



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime



**DEPARTAMENTUL  
INSTITUȚIILOR PENITENCIARE**

## **Manual de procedură în implementarea Programului Farmacoterapiei cu Metadonă în sistemul penitenciar din Republica Moldova**



## PREFAȚĂ

Scrierea, editarea și tiparul acestui document au fost posibile datorită susținerii Agenției Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC) în Moldova. Finanțarea din partea UNODC a fost realizată cu suportul OFID în cadrul Proiectului UNODC/OFID „Consolidarea capacităților naționale pentru reducerea răspândirii HIV/SIDA în rîndul grupurilor vulnerabile în Europa de Est și Asia Centrală”.

Acest manual a fost elaborat de către un grup de consultanți în colaborare cu Direcția Medicală a Departamentului Instituțiilor Penitenciare și organizațiile non-guvernamentale active în domeniu. Manualul este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind dependența prin consum de opiacee la persoanele adulte aflate în instituțiile penitenciare. Astfel lucrarea va servi drept bază pentru prestatorii de servicii medico-sociale, administrația instituțiilor vizate și alți specialiști relevanți. Acest manual are ca scop îndrumarea practică și oferirea de sprijin în aplicarea programului de substituție cu metadonă în penitenciarele Republicii Moldova. Documentul a fost consultat în cadrul grupului de lucru pentru îmbunătățirea programului de metadonă în Republica Moldova. Documentul a fost revăzut de către specialiștii de la UNODC, DRN, Fundația Soros-Moldova și reprezentanți ai societății civile.

Documentul a fost aprobat prin Ordinul DIP nr. 237 din 19.08.2014 cu privire la aprobarea Manualului Operațional „Manual de procedură în implementarea Programului de Farmacoterapie cu Metadonă în sistemul penitenciar din Republica Moldova”.

### Colectivul de autori:

Svetlana Doltu, **ex-șef Direcție Medicală DIP, consultant HIV-TB AO „AFI”, Focal Point pe țară al Rețelei internaționale „Poliția și HIV” LEAHN**  
Irina Barbiroș, șef Secție organizatorică și medicină preventivă a Direcției Medicale DIP

Ludmila Marandici, consultant UNODC

Ilona Burduja, consultant UNODC

### Recenzat de către:

Fabienne Hariga, expert senior, HQ UNODC

Ina Tcaci, coordonator național HIV/SIDA – UNODC Moldova

Lilia Fiodorova, specialist medic narcolog, Dispensarul Republican de Narcologie

Vitalie Slobozian, coordonator Program Reducerea Riscurilor, Fundația Soros-Moldova

Ala Iațco, specialist societate civilă, Președinte UORN.

*\*Poza de pe copertă a fost realizată la data de 18.04.2014 de către Ina Tcaci, în penitenciarele din Moldova*

## ABREVIERI

<b>CDI/UDI</b>	Consumator de droguri injectabile
<b>HIV</b>	Virusul imunodeficienței umane
<b>HVC HVB</b>	Hepatita virală B și C
<b>DIP</b>	Departamentul Instituțiilor Penitenciare
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>ONG</b>	Organizații non-guvernamentale
<b>ITS</b>	Infecție cu transmitere sexuală
<b>MS RM</b>	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
<b>SIDA</b>	Sindromul imunodeficienței achiziționate
<b>FTM</b>	Farmacoterapie cu metadonă
<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime (Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității)

## Contents

<b>ABREVIERI</b> .....	3
INFORMAȚIE EPIDEMIOLOGICĂ .....	7
DEFINIȚII .....	10
REGLEMENTĂRILE NORMATIVE NAȚIONALE .....	10
CONTEXTUL JURIDIC ÎN VEDEREA IMPLEMENTĂRII FARMACOTERAPIEI CU METADONĂ ÎN PENITENCIARE: .....	11
PRINCIPIILE ÎN ACORDAREA ASISTENȚEI MEDICO-SOCIALE PERSOANELOR CU DEPENDENȚĂ .....	12
CAPITOLUL 1 .....	14
<b>Noțiuni generale</b> .....	14
<b>Farmacoterapia cu Metadonă (FTM)</b> .....	17
CAPITOLUL 2 .....	19
DOMENIUL DE APLICARE ȘI SCOPUL.....	19
<b>2.1. Dovezi de eficacitate ale metadonei</b> .....	19
<b>2.2. Farmacodinamica și farmacocinetica</b> .....	19
<b>2.3. Criterii de diagnostic</b> .....	20
<b>2.4. Planul și scopul farmacoterapiei (durată și doze)</b> .....	21
CAPITOLUL 3 .....	22
CONDUITA PACIENTULUI - PENTRU MEDICI.....	22
<b>3.1. Conduita pacientului CDI</b> .....	22
<b>3.2. Asistența medicală multisectorială</b> .....	22
<b>3.3 Inducție</b> .....	23
<b>3.4 Încheierea farmacoterapiei cu metadonă</b> .....	24
<b>3.5 Tratamentul supradozărilor</b> .....	26
Examinarea clinică .....	31
<b>3.6 Tratamentul sindromului de abstenență la nou-născuți</b> .....	31
Pași în farmacoterapia cu metadonă .....	33
<b>3.7 Intervenții psihologice</b> .....	34
CAPITOLUL 4 .....	35
Diagnostic și evaluare a dependenței de opioide .....	35
<b>4.1. Screening-ul dependenței opioide</b> .....	35
<b>4.2. Anamneza pacienților CDI</b> .....	35
<b>4.3. Manifestările clinice</b> .....	36
CAPITOLUL 5 .....	41
Farmacoterapia cu Metadonă.....	41
<b>5.1. Indicațiile pentru FTM</b> .....	41
<b>5.2 Contraindicații pentru FTM</b> .....	41
<b>5.3. Conceptul FTM</b> .....	42
<b>5.4. Farmacoterapia cu Metadonă hidroclohidă</b> .....	43
<b>5.5. Administrarea dozelor inițiale de metadonă</b> .....	43
<b>5.6. Administrarea metadonei în doze de întreținere</b> .....	44
<b>5.7. Doze echivalente ale Metadonei la alte opioide</b> .....	44
<b>5.8. Dozele de detoxificare și tratament cu Metadonă</b> .....	45
<b>5.9. Reluarea administrării de Metadonă după întreruperea de scurtă durată a tratamentului.</b> .....	46
<b>5.10. Administrarea Metadonei în caz de vomă</b> .....	46
<b>5.11. Administrarea metadonei în cazul declarării grevei foamei</b> .....	46
<b>5.12. Efectele adverse cauzate de metadonă</b> .....	46
<b>5.13. Etapele procesului de reabilitare a utilizatorilor de droguri care sunt încadrați în FTM</b> .....	47

5.14. Monitorizarea procesului de FTM .....	48
5.15. Durata optimă a tratamentului cu agoniști opioizi .....	48
5.16. Considerente practice .....	49
5.17 Gestionarea de anulare/abandonare a substanțelor opiacee .....	49
CAPITOLUL 6 .....	51
Regulile generale pentru personalul încadrat în programul FTM.....	51
6.1. Centrul de tratament propriu-zis .....	51
6.2. Principii etice fundamentale în activitatea personalului încadrat în FTM .....	51
6.3. Rolurile și responsabilitățile personalului .....	52
6.4. Cunoștințe și abilități.....	54
6.5. Responsabilitățile personalului .....	55
6.6. Lucrul în echipă .....	55
6.7. Rolul personalului medical mediu.....	56
CAPITOLUL 7 .....	56
Suportul psihosocial .....	56
7.1 Rolul psihologului.....	57
7.2. Rolul asistentului social.....	57
7.3. Rolul consilierului/consultantului .....	57
7.4. Confidențialitatea și bioetica .....	58
CAPITOLUL 8 .....	59
Monitorizare și evaluare .....	59
8.1. Evaluarea .....	59
8.2. Scopul evaluării .....	60
8.3. Monitorizare .....	60
8.4. Raportarea.....	61
Anexa nr.1 .....	62
<i>Drepturile și responsabilitățile pacientului (informație pentru pacienți) ....</i>	62
Anexa nr. 2 .....	63
<i>Acordul între beneficiar și Programul FTM, reprezentat de consultantul penitenciarului nr.____ pentru aplicarea farmacoterapiei de substituție ....</i>	63
Anexa nr. 3. ....	64
<i>Chestionarul pentru colectarea informației inițiale în cadrul FTM .....</i>	64
Anexa nr.4 .....	65
<i>Instrucțiune privind ordinea de livrare, distribuire, păstrare și evidență a metadonei în instituțiile penitenciare.....</i>	65
Anexa nr.5 .....	67
<i>Instrucțiune pentru medici și psihologi privind planul individual de tratament în cadrul FTM .....</i>	67
Anexa nr.6 .....	70
<i>Planul de activități al schimbării pentru pacient.....</i>	70
Anexa 7 .....	72
<i>Planul de activități al schimbării pentru lucrătorul medical, lucrătorul social și psiholog.....</i>	72
Anexa nr. 8 .....	73
<i>Interacțiuni farmacodinamice .....</i>	73
Anexa nr.9 .....	80
Raportarea.....	80
Anexa nr.10 .....	82
Recipisă .....	82
Anexa nr.11 .....	83

<b>Consimțămînt în formă scrisă .....</b>	<b>83</b>
<b>Anexa nr. 12 .....</b>	<b>84</b>
<b>Modele de fișe de post .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexa nr. 13 .....</b>	<b>92</b>
<b>Preparate medicamentoase utilizate în producerea substanțelor psihoactive.....</b>	<b>92</b>
Referințe bibliografice.....	94

## INFORMAȚIE EPIDEMIOLOGICĂ

Dependența de opiacee reprezintă un fenomen comun cu care se confruntă Republica Moldova și toate țările europene. UNODC estimează că la nivel mondial există circa 25 de milioane de consumatori de droguri, inclusiv 15,6 sunt consumatori de opiacee și 11,1 - utilizatori de heroină (aproximativ 0,3% din populația mondială).

Sistemul de asistență a consumatorilor de substanțe psiho-active include câteva componente sau arii de intervenție, aflate în legătură cu etapele distincte ale adicției, cum ar fi cazul urgențelor sau necesității asistenței imediate, tratamentul și asistența dependenței în sine sau reintegrarea socială. În toate cazurile, intervențiile terapeutice se desfășoară într-o anumită unitate, integrată operațional cu alte unități în care se desfășoară intervenții generale, de specialitate și specifice, posibil și cu serviciile sociale sau comunitare.

Prevenirea și tratamentul infecției HIV în rîndul grupurilor vulnerabile (utilizatorii de droguri injectabile din penitenciare), precum și accesul la servicii adecvate constituie una dintre cele mai mari provocări ale timpului nostru. Injectarea substanțelor opioide în Europa de Est, inclusiv în Republica Moldova, se află într-o strînsă legătură cu răspîndirea HIV și a hepatitei C.

La 1 ianuarie 2014 în Republica Moldova erau înregistrate cumulativ 8557 de persoane HIV pozitive, 3543 de femei și 5014 bărbați. La 1 ianuarie 2014 erau în viață 6805 persoane HIV pozitive, iar pe parcursul anului 2013 au fost diagnosticate 706 cazuri noi. Incidența infecției HIV la 100 000 populație în anul 2013 a constituit 17,99 (13,68 pe malul drept și 46,91 pe malul stîng al rîului Nistru). Conform estimărilor UNAIDS (Raportul GARP și IBSS 2009) în Republica Moldova, există 31,562 mii de consumatori de droguri.

