de a nu fi supus tratamentelor rele, inumane și degradante sau torturii în cazul refuzului tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.

Etapele managementului pacientului care necesită tratament farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum internat sau deținut

✓ **Comunicarea**

Comunicarea calitativă este foarte importantă și este garanția asigurării tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum adecvat.

Etapele și acțiunile posibile în procesul de comunicare.

- Pacientul internat în spital, instituție rezidențială sau izolator de detenție preventivă **comunică că este beneficiar a tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum**. În acest moment apare obligația persoanei publice (lucrător medical, lucrător al organului de drept) de a verifica și a asigura continuitatea tratamentului.
- Pacientul are sau nu asupra sa cartela beneficiarului a tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (modelul în anexa). Pacientul prezintă cartela sau comunică instituția la care primește tratamentul, unde este indicată schema de tratament și **informația de contact a medicului responsabil**. Pentru cazuri de urgență (pacient în comă despre care se presupune că ar fi în tratament cu metadonum sau buprenorfinum sau cu conștiința obnubilată) informația o prezintă rudele, reprezentanții legali sau însoțitorii, că pacientul este beneficiar a tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum).
- Persoana responsabilă de tratamentul persoanei (șeful secției și/sau medicul, directorul internatului, polițistul de gardă sau felcerul izolatorului de detenție preventivă **face legătura** cu medicul din instituția medicală care supraveghează pacientul, beneficiar a tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.
- Se confirmă la telefon doza și schema de tratament. Medicul curant informează despre tratamentul planificat pentru maladia tratată în staționar, durata estimată a spitalizării, iar medicul psihiatru-narcolog consultă în măsura competențelor compatibilitatea și ajustările necesare în **tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum**. La necesitate se planifică și se convoacă o ședință consultativă pe marginea schemei generale de tratament pe perioada aflării în spital.
- Rezultatele comunicării inițiale se documentează în documentația medicală a pacientului (Fișa medicală a bolnavului de staționar f. 003/e cu anexele - zilnic, foaie de prescripții medicale, foaie de indicatori principali ai stării bolnavului, ș.a.) sau a deținutului (conform Ord. MAI nr. 384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR”) și conține ca minim următoarea informație:
 - Data și ora comunicării la telefon (primul contact și convorbiri ulterioare)

- Data și ora întâlnirii specialiștilor/personalul din izolator (dacă este relevant)
- Informația obținută din comunicare, inclusiv doza zilnică, perioada estimată și la necesitate recomandările de ajustare conform tratamentului condiției de bază
- Informația din cartela pacientului aflat în tratamentul farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum

Asigurarea tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum:

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

stabilit.

- Evidența și administrarea tratamentului se face conform actelor normative în vigoare (înscriserile în fișa de observație – formular 003e, fișa de indicație cu semnăturile obligatorii ale medicului care a indicat, asistentul medical și pacientul care a primit doza indicată.
- La eliberarea din staționar și/sau izolator, în cazul stocului de medicament instituția și/sau izolatorul se obligă să comunice și să predea cantitatea medicamentului rămas, documentând în modul stabilit.
- La externare, pacientului se eliberează extrasul (forma 027e) cu descrierea tratamentului și investigațiile aplicate, precum și recomandările necesare.

Anexa 10

Cartela beneficiarului de tratament farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (model)

Față

Cartela beneficiarului	
Beneficiar _____	Ștampila IMSP _____
IDNO _____	
se află la tratament farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum (de bifat) Cantitatea unică maximă posibilă eliberată conform legislației pentru pacient constituie _____ ml/mg, care constituie o doză de _____ ml/mg 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 parafă medicului _____	

Cartela dată reprezintă un certificat medical care atestă că titularul este beneficiar al tratamentului farmacologic cu metadonum sau buprenorfinum.
Deținerea metadonei sau buprenorfinei în cantitatea unică ce nu depășește cantitatea indicată de către medic, nu constituie circulație ilicită a stupefiantelor conform prevederilor art.1 a Legii cu privire la circulația substanțelor stupefiante și psihotrope și a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.
Pentru detalii contactați specialistul din cadrul instituției medicale care prestează aceste servicii:
Numele, Prenumele medicului _____ Tel: _____