Ratele de prevalență HIV și HCV sunt substanțial mai mari în locurile de detenție decît în comunitate. Focare de HIV și hepatita C în rîndul deținuților au fost documentate într-un număr mare de închisori în mai multe țări (Jürgens 2003, p. 4), iar alte studii au arătat că un procent semnificativ de cazuri de infectare cu HIV în rîndul consumatorilor de droguri injectabile au fost dobîndite în închisoare (Allwright și al., 2000; Hagan, 2003). Datele statistice din 13 țări ale Uniunii Europene relevă că între 2-31% din persoanele din penitenciare s-au injectat cel puțin o dată în timpul vieții. Rata este extrem de mare în comparație cu populația generală (EMCDDA 2012).

Comportamentele de risc prin consumul de droguri injectabile și transmitere a HIV și VHC în rîndul deținuților sunt bine documentate, prin utilizarea echipamentului de injectare nesteril și contactele sexuale neprotejate (Jürgens, cu bile și Verster 2009; Stover și al., 2008, OMS, 2008, Shewan și al. 2005).

La nivel global ratele prevalenței consumului de substanțe psihotrope și dependența sunt de pînă la zeci de ori mai mari în rîndul deținuților decît în populația generală (Fazel și al., 2006). În unele țări folosirea de opioide de către persoanele din penitenciare este de 100 de ori mai mare decît în comunitatea de

unde proveneau. Multe persoane care își injectau droguri înainte de închisoare reduc sau opresc injectarea atunci când ajung în detenție, unii oameni continuă, iar alții încep utilizarea. În multe state consumul de droguri este unul dintre principalele motive pentru condamnarea persoanei.

În detenție crește semnificativ comportamentul riscant al celor care continuă să utilizeze droguri. Deținuții fac acest lucru prin schimbul de echipament de injectare între mai mulți utilizatori de droguri (Dolan și al., 1996; Keene, 1997; Shewan și al., 1995). Experții estimează că pînă la 75% din deținuți, cu o istorie de CDI (consum de droguri injectabile), continuă să consume droguri în detenție (Hellard și al., 2004; Linii și al., 2005; Linii și al., 2006; Stark și al., 2006; Stover, 2002), și pînă la 25% din persoanele utilizatoare de droguri injectabile inițiază consumul în perioada aflării în detenție (Boys și al., 2003; Gore și al., 1995).

În pofida activităților intensive ale serviciilor abilitate din cadrul sistemului penitenciar din Republica Moldova, orientate spre contracararea pătrunderii substanțelor interzise, utilizarea de către deținuți a drogurilor ilicite rămîne o problemă actuală. Este cert faptul că fenomenul consumului de droguri există în penitenciare. Despre aceasta tangențial vorbesc și cantitățile de droguri (materie primă) depistate de către serviciile respective în penitenciare (ex.: 2003 – 14 kg 553 gr; 2004 – 13 kg 400 gr.; 2005 – 14 kg 994 gr.; 2006 -3 kg 379 gr; 2007-5 kg 853 gr; 2008 -5 kg 450 gr, 2009-3 kg 133 gr, 2010 - 1 kg 217 gr, 2011- 673 gr, 2012 – 1 kg 375 gr, 2013 – 2 kg 717 gr).

Numărul deținuților luați la evidență ca persoane predispuse spre consumul de droguri constituia în anul 2004 894 de persoane, în 2005 – 689 de persoane, în anul 2006 – 935; în 2007 – 821; în 2008 – 754; în 2009 – 654, în 2010 – 631, iar în anii 2011- 674, 2012 – 411 și 2013 – 430 de persoane.

Farmacoterapia cu metadonă reprezintă un element important și strategic, orientat spre depistarea precoce a persoanelor dependente de opiacee, evidențierea problemei cu minimalizarea și înlăturarea ulterioară a consecințelor medicale și sociale asociate consumului de droguri injectabile în penitenciare.

La 1 aprilie 2014 numărul cumulativ de beneficiari ai farmacoterapiei a fost de 319 persoane (261 de bărbați și 58 de femei), iar activ urmează FTM 66 de persoane drogdependente în 7 penitenciare: nr. 1 Taraclia, nr. 5 Cahul, nr. 6 Soroca, nr. 7 Rusca, nr. 9 Pruncul, nr. 11 Bălți, nr. 13 Chișinău, nr. 15 Cricova, nr. 16 Pruncul, nr. 17 Rezina și nr. 18 Brănești.

Este imperativă necesitatea dezvoltării unui model pentru organizarea serviciilor de asistență a dependenței de droguri, astfel încît acestea să răspundă în mare măsură nevoilor beneficiarilor, să permită abordări structurate și sistematice, care pot fi evaluate pe baza unor parametri obiectivi, care ulterior să permită implementarea unor standarde minime de calitate și bune practici.

Programul de farmacoterapie cu metadonă pentru utilizatorii de droguri a început cu mai mult de 50 de ani în urmă. Astăzi există la nivel mondial circa 800 000 de beneficiari: în Europa 300 000 de oameni primesc metadonă, în SUA - 180 000, iar în Australia - 20 000. În spațiul post-sovietic acest program este implementat în



Lituania, Letonia, Estonia, Azerbaidjan, Republica Moldova, Georgia, Ucraina, Belarus, Uzbekistan, Tadjikistan, Kazahstan.

## DEFINIȚII

Farmacoterapia cu Metadonă este un tratament medicamentos asistat și va fi folosit ca termen sinonim al Terapiei de Substituție cu Metadonă (TSO). Această formulare este preferată de către experții internaționali din domeniu în vederea accentuării proprietăților medicale ale preparatului metadonă.

Decizia de a iniția sau de a încheia tratamentul, ca și pentru orice altă maladie, trebuie să fie luată doar de către medic după discuția cu pacientul. Dependența de droguri este o maladie cronică. Tratamentul dependenței de droguri este ca și tratamentul altor maladii cronice care durează câțiva ani. Scurtarea curei sau întreruperea bruscă a tratamentului scade eficacitatea lui.

Rezultatele cercetărilor științifice indică faptul că dependența de droguri este o tulburare multifactorială de sănătate, ce însoțește adesea cursul unei boli cronice recidivante și remisive. Dependența de droguri produce modificări semnificative și de durată în chimia creierului și funcția acestuia și nu mai poate fi percepută doar ca o maladie acută. În ultimii ani, modelul bio-psiho-social a recunoscut dependența de droguri ca fiind o problemă cu multiple fațete ce necesită expertiza mai multor discipline, iar abordarea științifică multidisciplinară poate fi aplicată atât pentru cercetare, prevenire, cât și pentru tratamentul dependenței.

Metadonă este un opioid sintetic potent, iar efectul farmacologic al acestuia este similar celui produs de morfină. În cazul în care persoanele cu dependență de opioide primesc metadonă într-o doză adecvată, ea, de obicei, duce la o scădere în dorința de a utiliza heroina și alte opiacee, elimină simptomele de sevraj de opioide și blochează efectele euforice ale altor medicamente opioide. Metadonă este, de asemenea, folosită pentru ameliorarea durerii (*Protocolul Clinic Național: Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opioide, 2014, p. 7*).

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (2010), dependența de opiacee se caracterizează ca maladie printr-un complex de funcții cognitive, psihologice și de comportament. Potrivit clasificării internaționale, dependența de opiacee se referă la Maladii și Probleme de Sănătate (ICD), ediția a 10-a (ICD-10).

## REGLEMENTĂRILE NORMATIVE NAȚIONALE

La 15 februarie 2005 a fost aprobată Hotărîrea Guvernului nr. 166, care prevede, la p. 62, *implementarea farmacoterapiei cu metadonă pentru persoanele aflate în detenție, care suferă de dependență de opiacee, cu scopul minimalizării comportamentului delinvent.*

Prin Ordinul DIP nr. 49 din 24 martie 2005 „Cu privire la aplicarea terapiei substitutive bolnavilor de narcomanie în penitenciarele Republicii Moldova”, cu susținerea financiară din grantul Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, a început implementarea proiectului farmacoterapiei de substituție cu metadonă, cu extinderea către anul 2014 în 11 instituții penitenciare, inclusiv în 4 izolatoare de urmărire penală (detenție preventivă). Includerea penitenciarelor de detenție preventivă în program a majorat numărul de

beneficiari, a permis respectarea consecutivității în tratament în caz de transfer dintr-un penitenciar în altul, precum și în cazul transferului persoanelor aflate sub arest sau în urmărire penală, beneficiari ai programelor de farmacoterapie cu metadonă din societatea civilă.

În actele normative naționale, capitolul X al *Politicii Naționale de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021* face referire explicită la tratamentul farmacoterapiei cu metadonă pentru persoanele care suferă de dependență de opiacee. De asemenea, Strategia Națională Antidrog include prevederi legate de tratament, asistență și reabilitarea persoanelor care suferă de dependență.

## **CONTEXTUL JURIDIC ÎN VEDEREA IMPLEMENTĂRII FARMACOTERAPIEI CU METADONĂ ÎN PENITENCIARE:**

„Deținuții au dreptul să se bucure de cele mai înalte standarde de sănătate fizică și mentală. Acest drept este garantat în conformitate cu dreptul internațional, conform Articolului 25 din Declarația Universală a Organizației Națiunilor Unite privind Drepturile Omului și Articolul 12 din Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale. Comunitatea internațională, în general, a acceptat că deținuții își păstrează toate drepturile care nu sunt legate de motivul încarcerării. Privarea de libertate este o pedeapsă în sine și nu include pierderea drepturilor fundamentale ale omului. Prin urmare, statele au obligația de a pune în aplicare legislația, politicile și programele în conformitate cu normele internaționale în domeniul drepturilor omului și, prin urmare statele asigură deținuților servicii de sănătate echivalente cu cele disponibile în sectorul civil” (UNODC, UNAIDS, Banca Mondială, 2007). Neacordarea serviciilor medicale în tratamentul adicției se califică drept o încălcare în dreptul penal internațional.

- Recomandarea Consiliului Europei (2003/488/EC) din 18 iunie 2003 cu privire la prevalența și reducerea consecințelor negative pentru sănătate legate de consumul de droguri.
- Strategia Uniunii Europene în domeniul Drogurilor (2013-2020), capitolul II, subpunctul 19.6
- Legea nr. 382 din 6 mai 1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și a precursorilor.
- Legea nr. 713 din 6 decembrie 2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope.
- Sistemul penitenciar din Republica Moldova este o parte integrantă a Programului Național de Prevenire și Control al Infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, aprobat de Guvernul Republicii Moldova prin Hotărârea Nr. 1143 din 16 decembrie 2010.
- Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției cu HIV.
- Ordinul DIP nr. 49 din 24 martie 2005 cu privire la aplicarea terapiei substitutive bolnavilor de narcomanie în penitenciarele Republicii Moldova.
- Ordinul DIP nr. 34-FF din 29 martie 2005 privind desemnarea personalului responsabil pentru implementarea TS în instituțiile penitenciare, coordonator principal: Directorul DIP.

- Ordinul nr. 170 din 3 octombrie 2006 despre extinderea proiectului „Tratamentul de substituție în instituțiile penitenciare al DIP” în Penitenciarul nr. 15 Cricova și Penitenciarul nr. 18 Brănești.
- Dispoziția DIP nr. 80d din 22 iulie 2008 privind organizarea transportării sol. metadonă în instituțiile penitenciare ale Republicii Moldova.
- Ordinul DIP nr. 20 din 19 februarie 2010 despre realizarea proiectului „Extinderea tratamentului de substituție a persoanelor drogdependente” în penitenciarele nr. 11Bălți și nr. 13 Chișinău.
- Strategia Națională Antidrog pentru anii 2011-2018, Obiectiv specific subpunct 26, subpunctul 62 și Planul de Acțiuni 2011-2013, cap. *Tratamentul și reabilitarea consumatorilor de droguri.*

## **PRINCIPIILE ÎN ACORDAREA ASISTENȚEI MEDICO-SOCIALE PERSOANELOR CU DEPENDENȚĂ**

Pe toată durata FTM personalul medical va respecta bio-etica profesională, care include păstrarea și nedivulgarea datelor cu caracter personal. Testarea la substanțe psihotrope cu scop medical pentru includere în FTM rămîne a fi o informație cu caracter personal.

Conform Protocolului Clinic Național p.10 *Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opioide*, testarea la substanțe psiho-active este parte a diagnosticării, iar tratamentul adicției este un serviciu medical de care au voie să beneficieze toți cetățenii Republicii Moldova, mai cu seamă persoanele care se află în detenție. Conform Art. 177, Codul Penal al Republicii Moldova cu privire la încălcarea inviolabilității vieții personale” menționează că, de fapt ...„ (1) Culegerea ilegală sau răspîndirea cu bună-știință a informațiilor, ocrotite de lege (informative cu caracter medical), constituie încălcarea dreptului la viață și informație private. (1a) Culegerea ilegală a informațiilor menționate la alin. (1), fără consimțămîntul persoanei, cu utilizarea mijloacelor tehnice speciale destinate pentru obținerea ascunsă a informației, nu este conformă cu legea.

Metadona poate fi prescrisă în mai multe moduri: sub forma unui program de menținere pe termen scurt și lung și sub forma unui tratament de detoxificare. Evidențele sugerează următorul fapt: cu cît cazurile de dependență sunt mai severe, cu atît doza indicată va fi mai mare și perioada de tratament va fi mai lungă. Ultimele recomandări ale experților internaționali, precum Emilis Subata, sugerează faptul că farmacoterapia cu metadonă, fiind un tratament al unei boli cronice, poate fi indicată și pe o durată mai mare de 12 luni în funcție de dorința pacientului.

Noii pacienți intrați în tratament trebuie ținuți sub observație pentru primele cîteva ore. Primele doze ar trebui să fie mici. Pacientului, care este supravegheat, i se poate administra o doză adițională în cazul în care apar semne de retragere.

Este recomandat ca noii pacienți să înceapă să administreze metadonă dimineața și preferabil la începutul săptămînii, astfel încît concentrația maximă sangvină să apară atunci cînd există personal disponibil pentru consultație și intervenție.

### **Cost-eficiența programului**

Farmacoterapia cu metadonă este cost-eficientă. Studiul britanic NTORS a constatat că pentru fiecare 1£ (liră sterlină) investită în tratament se obține o economie de 3£ legată de costurile pentru victimele crimelor. În plus, farmacoterapia cu metadonă a redus cererile aduse sistemului de justiție privind criminalitatea.

Studiile științifice furnizează dovezi consistente că farmacoterapia cu metadonă, în comparație cu alte metode de tratament, reduce consumul de heroină în mod semnificativ și păstrează pacienți în tratament (Mattick R. și alții, 2003; Mayet S., M. Farrell, Ferri FPM, Amato L, Davoli M, 2004), reduce riscul de infectare cu HIV (Gowing L. și alții, 2008).

Eficacitatea farmacoterapiei cu metadonă a fost cercetată în anii 2004-2006 într-un studiu realizat, în cooperare cu Organizația Mondială a Sănătății, în instituțiile medicale din Lituania, Polonia, Indonezia, Iran, China și Thailanda (Lawrinson P. și alții, 2008). În total, 726 de pacienți, inclusiv 102 persoane din Lituania, au fost incluse în cercetare. În Lituania, studiul a furnizat dovezi de ameliorare semnificativă, după o perioadă de 3 și 6 luni, a calității vieții pacienților în farmacoterapia cu metadonă, ținând cont de evaluarea subiectivă a stării lor de sănătate (Padaiga Z., Subata E., Vanagas G., 2007). În toate țările participante la studiu, indiferent de contextul lor economic și cultural, s-a atestat o scădere importantă a utilizării de heroină și alte droguri ilegale, s-au diminuat comportamentele riscante legate de infecția HIV și alte infecții ce se transmit prin sânge, precum și a comportamentului delincvent. Rezultatele au confirmat, de asemenea, o îmbunătățire semnificativă a stării de sănătate fizică și mintală (Lawrinson P. și alții, 2008).

Identificarea gradului de dependență este esențial anterior prescrierii metadonei. Inducția, planul de tratament și doza inițială trebuie determinate cu grijă. Pacienții trebuie informați nu numai în legătură cu efectele farmaceutice ale metadonei și pericolele pe care le implică utilizarea altor substanțe în timpul tratamentului cu metadonă, dar și asupra riscului de supradoză.

# CAPITOLUL 1

## Noțiuni generale

**Drogul** este substanța care, fiind absorbită de un organism viu, îi modifică una sau mai multe funcții (OMS – Organizația Mondială a Sănătății); în sens farmacologic, drogul este o substanță utilizată sau nu în medicină, a cărei folosire abuzivă poate crea dependență fizică și psihică sau tulburări grave ale activității mintale, ale percepției și ale comportamentului.

### Clasificări ale drogurilor:

În literatura de specialitate și în practică există numeroase clasificări ale drogurilor, avînd la bază diferite criterii, cele mai cunoscute fiind: după efectul produs asupra sistemului nervos central - SNC, după originea lor, după regimul juridic al substanțelor sau după dependența generată.

**A. Clasificarea drogurilor în funcție de efectul asupra SNC:** se consideră în general cea mai adecvată fiind cea utilizată în practică de agențiile și organismele ONU, preluată și de Organizația Internațională de Poliție Criminală – Interpol.

În conformitate cu acest criteriu, drogurile se clasifică astfel:

1. Substanțe stimulente sau psihanaleptice
2. Substanțe depressoare sau psiholeptice
3. Substanțe perturbatoare (halucinogene) sau psihodisleptice.

1. **Stimulentele** sunt substanțe care accelerează activitatea SNC. Din această categorie fac parte: frunzele arbustului de coca. Drack-ul, khat-ul, amfetaminele, anorexigenele și psihostimulenții. Acestea se subclasifică în:
  - Stimulente ale veghii: amfetamina, cofeina, cocaina. În doze moderate acestea întrețin starea de veghe, cresc activitatea mintală și creează o senzație de bine
  - Stimulente ale umorii: substanțe care îndepărtează starea depresivă.

#### 2. Depresoarele

Sunt substanțe care încetinesc activitatea SNC în general cu efecte analgezice și sedative. Principalele substanțe care fac parte din această categorie sunt: opiul și derivații săi (morfină și heroină, metadona, petidina, codeina), medicamente pe bază de opiu sau derivații acestuia, morfinice de sinteză, barbiturice, tranchilizante și hipnoticele

**Halucinogenele** sunt substanțe care perturbă activitatea SNC și provoacă alterări ale percepției, temporale și spațiale. În fapt, ele „*deformează senzațiile și percepțiile celui care le utilizează*”. În această categorie sunt cuprinse: cannabisul, LSD 25, mescalina Ecstasy, PCP, Psilocybina, Psilocyna și altele.

### B. Clasificarea drogurilor în funcție de originea produsului:

1. Naturale
2. Droguri de semisinteză
3. Droguri de sinteză (sintetice).

1. **Drogurile naturale** sunt cele obținute direct din plante sau arbuști: opiul și opiaceele, cannabisul și rășina acestuia, khat-ul, frunzele de coca și derivații săi și alte plante cu principii halucinogene.

**2. Drogurile de semisinteză** sunt cele realizate prin procedee chimice, pornind de la o substanță naturală extrasă dintr-un produs vegetal (heroina, LSD).

**3. Drogurile de sinteză** sunt elaborate în întregime prin sinteze chimice: metadona și morfina (utilizate în scopuri medicale), mescalina, LSD 25, amfetamina, designer-drugs, ecstasy ori alte substanțe psihotrope obținute în laboratoare ilegale. La fel în această categorie sunt incluși și „*solvenții volatili și alte produse cu proprietăți asemănătoare drogurilor*”. Tot droguri de sinteză sunt considerate mai multe produse deturnate de la folosirea lor tradițională, fiind totodată larg răspândite și ușor de procurat. Acestea cauzează o puternică dependență psihică și uneori fizică, producând totodată și fenomenul de toleranță.

**C. În funcție de regimul juridic al substanțelor, acestea se împart în două categorii:**

- Substanțe a căror fabricare și administrare sunt **supuse controlului** (de exemplu: morfina, metadona, barbituricele) – sunt folosite în tratamente medicale.
- Substanțe **total interzise** (LSD, ecstasy, cocaină).

OMS definește **dependența** ca fiind starea fizică sau psihică ce rezultă din interacțiunea unui organism cu o substanță, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimți efectele psihice și pentru a înlătura suferințele.

**Adicția:** dependența fizică și/sau psihică de o substanță, în special alcool, tutun și/sau alte droguri, sau de anumite activități, cum ar fi jocurile.

**Dependența de opiacee** este „o boală fiziologică caracterizată printr-un deficit metabolic permanent” care poate fi cel mai bine rezolvat prin administrarea persoanei dependente a „unei cantități suficiente de medicament care să stabilizeze deficitul metabolic” (Dole și Nyswander, 1965; Ward și colab., 1998). S-a susținut că dozele mari zilnice de metadonă blochează „necesitatea” de heroină, împiedicând efectul euforic.

Sindromul dependenței de opioide constituie o dereglare mintală și comportamentală cauzată de folosirea substanțelor opioide care afectează receptorii opioizi ai creierului. Acești receptori sunt situați în creierul central în sistemul dopaminergic mezolimbic. Factorul decident din etiologia maladiei este determinat de folosirea persistentă a opioidelor ce activează sistemele de motivare ale creierului care, de regulă, sunt activate de astfel de stimulente cum sunt hrana, apa, pericolul sau partenerul sexual. Această schimbare în funcționarea creierului transformă modul de gândire și de comportament. Prin urmare, schimbările ce au loc în funcțiile creierului pot afecta semnificativ comportamentul. Cu alte cuvinte, dependența de opioide este o maladie cauzată de activitățile cerebrale modificate, cum ar fi în cazul altor maladii neurologice și mintale. Formarea maladiei este influențată de factorii psihologici, genetici, sociali, de mediu ai persoanei și au o importanță majoră la stadiul inițial de manifestare a maladiei (OMS, 2004).

**Narcotic:** substanță care provoacă narcoză, somn. În accepțiunea internațională, prin acest termen sunt desemnate substanțe stupefiante (de ex.: morfina, cocaina, opium).

**Stupefiant:** sinonim cu medicament care inhibă centrii nervoși, provocând o stare de inerție fizică și psihică. Induce dependență fizică și psihică severă. Consumul acestor substanțe este interzis prin lege.

**Politoxicomania:** consumul mai multor droguri, deseori cu intenția de a le spori efectele sau de a contracara efectele unora în beneficiul altora.

**Toleranța:** Toleranța constă în dispariția treptată a efectelor unei substanțe ce este administrată repetat, pe o anumită perioadă de timp, încât pentru a obține același efect este necesară creșterea progresivă a dozei. Efectul pe termen relativ lung este instalarea unei intoxicații cronice, cu consecințe grave asupra stării de sănătate.

**Abstinența** este abținerea voluntară de la satisfacerea unor necesități fiziologice (ca cea alimentară) sau a unor plăceri (de exemplu, tabacică, alcoolică, narcotică etc.).

**Sindromul de sevraj.** Sindromul de sevraj sau „de retragere” este definit ca un grup de simptome de severitate diferite, care rezultă din încetarea sau reducerea consumului de droguri, care a fost acceptat pentru o perioadă lungă de timp și/sau la doze mari. Sindromul poate fi însoțit de simptome de tulburări psihologice și fiziologice. Sindromul de sevraj este unul dintre semnele dependentei de droguri și se manifestă prin hipertensiune arterială, palpitație, transpirație profundă, tremurături, artralгии pronunțate, cefalee, vertijuri, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic etc.

**Agonistul** un compus chimic (ligand) care la interacțiunea cu receptorul își schimbă starea, ceea ce duce la un răspuns biologic, cum ar fi metadona și heroina, care sunt agoniști pentru receptorii opioizi.