**Caracteristicile și reacțiile adverse a tratamentului farmacologic
cu metadonum sau buprenorfinum**

Caracteristici comparative

Metadona	Buprenorfina
Agonist total al μ -receptorilor	Agonist parțial/antagonist al μ -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 abstinanța	Poate induce starea de abstinanță la prima administrare. Sindromul de abstinanță 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 abstinanță este aceeași în cazul ambelor preparate	Intensitatea sindromului neonatal de abstinanță este mai slab

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

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

			Hipoglicemie	
<i>Tulburări psihice</i>	Insomnie	Anxietate Depresie Scăderea libidoului Nervozitate Tulburări de gândire	Vise neobișnuite Agitație Apatie Depersonalizare Dependență de droguri Stare euforică Ostilitate	Halucinații
<i>Tulburări ale sistemului nervos</i>	Dureri de cap	Migrenă Amețeli Hipertonie Parestezie Somnolență	Amnezie Hiperchinezie Criză convulsivă Tulburări de vorbire Tremor	Encefalopatie hepatică Sincope
<i>Tulburări oculare</i>		Ambliopie Tulburări lacrimale	Conjunctivită Mioză	
<i>Tulburări ale urechii și labirintului</i>				vertigo
<i>Tulburări cardiace</i>			Angină pectorală Bradycardie Infarct miocardic Palpitații Tahicardie	
<i>Tulburări vasculare</i>		Hipertensiune arterială Vasodilatare	Hipotensiune arterială	Hipotensiune arterială ortostatică
<i>Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale</i>		Tuse	Astm bronșic Dispnee Căscat	Bronhospasm Depresie respiratorie
<i>Tulburări gastro- intestinale</i>	Constipație Greață	Dureri abdominale Diaree Dispepsie Flatulență Vărsături	Ulceratie bucală Modificarea culorii limbii	
<i>Tulburări hepatobiliare</i>				Hepatită Hepatită acută Icter Necroză hepatică Sindrom hepatorenal
<i>Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat</i>	Hiperhidroză	Prurit Erupție cutanată tranzitorie	Acnee Alopecie Dermatită	Angioedem

		Urticarie	exfoliativă Piele uscată Noduli	
<i>Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv</i>		Durere de spate Artralgie Spasme musculare Mialgie	Artrită	
<i>Tulburări renale și ale căilor urinare</i>		Anomalii urinare	Albuminurie Disurie Hematurie Nefrolitiază Retenție urinară	
<i>Tulburări ale aparatului genital și sânului</i>		Disfuncție erectilă	Amenoree Tulburări de ejaculare Menoragie Metroragie	
<i>Tulburări generale și la nivelul locului de administrare</i>	Sindrom de sevraj	Astenie Dureri toracice Frisoane Pirexie Stare generală de rău Dureri Edem periferic	Hipotermie	Sindrom de sevraj neonatal
<i>Investigații Diagnostice</i>		Teste anormale ale funcției hepatice Scădere în greutate	Creșterea concentrației creatininei în sânge	Transaminaze crescute
<i>Leziuni, intoxicații și complicații legate de procedurile utilizate</i>		Leziuni	Accident vascular cerebral cauzat de căldură	

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

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

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

1. Rata pulsului cardiac (*măsurat în stare de repaos*)
 - 0 – Puls 80 b/m sau mai mic
 - 1 – Puls 81-100
 - 2 – Puls 100-120
 - 4 – Puls peste 120

2. Transpirație, hiperhidroză în ultima jumătate de oră (*fără corelație cu acțiunile pacientului sau temperatura camerei*)
 - 0 – Fără senzații de frisoare sau fierbințeală sau semne de hiperemie
 - 1 – Raportare subiectivă de senzații de frisoare sau fierbințeală
 - 2 – Senzație de fierbințeală exprimată și/sau transpirație ușoară vizibilă pe față
 - 3 – Picături de transpirație pe față și/sau sprâncene
 - 4 – Transpirație curgătoare pe față

3. Akatizie (*neliniște motorie*)
 - 0 – Persoana poate să stea în poziție fixă relaxat
 - 1 – Persoana declară că este dificil să stea nemișcat liniștit dar reușește să o facă
 - 2 – Persoana schimbă poziția sau mișcă din membre
 - 3 – Persoana este în imposibilitate să stea într-o poziție mai mult de 10-20 secunde

4. Mărimea pupilelor
 - 0 – Pupile normale sau ușor micșorate de la lumina camerei
 - 1 – Pupile probabil mai mari decât se obișnuiește la lumina camerei
 - 2 – Pupile dilatate moderat
 - 3 – Pupile foarte dilatate, inclusiv până la marginea irisului

5. Dureri osteoarticulare sau musculare (*daca pacientul a avut anterior simptome similare se vor lua în considerație doar cele corelate cu sevrajul la drog*)
 - 0 – Durerea nu este prezentă
 - 1 – Disconfort difuz moderat
 - 2 – Pacientul declara despre o durere apăsătoare puternică
 - 3 – Pacientul își masează frecvent articulațiile sau mușchii și nu poate sta liniștit

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

- 0 – Nu se depistează
- 1 – Înfundare nazală sau umezeală oculară neobișnuită
- 2 – Eliminări nazale sau lacrimație prezentă
- 3 – Eliminări nazale sau lacrimație abundente

7. Simptome neplăcute ale sistemului gastrointestinal

- 0 – Nu se depistează
- 1 – Crampe stomacale
- 2 – Greață, scaun moale
- 3 – Vomă, diaree
- 4 – Simptome multiple

8. Tremor (examinat la mâinile întinse înainte)

- 0 – Nu se depistează
- 1 – Tremorul este subiectiv la pacient și nu poate fi observat
- 2 – Tremor minor vizibil
- 3 – Tremor accentuat sau spasme musculare

9. Căscat (observat în timpul examinării)

- 0 – Nu se depistează
- 1 – Pacientul a căscat 1-2 ori în timpul examinării
- 2 – Pacientul a căscat 3-5 ori în timpul examinării
- 3 – Pacientul cascadează în fiecare minut

10. Anxietate și/sau Iritabilitate

- 0 – Nu se depistează
- 1 – Pacientul relatează despre iritabilitate și/sau anxietate accentuată
- 2 – Pacientul se prezintă în mod cert anxios și /sau iritabil
- 3 – Pacientul este foarte anxios și /sau iritabil așa încât evaluarea devine dificilă

11. Piloerecția

- 0 – Pielea este netedă, fără piloerecție
- 1 – Piloerecția este simțită subiectiv de pacient sau fire de păr ridicate solitar vizibile
- 2 – Piloerecție evidentă, „piele de găină”

Scor total _____

EVALUAREA SCORULUI COWS

Scorul total se alcătuiește din sumarea punctelor pentru fiecare item.

INTERPRETAREA SCORULUI

Scor 5-12 Sevraj ușor

Scor 13-24 Sevraj moderat

Scor 25-36 Sevraj moderat sever

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

Instrucțiuni:

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

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

TOTAL _____

SCALA DE EVALUARE SUBIECTIVĂ A SEVRAJULUI LA OPIACEE SOWS

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

Gradarea are loc în felul următor:

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

Interpretarea scorului:

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

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

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

Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include 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;

BIBLIOGRAFIE

1. Donoghoe MC. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, Copenhagen, World Health Organization, 2006.
2. Dublin Declaration 2004, Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, Government of Ireland, accessed 13 July 2006).
(http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25)
3. Preliceanu D, Cicu G, 2010. *Ghidul Clinic de Tratament Substitutiv al Dependentei de Opiacee*. Editura Asociației Psihiatrice Romania, Bucuresti
4. Subata, E. și alții, 2010, *Protocol Clinic pentru medicii-psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonum al Dependentei de Opiacee*, Asociația Psihiatrică Lituaniană, http://www.vplc.lt/images/files/protocol_methadone_LT_2010_02_02.pdf.
5. Subata E., 2012, *Evaluarea serviciului Terapiei de Substituție cu Opiacee din Republica Moldova*, cu suportul Centrului PAS, UNODC Moldova și OMS Moldova, doc. Intern
6. UNODC, Principii de tratament al dependenței de droguri 2008, pag. 1 / UNODC, Principles of Drug Dependence Treatment 2008, pg. 1, Adicția de Droguri – boală medicală cronică, Yale, 2009, pag. 2 / Drug Dependence, a Chronic Medical Illness, Yale, 2009, pag. 2
7. WHO, 2004 a, *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 17 April 2006).
8. WHO, 2004b, *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* Geneva, (Evidence for Action Technical Paper <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 17 April 2006).
9. WHO, 2004c, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).