**Antagonist.** O substanță care antagonizează efectul altor medicamente. În termeni farmacologici, antagonistul interacționează cu receptorilor neuronilor, inhibând acțiunea agenților (agoniști), care produce un răspuns fiziologic sau comportamental prin efectul lor asupra acestor receptori. De exemplu, naloxona este antagonist opioidelor, blochează rapid receptorii opioizi, astfel anulând rapid efectul unei supradoze de opiacee cum ar fi heroina.

**Metadonă.** Substanță sintetică din grupul opioizilor utilizată în tratamentul de menținere a persoanelor dependente de opioide. Aceasta are un timp de înjumătățire lung și poate fi administrat oral, o dată pe zi sub supraveghere. Un astfel de tratament este cel mai utilizat pe scară largă în dependența de opiacee în mai multe țări. În cazul în care persoanele cu dependență de opioide primesc metadona într-o doză adecvată, ea, de obicei, determină o scădere în dorința de a utiliza heroina și alte opiacee, elimină simptomele de sevraj de opioide și blochează efectele euforice ale altor medicamente opioide. Metadona este, de asemenea, folosită pentru atenuarea durerii.



**Buprenorfina** este un analgezic opioid și un agonist parțial al receptorilor  $\mu$  ce poate fi folosit cu succes în tratamentul dependenței de heroina. Buprenorfina (agonist parțial) determina activarea receptorilor  $\mu$ , activare ce crește odată cu majorarea dozei până la atingerea unui prag. Agoniștii opioizi totali ca metadona și heroina cresc activitatea receptorilor odată cu sporirea dozei, însă nu ating un prag. Buprenorfina are o mare afinitate pentru receptorii opioizi și disociază greu de aceștia (buprenorfina are o acțiune de 25-40 ori mai puternică decât a morfinei). Din cauza acestei afinități crescute, substanța desprinde opioizii de pe receptorii  $\mu$ , astfel determinând un sindrom de retragere la subiecții care au folosit recent drogul.

**Detoxifiere:** dezicerea de dependența fizică de droguri și curățirea organismului de substanțe narcotice. În procesul de detoxifiere în organism sunt introduse multe preparate medicamentoase, deseori i/v. Detoxifierea decurge de la 5 până la 12 zile și poate fi realizată doar în instituțiile medicale de stat. Detoxifierea elimină doar dependența fizică, atracția însă rămîne. După detoxifiere dispăre capacitatea de a tolera drogurile. Doza obișnuită pentru un dependent de droguri poate deveni mortală.

**Supradoză:** administrarea unei cantități de drog mai mari decît capacitatea de metabolizare a organismului.

**Naloxona.** Naloxona este un antagonist opioid care, injectat subcutan sau intramuscular, anulează efectul heroinei în corp prin blocarea receptorilor de opiacee din creier pentru 30-90 de minute. În felul acesta se cîștigă timpul necesar pentru acordarea ajutorului de urgență și tratării supradozei. Naloxona nu are alt efect asupra corpului și nu este o substanță toxică.

### **Farmacoterapia cu Metadonă (FTM)**

Studiile științifice asigură dovezi consecvente privind faptului că farmacoterapia cu metadonă (FTM), comparată cu alte metode de tratament, reduce semnificativ consumul de heroină și menține pacienții în tratament (Mattick R. și alții, 2003; Mayet S., Farrell M., Ferri MMF, Amato L, Davoli M, 2004), diminuează riscul de infectare cu HIV (Gowing L. și alții, 2008). Analizînd datele științifice care susțin eficacitatea farmacoterapiei cu metadonă și buprenorfină, ambele substanțe medicamentoase au fost incluse în lista medicamentelor esențiale elaborată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 2005) ediția a 14-a. Numărul de persoane din regiunea europeană incluse în tratamentul cu metadonă constituie 400 000 (OMS, 2004b).

Beneficiul acestui tip de substituție pentru dependenții de droguri este abilitatea de a schimba comportamentul riscant cu unul mai sigur și de a stabili sănătatea lor și statutul social înainte de a trece la soluționarea altor probleme asociate cu dependența. Iar substanța studiată cel mai bine și cel mai des utilizată pentru tratamentul medicamentos al dependenței opioide cu agoniști este metadona.

Metadonă a fost folosită pentru prima oară în anul 1960. Acesta este un agonist opioid sintetic, cu o acțiune de lungă durată, care se absoarbe ușor atunci cînd se administrează pe cale orală și nu produce simptome de sevraj timp de 24 de ore, ceea ce permite să fie administrată o dată pe zi. Studiile au demonstrat că

metadona blochează cu succes simptomele de abstenență de opiacee și euforie provocată de opioide de scurtă durată. S-a constatat că doza de metadonă de 60 până la 120 mg/zi sau mai mari este cea mai eficientă pentru menținerea aderenței pacienților la tratament, reducerea consumului ilicit de droguri și comportamentul infracțional.

## CAPITOLUL 2

### DOMENIUL DE APLICARE ȘI SCOPUL

#### 2.1. Dovezi de eficacitate ale metadonei

S-a constatat că utilizarea metadonei reduce consecințele enorme pe care le provoacă dependența de opiacee pentru cei dependenți, pentru familiile lor și societate în general, prin reducerea consumului de heroină, mortalității asociate cu consumul de droguri, risc de infectare cu HIV și implicare în activități delincvente, micșorarea costurilor pentru servicii de sănătate.

FTM este o componentă importantă de prevenire a infecției HIV, HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile. Eficiența FTM crește în combinație cu sprijinul psiho-social. Suportul psiho-social poate fi oferit în condițiile de tratament bazat pe eliminarea totală a drogurilor sau în combinație cu FTM. Asigurarea de suport psiho-social și consiliere pentru promovarea schimbării comportamentale și a stării emoționale joacă un rol important în procesul general de tratament a dependenței de droguri.

FTM oferă, de asemenea, oportunități ample pentru inițierea terapiei antiretrovirale în rândul utilizatorilor de droguri HIV-pozitivi. Terapia de susținere ajută consumatorii de droguri opiacee să asigure stabilitate în viața lor și să evite multe dintre complicațiile legate de consumul de droguri injectabile. De asemenea, această terapie contribuie la tratament, și prin urmare, este considerată un element important al strategiilor de a păstra CDI activi în tratamentul antiretroviral. FTM oferă, totodată, oportunități suplimentare pentru extinderea tratamentului antiretroviral, îmbunătățește aderența și facilitează accesul la asistența medicală.

În plus, organizarea rezonabilă a programului FTM în penitenciare are o serie de avantaje atât pentru sănătatea deținuților beneficiari, cât și pentru sistemul penitenciar și societate în ansamblu.

În special, studiile au arătat că:

- Farmacoterapia constantă este asociată cu o reducere a mortalității în urma supradozării
- În comparație cu programe de detoxifiere, FTM în închisoare contribuie într-o măsură mult mai mare la faptul că deținuții încep sau continuă tratamentul imediat la admitere și îl urmează și după eliberare
- FTM are un efect benefic asupra comportamentului în penitenciare, reducând necesitatea de droguri și sporind gradul de securitate a penitenciarului
- Deținuții și personalul din penitenciar afirmă că FTM are un efect benefic asupra vieții în detenție
- Crește aderența la TARV
- Mai ușor se reintegrează în societate după reabilitare.

#### 2.2. Farmacodinamica și farmacocinetica

##### 2.2.1 Farmacodinamica metadonei

Metadona (*methadone hydrochloride* sau *6-dimethylamino-4, 4-diphenyl-3-hepatone hydrochloride*) este un opioid sintetic potent și efectul farmacologic al acesteia 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 u-receptori și este similar celui produs de opioidele endogenice cum ar fi encefalina și endorfina. Metadona sporește eliminarea unor neuromediatori: 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 sporesc la fel concentrația de serotonină în sinapse (inhibitori selectivi de re-absorbție a serotoninei, noua generație de medicamente contra migrenei etc.) necesită o ajustare precaută.

### **2.2.2 Farmacocinetica metadonei**

Metadona se absoarbe bine la nivelul tractului gastro-intestinal atât ca sirop, cât și ca tabletă. Are o biodisponibilitate bună cuprinsă între 80 și 90%. Timpul de înjumătățire este estimat între 24 și 36 de ore cu variații individuale considerabile (10-80 de ore). Metadona este metabolizată preponderent în ficat, fiind eliminată din organism atât metabolizată, cât și nemetabolizată prin urină și fecale (Ward și colab., 1998; Humeniuk, 2000). Profilul farmacologic conferă metadonei proprietăți care o fac deosebit de atractivă pentru tratamentul de substituție li permit o administrare orală într-o singură doză zilnică cu nivele plasmatiche constante după administrare repetată și fără sindrom de sevraj în cazul administrării unice, zilnice.

Rata de metabolizare a metadonei prin enzima CYP3A4 afectează clearance-ul metadonei din organism. Activitatea enzimei CYP este influențată de factori genetici, de mediu și de unele medicamente. Activitatea enzimei poate varia mult, ceea ce conduce fie la toxicitate, fie în cealaltă extremă, la sevraj. Astfel unele medicații cum ar fi tratamentul antiviral pentru HIV, unele antiepileptice, antituberculoasele induc modificări ale concentrației plasmatice de metadonă.

### **2.3. Criterii de diagnostic**

Există două criterii de diagnosticare acceptate pe internațional, care cuprind dependența de droguri: a zecea revizuire a Clasificării Internaționale a Maladiilor (ICD 10), publicată de OMS în anul 1992 și a patra ediție a Manualului de Diagnosticare a Tulburărilor Mintale (DSM - V), publicat de Asociația Psihiatrică Americană în 1994. Din perspectiva caracterului european al acestor recomandări, ne referim la primul criteriu al ICD 10, care definește sindromul de dependență ca fiind „un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care folosirea unei substanțe sau a unei clase de substanțe reprezintă o prioritate pentru un anumit individ comparativ cu alte comportamente considerate înainte mai valoroase...” (Comitetul de experți OMS în problema dependenței de droguri, 1998).

Diagnosticul este stabilit de către medicul-psihiatru după evaluarea datelor din anamneza bolii pacientului, informației despre consumul de substanțe psihotrope și istoriei tratamentului dependenței de astfel de substanțe, precum și a datelor

despre condițiile de viață, ocupație și situația juridică. Datele subiective sunt completate cu datele examinării obiective (simptomele obiective de sevraj și intoxicare, semne de injectare și complicațiile acestora etc.).

Sindromul dependenței de opioide este diagnosticat atunci când în decursul a 12 luni sunt prezente cel puțin 3 din 6 criterii identificate în clasificarea ICD-10 (Asociația Psihiatrică Lituaniană, 1992, OMS, 2003). Criteriile ICD-10 de diagnosticare a dependenței de opioide sunt, după cum urmează:

- Dorința puternică sau sentimentul compulsiv de a consuma opioide
- Dificultăți în controlul comportamentului de consum al opioidelor în termeni de început, încheiere sau doză
- Starea fiziologică de abținere atunci când consumul de opioide a fost stopat sau redus, fapt ce se caracterizează prin sindrom de sevraj (strănut, deviere, lăcrimarea ochilor, pupile dilatate, diaree, diverse senzații de durere a corpului, cerința obsesivă de a consuma opioide, insomnie, stare depresivă, agitație, iritabilitate)
- Toleranța care presupune doze mai mari de opioide pentru a atinge efectele inițiale obținute cu doze mai mici (toleranța la opioide poate fi sporită de câteva ori sau chiar de multe ori, depășind dozele care pot fi cauza unei respirații insuficiente sau chiar a decesului unei persoane sănătoase)
- Neglijarea progresivă a plăcerilor sau intereselor alternative din cauza consumului de opioide și perioade mai îndelungate de timp necesare pentru obținerea substanțelor opioide sau pentru restabilirea de la efectele acestora
- Persistența în consumul de opioide în pofida dovezii clare de existență a consecințelor negative, cum ar fi complicațiile din cauza injectărilor.