10. WHO, 2007a. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Copenhagen 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (English) or <http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf> (Russian)).
11. WHO, 2006a. Patient evaluation and Antiretroviral Treatment for adults and Adolescents (1). Clinical Protocol for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
12. WHO, 2006b. HIV/AIDS Treatment and care for Injecting Drug users (5). Clinical protocol for injecting drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
13. WHO, 2009, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, World Health Organisation Press, http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
14. WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/substanceabuse/publications/treatment/en/index.html
15. Rhodes T et al. 1999, HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics.
16. Rhodes T, Simic M. 2005, Transition and risk environment. *BMJ*.
17. Sambamoorthi U et al. 2000, Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*.
18. UNODC, 2008. Treatment Capacity Building Package.
19. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html
Ordinul MS 1043 a.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope
<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=345139>
20. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004a, *Reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.05;
21. POLICY BRIEF: REDUCTION OF HIV TRANSMISSION IN PRISONS <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf>,
22. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004b, *Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.04;
23. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, accessed 17 April 2006).
24. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004c, *Reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.02;
25. WHO. 1974, *WHO expert committee on drug dependence*. Geneva, WHO, (WHO Technical Report Series No. 551).
26. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2005, Antiretroviral therapy and injecting drug users. Geneva, WHO, (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).
27. LEGEA Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal, HG Nr. 1123 din 14.12.2010 privind aprobarea Cerințelor față de asigurarea securității datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaționale de date cu caracter personal ????
28. GUVERNUL HOTĂRÎRE Nr. 128 din 06.02.2006 cu privire la aprobarea Cerințelor

tehnice față de încăperile și obiectivele în care se păstrează substanțe stupefiante, psihotrope și/sau precursori

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

29.http://www.amed.md/tc_userfiles/file/Legislatie/Ordine%20MS/Ordinul%20MS%2071%20din%2003_03_99%20Evidenta%20stupefiante.pdf

30. Domeniu de reglementare de către convențiile internaționale privind drepturile omului CEDO, CAT, CPT, legislația națională în vigoare, inclusiv legea nr.1349 din 17.10.97 Ordinul Ministerului Sanatatii nr.828 din 31.10.2011 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară

31. Ordinului Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope.

32. Legea Ocrotirii Sănătății nr.411 din 28.03.1995 (articolul 17, 28, 35, 43)

33. Legea nr.713 din 06.12.2001 Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope (articolul 4)

34. Legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor.

35. Ordinul nr.478 din 09.07.2011 cu privire la aprobarea Regulamentului Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății

36. Ordinul nr.71 din 03.03.1999 cu privire la păstrarea, evidența și eliberarea produselor și substanțelor.

37. Wesson D.R., Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs* 2003;35(2):253-9.

38. Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J. Ness, R., Rubinstein K.J., Kanof, P.D. (1987) Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 293-308.

39. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ et al. (2017) Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550.

40. Manhapra A, Rosenheck R, Fiellin DA. (2017) Opioid substitution treatment is linked to reduced risk of death in opioid use disorder. *BMJ* 2017;357:j1947.

41. Dennis, B. B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A. et al (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic Reviews*, 3, 105.

<http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-105>

42. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US.

43. Clinical Guidelines for the Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction – A Treatment Improvement Protocol TIP 40, 2004.

44. MHRA Medicines and Healthcare products Regulatory Agency – Buprenorphine 0.4mg, 2mg, 8mg sublingual tablets, 2010.52. McCance-Katz EF, Sullivan L, Nallani S (2010) Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications. *Am J Addict*; 19(1):4-16.

45. Opioid Substitution Therapy under National AIDS Control Programme – Clinical Practice Guidelines for Treatment with Buprenorphine, Public Health Foundation of India, 66pp, 2014.

46. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550 doi: 10.1136/bmj.j1550

47. Sursa 16 din bibliografia protocolului indica citare incorecta, unul din modelele acceptate

- este Rhodes T, Simic M. (2005) Transition and the HIV risk environment. *BMJ*, 331 (7510); 220-23. La fel si pentru sursa 17 - *Drug and Alcohol Dependence*, 60; 77-89.
48. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ et al. (2017) Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550. <http://www.bmj.com/content/357/bmj.j1550/rapid-responses>
49. Manhara A, Rosenheck R, Fiellin DA. (2017) Opioid substitution treatment is linked to reduced risk of death in opioid use disorder. *BMJ* 2017;357:j1947. <http://www.bmj.com/content/357/bmj.j1947>
50. Dennis, B. B., Naji, L., Bawor, M., Bonner, A. et al (2014). The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol. *Systematic Reviews*, 3, 105. <http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-105>
51. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US. <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP15-FEDGUIDEOTP/PEP15-FEDGUIDEOTP.pdf>