#### **2.4. Planul și scopul farmacoterapiei (durată și doze)**

Aceste recomandări nu pot modifica posibilele restricții locale în opțiunile terapeutice, însă trebuie menționat că atât literatura internațională, cât și experiența acumulată în timp, în diferite părți ale lumii, evidențiază importanța disponibilității unei camere separate pentru evaluarea și stabilirea farmacoterapiei individuale. Restricțiile în spațiile disponibile, în doze sau în durata de tratament sunt neproductive pentru un tratament eficient al dependențelor la opiacee. Decizia asupra farmacoterapiei individualizate trebuie să se bazeze cât mai mult pe o evaluare riguroasă a ceea ce va funcționa pentru individ bazat pe experiența credibilă despre ceea ce poate fi eficient.

Decizia în alegerea farmacoterapiei se axează pe: tipurile de farmacoterapie disponibile, pe istoricul pacientului, situația actuală, rețeaua de suport social și dorința exprimată. Decizia se bazează la fel pe evaluarea medicului privind aspectele necesare monitorizării și derulării farmacoterapiei.

## CAPITOLUL 3

### CONDUITA PACIENTULUI - PENTRU MEDICI

#### 3.1. Conduita pacientului CDI

Programele de farmacoterapie cu metadonă trebuie corelate cu programele de reducere a riscului.

Acest lucru este important atât pentru cuprinderea maximă și menținerea CDI în programul de tratament substitutiv, cât și pentru oferirea de consultație privind reducerea riscului și accesibilitatea serviciilor medicale oferite. Datorită stabilizării comportamentului CDI, metodele de reducere a riscului și farmacoterapia cu metadonă ar putea diminua consecințele medicale și psihosociale ale consumului produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.

În tratamentul pacienților HIV-infecțiați cu dependență opioidă se impune necesitatea coordonării activităților serviciilor de patru tipuri:

- Practica medicală generală și clinicile infecțioase
- Reducerea riscului
- Asistența narcologică
- Asistența psihologică și socială.

Acordarea cu succes a asistenței medicale pentru consumatorii activi de substanțe stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora trebuie să corespundă câtorva principii generale. Astfel, asistența medicală trebuie:

- Să fie accesibilă
- Să fie gratuită
- Să fie prietenoasă, prestată de cadre cu atitudini imparțiale
- Să corespundă necesităților individuale

Să fie continuă (prin intermediul sistemului de referințe medicale), ce ar asigura interacțiunea între instituțiile medico-sanitare, serviciile sociale, asociațiile de CDI și familiile acestora.

#### 3.2. Asistența medicală multisectorială

Asistența medicală multisectorială include:

- Tratamentul dependenței opioide, inclusiv FTM
- Diagnosticul și tratamentul altor afecțiuni concomitente, plus a complicațiilor consumului intravenos al produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora
- Profilaxia și tratamentul infecțiilor oportuniste condiționate de infecția HIV
- Vaccinarea contra virusul hepatitei virale B
- Îngrijiri paliative în stadiile avansate ale bolii.

Utilizarea și dependența la opiacee sunt asociate cu o serie de probleme de ordin medical, legal și psihosocial. O persoană este aptă să inițieze farmacoterapia cu metadonă dacă riscurile individuale și sociale asociate consumului au șanse să fie

reduse prin începerea tratamentului. Este bine ca toate problemele constatate la evaluare să fie rezolvate încă de la început prin colaborarea cu serviciile complementare (consiliere psihologică, interviu motivațional etc.).

### 3.3 Inducție

Există mai multe forme de comercializare a metadonei. În Republica Moldova este utilizată forma lichidă, cu o concentrație de 1 mg./ml., la care vor fi făcute referi în continuare.

Calcularea dozei corecte de inițiere a terapiei trebuie să se facă ținând cont de:

- scopul tratamentului
  - variază în funcție de zonă și timp
  - acțiune de lungă durată
  - poate fi fatală, dar o doză mică nu va fi eficace.
- Doza corectă depinde de  
Puritatea heroinei ilicite  
Metadona este un opioid cu  
O doză mare de metadonă

Începând tratamentul cu o doză prea mare, există riscul de toxicitate și deces. Cu toate acestea, și o doză prea mică presupune riscuri pentru că, dacă apar simptome de sevraj, pacientul poate fi tentat să folosească droguri ilicite sau benzodiazepine pentru a se liniști. Combinația metadonei cu alte substanțe poate și ea fi toxică și poate provoca deces sau diverse reacții adverse. Pe de altă parte, unii pacienți care metabolizează mai rapid metadona pot fi și ei expuși la fenomene de sevraj. Există dovezi că pacienții care intră în tratament au un risc mai mare de deces în prima lună decât înainte de intrarea în tratament.

După confirmarea dependenței de opiacee a unui pacient, trebuie evaluată toleranța și doza de metadonă necesară. În mod obișnuit, pentru determinarea toleranței se folosește anamneza, pentru a afla doza de drog folosită și perioada de consum. Suplimentar, datele pot fi verificate folosind elemente obiective, cum ar fi aspectul venelor și testele de urină. Cîștigarea încrederii pacientului este vitală în obținerea unor informații corecte. Este necesară alocarea unei perioade suficiente de timp pentru interviul clinic și este util și consultul altor medici pe care pacientul i-a vizitat anterior.

Pentru un bun start al tratamentului cu metadonă este absolut obligatorie ofirirea către pacient a unor informații esențiale. Dintre acestea nu trebuie să lipsească:

- Faptul că efectul maxim al metadonei apare la 2-4 ore după administrare
- Acumularea metadonei în timp face ca efectul real al unei doze fixe să apară după 3 pînă la 5 zile de tratament
- Există riscuri mari de toxicitate și deces în cazul consumului concomitent al metadonei și altor medicamente sau droguri, cum ar fi alte opiacee, cocaină, benzodiazepine sau alcool
- O serie de medicamente folosite de pacient în mod curent sau întâmplător pot determina modificări ale concentrației metadonei în organism.

Unul sau mai multe din următoarele criterii pot ajuta la identificarea pacienților, cu risc crescut de toxicitate la metadonă:

- Este prima lor prezentare la medic, iar antecedentele lor medicale și legate de consumul de droguri sunt neclare
- Există șanse mari să fie dependenți sau să consume mai multe medicamente sau droguri
- Gradul neuroadaptării pacientului este incert
- Există antecedente de suferință respiratorie semnificativă
- Există antecedente de suferință clinică semnificativă hepatică
- Se află în prezent sub tratament cu substanțe ce inhibă enzima CYP3A4.

Acești pacienți trebuie supravegheați și examinați la 2-4 ore după primele 3 până la 5 administrări de metadonă pentru a putea depista semne și simptome de toxicitate, iar dozele lor n-ar trebui majorate în primele 4 zile (Humeniuk și colab., 2000).

Este recomandabil ca tratamentul cu metadonă să înceapă dimineața și în debutul săptămânii, astfel încât concentrația maximă să se realizeze pe perioada în care se poate interveni.

Scopul unei inducții corecte este eliminarea sevrajului. În general, doza inițială variază între 10 și 30 mg. În cazul unei toleranțe crescute la opiacee, doza recomandată este de 25-40 mg. În cazurile cu toleranță neclară este de preferat o doză între 10 și 20 mg. În cazul începerii cu o doză mică este important să menținem pacientul sub observație câteva ore și, în caz de semne de sevraj, să administrăm suplimentar doze mici.

Pentru farmacoterapia pe termen lung este recomandabil ca dozele să nu crească cu mai mult de 20 mg pe săptămână până la 60-120 mg. Timpul necesar pentru stabilizarea unui pacient cu metadonă poate dura chiar mai mult de 6 săptămâni.

Deși majoritatea pacienților pot fi tratați adecvat cu o doză zilnică între 60-120 mg, nu există date obiective (cum ar fi determinările concentrației plasmatice de metadonă) pentru a stabili doza zilnică adecvată pentru fiecare pacient. Solicitarea opiniei pacientului despre doza de metadonă care îi este administrată de obicei are un efect pozitiv asupra tratamentului.

Trebuie menționat că persoanelor cu un nivel emoțional ridicat sau tulburări de personalitate cum ar fi schizofrenia le este indicată o doză de menținere zilnică mare și nu una mică. Pacientul cărui i se administrează doze mari trebuie supravegheat astfel încât acesta să nu consume în același timp și alcool sau benzodiazepine. Totuși, trebuie luat în considerare faptul că dependența de alcool și/sau benzodiazepine pot fi rezultatul unei subdozări cu metadonă. În acest caz, doza de stabilizare ar trebui reconsiderată.

FTM nu trebuie examinată ca o intervenție izolată, ci ca o parte dintr-un program adecvat de îngrijiri medicale. Este esențial să fie identificate și rezolvate și alte probleme: medicale, sociale, de sănătate mintală sau legale. Acest lucru poate fi făcut fie de personalul din cadrul programului de metadonă, fie prin cooperarea cu alte servicii și instituții. O abordare multidisciplinară față de FTM este esențială.

### 3.4 Încheierea farmacoterapiei cu metadonă



În perioada de stabilizare reducerea dozelor trebuie inițiată doar dacă pacientul s-a menținut abstinent la heroină, deci diminuarea dozelor trebuie luată în discuție numai după ce pacientul este stabilizat și a făcut schimbări în stilul său de viață. Complanța va fi menținută doar dacă și medicul și pacientul sunt de acord cu începerea reducerii dozelor. Micșorarea dozelor fără acordul pacientului este practic sortită eșecului, de aceea este preferabil ca tratamentul să fie continuat cu o doză stabilă pînă cînd pacientul este de acord cu scăderea dozelor.

Unii cliniciști sugerează că, în cazul dozelor de stabilizare mai mari de 120 mg, doza poate fi redusă cu 20 mg/lună. Doza trebuie micșorată în prima zi din prima săptămîină a lunii și menținută stabilă în următoarele 3 săptămîni. Pentru dozele între 60 și 120 mg reducerea menționată de 10 mg/lună este recomandabilă, iar pentru pacienții cu doze între 30 și 40 mg este recomandată reducerea cu 5 mg/lună.

Finisarea FTM treptat, de obicei, va induce un sindrom de sevraj neesențial. Datorită timpului de înjumătățire relativ mare și acumulării în țesuturi pe perioada substituției relativ importante, sindromul de sevraj este mai îndelungat decît în cazul opiaceelor cu acțiune scurtă, ca heroină și morfina. Pentru a reduce și preveni cît mai mult anxietatea pacientului este bine să i se ofere informații cît mai corecte și mai exacte despre ce va urma să se întîmple.

Cercetările disponibile sugerează că este de preferat o reducere mai lentă a dozelor. Oricum, ca toate celelalte decizii privind planul de tratament, și aceasta este cel mai bine de adoptat în urma consultării cu pacientul. Există și opțiunea ca reducerea să se facă fără informații asupra dozei, întrucît unii pacienți preferă să nu cunoască detalii legate de reducere ca să nu-și creeze anxietate sau speranțe inutile. Consilierea și suportul sunt foarte importante în această perioadă de renunțare treptată la metadonă și sunt necesare și după întreruperea administrării datorită sindromului post-metadonă. Acest sindrom este reprezentat atît de simptome ușoare ale fazei de sevraj, cît și de temerile legate de o viață fără opiacee.

Dezvoltarea serviciilor post-cură (post-tratament) incluse educație, aptitudini de antrenament și trăsături derivate din grupuri de sprijin de la egal la egal (de ex., ONG-uri sau comunitățile terapeutice).

#### **3.4.1. Principii de severitate după anularea opioidelor**

Caracterul sever al simptomelor după abținerea/anularea opioidelor depinde de doza și particularitățile farmacologice ale opioidelor utilizate, precum și de gradul de modificări neuroadaptive care au avut loc la pacient. Drogurile cu timp scurt de înjumătățire vor da naștere la simptome de sevraj, la o etapă mai devreme decît cele cu timp lung de înjumătățire, simptomele vor atinge punctul culminant, de asemenea, se vor rezolva mai devreme. Retragerea heroinei netratate sau retragerea morfinei de obicei ajunge la apogeu la 36-72h după ultima doză, iar simptomele se vor diminua semnificativ după 5 zile. Anularea/abandonarea prematură a farmacoterapiei cu metadonă sau alte opiacee cu durată lungă de acțiune, de obicei, ajunge la apogeu la 4-6 zile, iar simptomele nu dispar substanțial timp de 10-12 zile. Anularea/abandonarea prematură a buprenorfinei în

urma întreruperii tratamentului cu buprenorfină pe termen lung apare în decurs de 3-5 zile de la ultima doză, și caracteristici ușoare pot continua timp de mai multe săptămâni.

#### **3.4.2 Semnele și simptomele de abstenență la opioide și evaluarea severității anulării/abandonării sunt enumerate mai jos:**

- transpirație
- lăcrimare
- căscat
- senzație de căldură și frig
- anorexie și crampe abdominale
- greață
- vomă și diaree
- tremur
- insomnie și agitație
- dureri generalizate și articulare
- tahicardie
- hipertensiune arterială
- piloerecție (*Gooseflesh*)
- pupile dilatate
- creșterea peristaltismului intestinal.

### **3.5 Tratamentul supradozării**

Supradoza cu opiacee este identificată printr-o combinație de semne și simptome, inclusiv mioză și depresie respiratorie. Pupilele dilatate sugerează un diagnostic alternativ. Pacienții suspecți cu supradoză de opiacee trebuie tratați dacă rata respiratorie este mai mică de 10 pe minut sau dacă sunt hipoxici pe pulsoxymetrie (saturația de oxigen <92%).

Tratamentul inițial al pacienților hipoxici ar trebui să includă oxigen suplimentar și ventilația asistată, după caz. Aceasta ar include, de obicei, curățarea a căilor respiratorii și aplicarea sacului sau masca de ventilație cu oxigen.

Naloxona are o durată scurtă de acțiune și este antagonist neselectiv al receptorilor opiacei, care are o istorie clinică lungă de utilizare cu succes pentru tratamentul supradozării. Este un antidot eficient pentru supradoze de opiacee cu durată scurtă de acțiune, cum ar fi heroina. În gestionarea supradozei cu substanțe opiacee, principala preocupare trebuie să fie întotdeauna respirația și oxigenarea.

Orice stop respirator ar trebui să fie gestionat cu ventilație asistată și oxigen în timp ce naloxona să fie administrată sau să-și producă efectul. De obicei, respirația adecvată se va relua în termen de 30 de secunde de la administrarea naloxonei. Doza ideală de naloxonă este una care îmbunătățește ventilația. O doză standard pentru tratamentul de supradoze de heroină este de 400 mcg intramuscular sau 800 mcg subcutanat, repetate peste 2 minute, dacă este necesar. Dacă există acces venos și ventilație adecvată a pacientului, porțiuni mici

de 100 mcg poate fi administrate în doze repetate pînă cînd pacientul respiră, cu o rată mai mare de 10 respirații pe minut.

Utilizarea inițială de doze de naloxonă care sunt prea mari (> 2 mg) poate induce retragerea severă, cu risc de vomă și aspirație; dozele foarte mari (> 10 mg) pot pune chiar viața în pericol.

Supradoza de opioide cu durată lungă de acțiune este mult mai dificil de gestionat. În această situație, durata de sedare va dura mai mult decît efectele naloxonei. Cea mai sigură metodă de tratare a supradozării cu substanțe opiacee cu acțiune de lungă durată este ventilarea, dacă există. Cu toate că pacientului îi poate fi, de asemenea, administrat intravenos repetat naloxonă sau infuzii de naloxonă, moartea poate surveni dacă există întrerupere neobservată a perfuziei de naloxonă sau în cazul în care pacientul se trezește și refuză îngrijirile medicale. În mod ideal, pacienții trebuie observați timp de 2 ore de la administrarea de naloxonă înainte de a fi scoși de sub observație medicală.

### **3.5.1. Particularități de aplicare a farmacoterapiei cu metadonă în cazul grupurilor speciale**

În întreaga lume, majoritatea celor aflați în FTM sunt bărbați între 25 și 40 de ani. Există grupuri cu nevoi specifice pe care le vom analiza în continuare:

- persoanele din detenție, inclusiv femeile
- persoanele cu HIV/SIDA
- persoanele cu hepatită virală B și /sau C
- persoanele cu TB
- femeile gravide
- persoanele cu probleme de sănătate mintală
- persoanele consumatori de mai multe droguri.

#### **3.5. 1. Persoanele din detenție**

Persoanele din detenție ar trebui să aibă acces la aceleași opțiuni de tratament ca într-o comunitate obișnuită. În 1998, la Conferința privind Drogurile, desfășurată în Oldenburg, au fost prezentate recomandări pentru serviciile adresate persoanelor dependente din penitenciare. Conferința a recomandat disponibilitatea unei game largi de servicii pentru deținuți, inclusiv tratamentul de substituție (atît de detoxifiere, cît și de menținere). Este, de asemenea, recomandat ca personalul să fie instruit în managementul persoanelor dependente de droguri, în soluționarea problemelor referitoare la droguri și starea de sănătate.

Persoanele aflate în tratamentul de menținere din sectorul civil ar trebui să aibă opțiunea să continue tratamentul după intrarea în penitenciar. Această opțiune este foarte importantă din cauza faptului că o discontinuitate a tratamentului de menținere cu metadonă nu poate rezulta într-un comportament favorabil.

Persoanele care beneficiază de tratament de substituție în penitenciar trebuie să aibă posibilitatea să continue acest tratament și la ieșirea din detenție. Există un risc foarte mare de supradoză sau moarte după eliberarea pacienților, în cazul în care pacienții s-au abținut de la opiacee. Decizia de a continua tratamentul trebuie luată consultînd programul de tratament la care participă deținuții în afara penitenciarului.

### 3.5.2. Persoane cu HIV/SIDA

Screening-ului inițial la infecția HIV a persoanelor supuse tratamentului cu metadonă sau al celor care intenționează să înceapă un astfel de tratament nu diferă de screening-ul persoanelor care nu sunt supuse tratamentului cu metadonă. Medicul trebuie să explice importanța screening-ului la HIV în vederea asigurării unui monitoring clinic și de laborator continuu a stării pacientului și coordonării tratamentului acestuia. În cazul în care nu sunt identificați anticorpii HIV, testul va fi repetat o dată pe an. Pacientul este în drept să refuze testul HIV.

Tratamentul cu metadonă poate reduce riscurile comportamentale care pot mai departe dăuna sistemului imunitar. Acesta poate reduce stresul și poate îmbunătăți starea generală a sănătății pacientului, ajutându-l să ducă o viață normală. Tratamentul de menținere cu metadonă reprezintă un instrument important în stabilizarea tratamentului, care oferă în schimb posibilitatea unei diagnosticări timpurii și posibilitatea unui tratament împotriva HIV/SIDA.

Din cauza impactului metadonei asupra golirii stomacului și participării isoenzimelor 3A4 și 2D6 ale citocromului P450 în metabolism, este frecventă reacția reciprocă. Acest fapt are o anumită influență asupra eficacității metadonei și/sau medicamentelor antiretrovirale.

Nici unuia dintre NRTI nu-i este caracteristic să aibă un impact clinic semnificativ asupra metabolismului metadonei. Dimpotrivă, metadona influențează farmacocinetica NATI:

- Din cauza efectului metadonei concentrația de zidovudină din sânge crește cu 40% și poate rezulta în efecte toxice.
- Din cauza reacției metadonei cu didanozina și stavudina concentrarea celei din urmă poate descrește.

Interacțiunea clinică farmacocinetică semnificativă are loc atunci când metadonă este administrată împreună cu NNRTI - efavirenza și nevirapina, ambele fiind inductori puternici ai P450. Astfel se reduce substanțial concentrația metadonei în sânge.

Există unele probe (destul de rare) care denotă faptul că, de obicei, metadona nu are efect asupra farmacocineticii IP, cu excepția amprenavirei (și fosamprenavirei), a căror concentrație se reduce pînă la 30% din cauza interacțiunii acestora. Majoritatea PI, din contra, au un impact semnificativ asupra metabolismului metadonei. În cazul în care sunt administrate în combinație cu amprenavira, nelfinavira și lopinavira/ritonavira, concentrația de metadonă se poate micșora substanțial.

În acest context este necesară realizarea unei legături cu spitalul penitenciar, în special cu medicul infecționist. Prescrierea metadonei ar trebui efectuată în colaborare cu specialiștii HIV, pentru a evita posibilele interacțiuni de combinare a metadonei cu medicația HIV și, la necesitate, pentru a ajusta schemele de tratament și dozele de metadonă (*Anexa nr. 8*).

Acestor pacienți li se asigură accesul la programul de schimb de seringi și alte activități de reducere a riscurilor.

### **3.5.3. Persoanele cu hepatită virală B și/sau C**

Ținând cont de incidența ridicată a hepatitei B și C printre foștii și actualii consumatori de droguri injectabile, aceștia trebuie să beneficieze, prin consiliere, de analiza imunoenzimatică la anticorpii virusului hepatic C (anti-HVC), iar în vederea detectării hepatitei B, markerii serologici (HBsAg și antiHBcor).

Hepatita B și C reprezintă o problemă gravă de sănătate mai ales pentru consumatorii de droguri injectabile, atât din cauza răspîndirii bolii, cît și din cauza efectelor sale clinice. Doza de metadonă va trebui evaluată și reanalizată, astfel încît să fie în conformitate cu funcțiile ficatului. Referințele specialiștilor ar trebui proiectate pentru evaluarea și posibilitatea tratamentului hepatitelor virale. Persoanele aflate într-un tratament stabil cu metadonă răspund foarte bine la tratamentul hepatitelor. Nu în ultimul rînd, este foarte important să fie evitată orice formă de împrumutare a echipamentului de injectare.

Pacienților infectați cu HVB și HVC li se recomandă insistent să se abțină de la consumul de alcool; acestor pacienți li se va oferi informația despre efectele extrem de dăunătoare ale alcoolului asupra ficatului. În cazul dependenței de alcool, pacientului i se va recomanda să urmeze un tratament.

Medicamentele opționale folosite pentru tratamentul HVB includ analogii de nucleotide și medicamentele cu interferon. Pacienții supuși farmacoterapiei cu metadonă nu ar trebui excluși din tratament. Acestor pacienți li se va oferi sprijin psihologic și social de către membrii unei echipe multidisciplinare (Gestionarea hepatitei B și a co-infecției cu HIV (7). Protocolul clinic pentru regiunea europeană, OMS, 2006e).

Este important de atenționat pacienții despre utilizarea echipamentului steril pentru injectare. Trebuie descurajat împrumutul echipamentului pentru injectare. Iar acești pacienți trebuie referiți la programul de schimb de seringi și prezervative, care este disponibil în 11 instituții penitenciare ale Republicii Moldova.

Medicamentele opționale pentru tratamentul infecției cu VHC sunt *pegilated alfa Interferon (Peg-INF  $\alpha$ )* și *ribavirina (RBV)*. Datorită interacțiunii dintre  $\alpha$  peg-INF și RBV, combinația poate crește concentrația de metadonă și sporește efectele toxice ale metadonei. În aceste cazuri, medicul trebuie să supravegheze pacientul și, dacă este necesar, să reducă doza de metadonă.

### **3.5.4. Persoanele cu tuberculoză**

Înainte de a iniția sau la începutul farmacoterapiei cu metadonă și ulterior, de două ori pe an sau ținând cont de starea clinică și socială concretă a pacientului, acesta va fi supus testării la tuberculoză. Toți pacienții infectați cu HIV ar trebui evaluați clinic la TB în timpul vizitei la medicul-infecționist pentru a primi îngrijirile medicale corespunzătoare (pentru HIV).

Se recomandă examinarea posibilității de monitorizare a infecției TB în locurile de așteptare unde pacienții primesc medicamente (metadonă) și consiliere, acordînd

atenție modului de ventilare a încăperilor, sortarea pacienților care tușesc (Controlul TB în era extinderii posibilităților de îngrijire și tratament al HIV, 1999).

Atunci când este analizat un consumator activ de droguri bolnav de TB, prima prioritate a serviciului de tratament ar trebui să fie pentru a trata activ tuberculoza, pentru a nu răspîndi mai departe infecția. Dacă tratamentul dependenței de opiacee poate fi început într-un mod care nu supune riscului alți pacienți, atunci acest lucru este ideal. Altfel, poate fi amînat tratamentul de substituție pînă cînd pacientul nu mai este infecțios.

Administrarea rifampicinei în tratamentul tuberculozei ar putea reduce sever nivelul de metadonă în sînge (cu 33-68%) și poate induce sevrajul. Prin urmare, este necesară creșterea dozei de metadonă.

### **3.5.5. Sarcina și alăptarea**

Pentru femeile însărcinate sau care alăptează, menținerea cu agonisți de opiacee cum este metadona se consideră a fi tratamentul cel mai adecvat, luînd în considerare efectele asupra fătului, sindrom de abstenență neonatal, și impactul asupra asistenței prenatale și parentale al copiilor mici. Femeile dependente de opioide care nu se află în tratament ar trebui să fie încurajate să înceapă un tratament de întreținere cu metadona. Femeile gravide care urmează tratamentul de întreținere cu metadona trebuie încurajate să nu-l înceteze pe perioada sarcinii. Deși multe femei doresc să înceteze utilizarea opioidelor atunci cînd află că sunt însărcinate, retragerea opiaceelor este o opțiune de mare risc pentru o recădere în consumul de heroină și va afecta capacitatea de a avea grijă de copil. De asemenea, simptomele severe de sevraj la opiacee pot induce un avort spontan în primul trimestru de sarcină sau o naștere prematură în al treilea trimestru. Menținerea gravidei cu un agonist de opioide pe termen lung este considerată a avea un impact de dezvoltare minim asupra copiilor în comparație cu riscul consumului de heroină în timpul gravidității și în timpul alăptării și a efectelor nocive rezultate.

În al doilea și al treilea trimestru, ar putea fi necesară creșterea dozelor de metadona, datorită metabolismului crescut și volumului de sînge circulant. Divizarea dozei în două prize la 12 ore poate produce schimbări opiacee mai adecvate în această perioadă. După naștere, doza de metadona, de asemenea, trebuie ajustată. Chiar dacă metadona și buprenorfina sunt detectabile în laptele matern, nivelurile sunt mici și nu sunt considerate a afecta în mod semnificativ copilul. Alăptarea, pe de altă parte, are multe beneficii, inclusiv de apropiere mamă-copil, nutriția și prevenirea bolilor copilăriei. Mamele dependente de opioide ar trebui încurajate să alăpteze, cu excepția mamelor HIV pozitive sau a celor care folosesc alcool sau cocaină și medicamente de tip amfetaminic; în astfel de cazuri, se va cere sfatul specialistului.

### **3.5.6 Conduita nou-născuților cu dependență de droguri și sindrom de sevraj**

Unii copii născuți de femeile care au primit medicamente opioide vor avea sindromul de sevraj care, nefiind tratat, ar putea produce suferință enormă acestora, iar în cazuri rare chiar crize. Analiza studiilor științifice relevă că opioidele și barbituratele sunt mai eficiente decît placebo sau benzodiazepina

pentru tratarea sindromului de abstinență la copii mici, iar opioidele sunt mai eficiente decât barbituratele (Osborn D. A., Jeffery H. E., Cole M. J., 2005a, 2005b).

## Examinarea clinică

Sindromul de abstinență este prezent la 50-80 la sută din nou-născuții care au fost expuși influenței intrauterine a opiaceelor (de regulă, în primele 24-72 ore după naștere). Însă simptomele grave, care necesită tratament medicamentos, sunt depistate doar la 5-20 la sută dintre acești copii. Sindromul de abstinență la nou-născuții ale căror mame au primit buprenorfină se manifestă deosebit de intens în zilele a 3-4-a și durează 5-7 zile. Sindromul de abstinență la metadonă, de regulă, se menține pînă la 4 zile .

Simptomele sindromului de abstinență la nou-născuți se deosebesc prin gravitate și durată, și includ:

- tremur, hipertonus muscular, anxietate, dereglări de somn, plîns prelungit, hiperreflexie
- regurgitații frecvente, vomă, diaree
- tahipnee
- simptome secundare: febră, strănut, transpirații, sinuzită, căscat.

La nou-născuții cu simptome de abstinență ale căror mame au consumat droguri sau sunt bănuite că le-ar consuma, caracterul grav al sindromului trebuie estimat la fiecare 4 ore. Această estimare trebuie efectuată după aceeași schemă (faceți referință la *Anexa 3* privind estimarea caracterului grav al semnelor și simptomelor sindromului de abstinență la nou-născuți). Pe baza estimării sunt alese dozele preparatelor pentru tratamentul sindromului de abstinență (faceți referință la *Tabelul 1*).

### 3.6 Tratamentul sindromului de abstinență la nou-născuți

Obiectivul de bază al tratamentului sindromului de abstinență la nou-născuți se rezumă la asigurarea somnului, alimentației și lipsei de anxietate; tratamentul nu conduce la soluționarea tuturor simptomelor și se efectuează pe etape.

Etapă I- tratamentul de menținere: atmosferă calmă (încăpere nezugomotoasă, iluminare pală, înfășurare strînsă, legănare pe mîini sau în pătuc, biberon), alimentare frecventă în doze mici (la cerința copilului), lipsa schimbărilor bruște în mediul copilului. Dacă simptomele se intensifică, se trece la etapa a doua.

Etapă II - tratament medicamentos. Remediul de preferință este soluția de fenobarbital. Dacă acest preparat nu este eficient sau apar convulsii, în locul lui se indică soluția de morfină. Dozele terapeutice variază în funcție de estimarea sindromului de abstinență (faceți referință la *Tabelul 1*). Uneori apare o vomă pronunțată; în acest caz preparatul se înlocuiește temporar cu clorpromazină (2-3 mg/kg/zi 3-4 ori i/m).

### Dozele terapeutice ale preparatelor în tratamentul sindromului de abstinență la nou-născuți

Caracterul grav al sindromului de abinență (grade)	Doza	
	Fenobarbital	Morfină
8-10	6 mg/kg/zi în 3 prize	0,32 mg/kg/ zi în 4 prize
11-13	8 mg/kg/ zi în 3 prize	0,48 mg/kg/ zi în 4 prize
14-16	10 mg/kg/ zi în 3 prize	0,64 mg/kg/ zi în 4 prize
17+	12 mg/kg/ zi în 3 prize	0,80 mg/kg/ zi în 4 prize

### **3.6.7. Probleme de sănătate mintală**

O treime sau chiar jumătate dintre dependenții de opiacee se pot confrunta cu probleme de sănătate mintală, inclusiv anxietate și depresie. Un sfert din consumatorii de opiacee care se prezintă la centrele specializate de servicii prezintă risc de suicid și auto-mutilare. Incluzerea în tratament are un impact pozitiv semnificativ asupra bunăstării lor psihologice. O minoritate (cca.10%) suferă de probleme severe de sănătate mintală care solicită o colaborare apropiată cu serviciile psihiatrice.

### **3.6.8. Persoanele consumatoare de mai multe droguri**

În cazurile în care este necesară acceptarea consumului de alte droguri, inclusiv alcoolul, personalul responsabil de îngrijirea pacientului trebuie să fie conștient de acest lucru. Cea mai bună este situația în care relația terapeutică este de așa natură încât se pot discuta aceste probleme. Amenințarea cu eliminarea din programul de tratament la descoperirea consumului de drog adițional este considerată inadecvată într-o relație bazată pe încredere și cooperare între cel care prescrie metadonă și beneficiar.

Strategiile de reducere a comportamentului riscant includ: mărirea dozei de metadonă și posibil a altor medicamente, frecvența stabilirii unor motivări pentru tratamentul, administrarea medicamentelor sub supraveghere și, în ultimul rând, în unele situații, suspendarea prescrierii de metadonă.

Metadona trebuie administrată cu precauție pacienților care utilizează sedative, hipnotice sau alcool din cauza efectelor represive ale acestor substanțe.

### **3.6.9. Adolescenții**

Adolescenții de 12-18 ani pot prezenta o gamă completă de severitate de dependență opioidă. Mulți adolescenți provin din medii dezavantajate social, trăiesc pe stradă, cu familii disfuncționale și pot avea o dependență mai severă decât mulți pacienți adulți.

Activitățile cu adolescenții necesită o sensibilitate la problemele pertinente pentru sănătatea adolescenților, în general, deoarece consumul de droguri este de multe ori un rezultat al unor evenimente care au loc în viața unui adolescent. Evaluarea



ar trebui să fie amplă și să includă aspecte medicale, psihologice, educație, familie și alte laturi ale vieții adolescentului. Iar tratamentul trebuie să cuprindă cât mai multe aspecte. Având în vedere nevoile pentru un tratament special, adolescenții cu dependență de opiacee beneficiază de multe ori de servicii speciale de sănătate care îi vizează în mod direct pe ei.

În tratament ar trebui să fie incluși adolescenții care au riscuri mai mari de a lua droguri, deoarece sunt supuși presiunilor de grup mai mult decât persoanele mai în vârstă (probabil, datorită dezvoltării incomplete a zonelor de control inhibitor al creierului). Astfel, activitățile de formare în auto-control, capacitatea de adaptare și de luare a deciziilor ar trebui să fie incluse în intervențiile psiho-sociale. Pentru a asigura eficiența tratamentului, programul de tratament trebuie să fie individualizat și complet și trebuie să fie luate în considerare punctele forte ale adolescentului, suporturile psiho-sociale, de educație, statutul juridic, medical, anamneza și modelul consumului de droguri ilicite.

Cercetările recente au furnizat informații importante despre profilul clinic al adolescenților dependenți de opioide și au subliniat prevalența înaltă de comorbidități psihice în rândul acestei populații. Tulburările psihiatrice care însoțesc adesea dependența de opiacee includ depresia, tulburări post-traumatice, tulburări de comportament și deficit de atenție, hiperactivitate. Unele dintre aceste tulburări (de exemplu, tulburările depresive) sunt mult mai evidente printre dependenții de opiacee de sex feminin decât printre omologii lor de sex masculin.

Intervenția eficientă timpurie pentru adolescenții dependenți de opioide, care combină farmacoterapie și tratament psihosocial, poate ajuta la schimbarea traiectoriei vieții adolescentului. Mai mult decât atât, intervenția psiho-socială precoce cu tinerii care au folosit heroina, dar care nu sunt încă dependenți de opiacee, poate contribui la prevenirea dependenței de opioide.

## **Pași în farmacoterapia cu metadonă**

Rezultatele individuale ale programului includ:

### **↓ Primirea de către un membru al personalului**

Administrarea datelor personale ale individului

Verificarea dacă persoana îndeplinește criteriile de înscriere în tratament (în cazul în care se poate aplica)

### **↓ Consultația efectuată de către medic**

Evaluarea dependenței la opiacee prin:

interviu personal

evaluare medicală, inclusiv la infecția HIV, hepatite și TB

test la urină

↓ Evaluarea nivelului de dependență la opiacee

↓ Planul de tratament (de menținere, de detoxifiere)

↓ Inducerea și calcularea dozei de începere

Ținerea sub supraveghere a pacientului pentru câteva ore pentru a verifica dacă doza este corectă

În cazul apariției sindromului de sevraj, poate fi administrată o doză suplimentară  
Oferirea informațiilor detaliate despre tratament și riscurile consumului de alte droguri

↓ **Admitere din punct de vedere psiho-social făcută de psiholog**

Evaluarea problemelor care trebuie rezolvate

Colaborare cu servicii relevante

În cazul co-morbidității colaborare cu servicii medicale relevante

↓ Perioada în care se stabilizează doza corectă (poate dura pînă la șase săptămîni)

↓ **Regim de tratament de menținere sau detoxifiere**

Revizuire periodică pentru a stabili noi ținte (în funcție de tipul de tratament)

Referire la servicii psiho-sociale prestate de către ONG, grupuri de suport reciproc și consultații individuale pentru a maximiza aderența și absența de consum a substanțelor adăugătoare.

### **3.7 Intervenții psihologice**

În majoritatea programelor, intervențiile psihologice sunt considerate punctul central al farmacoterapiei cu metadonă. Cercetări din SUA au demonstrat că există anumite caracteristici ale programului asociate cu succesul tratamentului, cum ar fi serviciile detaliate și integrarea serviciilor medicale, psihologice, de consiliere și administrative. McLellan a specificat că pacienții care au primit consiliere și alte servicii psiho-sociale în timpul perioadei de tratament au avut rezultate mai bune decît cei care au fost concentrați strict pe tratamentul cu metadonă.

Importanța consilierii ca o parte adițională a farmacoterapiei cu metadonă este larg acceptată. Totuși, trebuie să menționăm că există limitări în consiliere. Ca și în cazul oricărui pacient care primește orice fel de tratament de oriunde ar fi el, pacienții sub tratament individual de menținere cu metadonă pot avea nevoi diferite și pot varia răspunsurile lor la tratament. Necesitatea consilierii ar trebui evaluată pentru fiecare pacient în parte. Unii pacienți necesită ajutor într-o măsură mai mare pentru a-și repune în ordine viața, consilierea fiindu-le necesară într-o măsură mai mare. Pe de altă parte, nu este nici un motiv pentru ca pacienților stabili, fără probleme majore de viață, să li se facă consiliere în exces.

## CAPITOLUL 4

### Diagnostic și evaluare a dependenței de opioide

Acest capitol se axează pe elementele vitale pentru organizarea bunelor practici în tratamentul cu metadonă. În continuare vor fi analizate elementele ce țin de rigorile pentru personalul implicat în realizarea programului farmacoterapeutic, rolul altor servicii și de modul propriu-zis de realizare a programului.

#### 4.1. Screening-ul dependenței opioide

Screening-ul privind aprecierea și determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee intravenos în cadrul vizitelor consultative și consultațiilor efectuate de către personalul medical sau psiholog.

Screening-ul consumului produselor, substanțelor stupefiante sau medicamentelor cu efecte similare acestora cu utilizarea analizei urinei, salivei, sîngelui, părului sau aerului expirat, care pot reflecta rezultatele tratamentului.

##### 4.1.1. Scopul tratamentului

- Menținere 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 administrare îndelungată.
- Alegerea schemei de farmacoterapie cu metadonă este în funcție de gradul de dependență, de starea de sănătate fizică și mentală, de situația curentă și suportul social. Doza optimală recomandată de către OMS este de 60-120 mg.
- Durata farmacoterapiei cu metadonă depinde de starea de sănătate și socială a pacientului. Se recomandă încurajarea pacienților astfel încît aceștia să rămînă în tratament pentru cel puțin 12 luni în vederea stabilizării schimbărilor comportamentale. (Henry-Edwards S. și alții, 2002, OMS, 2005c). Farmacoterapia cu metadonă se va încheia pe baza acordului reciproc al medicului și pacientului. Cel din urmă are dreptul să stopeze tratamentul, acest fapt presupunînd reducerea graduală a dozei de metadonă chiar dacă medicul este împotriva.

#### 4.2. Anamneza pacienților CDI

- **Anamneza familiei** – ereditatea, existența în familie a bolilor psihice, alcoolismului cronic, narcomaniei etc.
- **Anamneza vieții** – educația și condițiile de viață ale bolnavului, studiile, condițiile locative și materiale ale familiei, atitudinea bolnavului față de viața în familie.
- **Anamneza bolii** – la ce vîrstă 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 dereglări psihice; durata consumului produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora pînă la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea halucinațiilor, ideilor delirante, stărilor obsesive, stărilor confuzionale, tratamentul precedent, evaluarea remisiei. Care este statutul HIV, a suportat hepatita virală sau nu, screeningul la TB.

- **Activitatea profesională** – orientarea profesională, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancțiuni administrative, antecedentele penale.
- **Antecedente personale** – maladii și traume psihice în perioada copilăriei, boli somatice și neurologice, traume cranio-cerebrale, probleme în familie (conflicte, divorțuri, decesul partenerului).
- conflicte în detenție, tentative de suicid, alte probleme.

### 4.3. Manifestările clinice

#### 4.3.1. Evaluarea consumului produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și a dependenței opioide

Colectarea anamnezei privind consumul produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.

Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:

- Lista substanțelor utilizate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive; perioada de utilizare
- Vârsta pacientului la momentul începerii consumului
- Modalitatea de consum a produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora
- Caracteristica consumului pe parcursul vieții, în ultimul timp și la momentul examinării
- Schimbarea efectului substanțelor psiho-active în timp
- Anamneza toleranței, supradozărilor și a sindromului de sevraj
- Perioadele de abținere și tentativele de stopare a consumului produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora
- Complicațiile legate de consumul produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora (hepatite, abcese etc.)
- Probleme curente, inclusiv gradul de dependență
- Caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței opioide.

#### **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 ale dependenței opioide sau de alte etiologii.
- Evaluarea ulterioară a caracterului sever al dependenței opioide și planificarea tratamentului trebuie să fie efectuate de narcolog sau un alt specialist cu competențe corespunzătoare, fie în colaborare activă cu aceștia.

#### 4.3.2. Evaluarea primară a statutului HIV

- Instituțiile penitenciare trebuie să presteze servicii pentru CDI, trebuie să ofere consiliere și testare HIV tuturor pacienților săi și să le asigure informația necesară.
- Lucrătorii medicali trebuie să explice pacienților faptul că testul HIV este important pentru determinarea tacticii ulterioare în prestarea asistenței. Totuși,

pacientul este în drept să refuze efectuarea testului, componentele de bază în acest caz fiind informarea și consilierea.

Testul primar HIV trebuie să includă următoarele etape:

- Consiliere și informarea pre-testare
- Testarea cu teste rapide pe salivă sau serologică pentru depistarea anticorpilor anti-HIV și confirmarea rezultatelor prin intermediul testului de *Western blot*,
- Consiliere post-testare pentru reducerea formelor de comportament riscant.

#### **4.3.3. Evaluarea psihosocială**

- CDI HIV-infecțati prezintă deseori afecțiuni psihice concomitente. Potrivit unor estimări, de la 25 până la 50 la sută din consumatorii produselor, substanțelor stupefiante sau medicamentelor cu efecte similare acestora se confruntă cu multiple probleme de sănătate.
- La examinarea primară este necesară evaluarea minuțioasă a statutului psihosocial, cu accent primordial pe:
  - Orice cauze de instabilitate care ar putea afecta respectarea regimului terapeutic
  - Depresii și alte afecțiuni afective
  - Alte probleme psihiatrice.
- Caracterul sever al problemelor medicale legate de infecția HIV urmează a fi stabilit din perspectiva problemelor psiho-sociale elucidate în procesul evaluării. Este necesar să se țină cont de următorii factori sociali:
  - Stabilitatea socială, familială și sprijinul din partea comunității
  - Vagabondaj
  - Perturbări și crize de viață serioase
  - Starea materială
- Alimentare.

Dacă cineva prezintă simptomele descrise în continuare, nu înseamnă obligatoriu că este un consumator de droguri. Prezența unor simptome din cele prezentate aici poate fi determinată și de starea de stres a adolescenților, alte simptome pot indica depresii nediagnosticate sau alte probleme de sănătate. Oricum, aceste simptome merită atenție, mai ales dacă persistă sau se repetă periodic. O consultație la un psiholog poate fi de mare folos pentru a-l ajuta pe tânăr să depășească o situație de criză și a-l sprijini să-și dezvolte căi eficiente de rezolvare a problemelor din viața sa. Cheia este schimbarea. Este important să se urmărească orice schimbare semnificativă a semnelor fizice, de personalitate, de atitudine sau de comportament.

#### **Semne fizice:**

- Pierderea /creșterea poftei de mâncare, o inexplicabilă scădere sau creștere în greutate, orice schimbare a obiceiurilor alimentare
- Modificarea ritmului mersului, o încetinire sau o înțepenire a mersului, o slabă coordonare a mișcărilor
- Insomnie, trezirea la ore neobișnuite, o lene neobișnuită
- Ochii roșii și înlăcrimați, pupile mai mari sau mai mici decât de obicei
- Palme umede și reci, mâini tremurătoare
- Față roșie sau palidă
- Miroas de substanțe la expirație, din corp sau de pe haine
- Foarte activ, excesiv de vorbăreț

- Secreții nazale ca la răceală, extremități reci
- Urme de înțepături pe antebrațe sau picioare
- Mereu mucos, grețuri și vomă frecvente, sau transpirații excesive
- Tremurături ale mâinilor, picioarelor sau capului
- Puls neregulat

#### **Semne comportamentale:**

- Schimbare în atitudine, comportament sau personalitate fără o cauză aparentă
  - Schimbarea prietenilor sau evitarea celor vechi, nu vrea să vorbească despre prietenii cei noi sau aceștia sunt cunoscuți ca și consumatori de droguri
    - Schimbare de activități, hobby-uri sau interese
    - Scăderea performanțelor școlare sau la muncă, întârzieri la școală, absențe nemotivate sau abandon școlar
    - Schimbarea comportamentului acasă, pierderea interesului pentru familie și activitățile de familie
      - Dificultăți de concentrare, distrat, uituc
      - Lipsă de motivație în general, pierderea energiei, a stimei de sine, o atitudine de nepăsare
      - Frecvent hipersensibil, își pierde repede cumpătul sau are resentimente puternice
        - Stări de iritabilitate sau mânie
        - Comportament excesiv de secretos
        - Accidente rutiere
        - Nevoie inexplicabilă de bani, fură bani sau obiecte pentru a fi vândute
        - Paranoia
        - Schimbări ale obiceiurilor de toaletă
        - Deținerea de prafuri, tablete, capsule, fiole de aluminiu, seringi și ace.

#### **4.3.4. Tabloul clinic în intoxicația acută cu opiacee**

- Se manifestă cu o erupție motorie
- Apare o căldură în tot corpul, zgomot în urechi, transpirație
- Pupilele se dilată, ochii strălucesc
- Euforia nu se asociază cu necesitatea de activitate crescută sau de a comunica cu cei din jur
- De cele mai dese ori aceste persoane se retrag tăcute, liniștite, așteptând trecerea într-o stare de somnolență, scăldată în vise agreabile
- Fac impresia unor persoane cu dizabilități
- În cazul supraconsumului poate apărea o stare de sopor sau comă
- Gîndirea la aceste persoane este inadecvată, deseori întreruptă sau accelerată
- Apar iluzii, halucinații vizuale, fantastice
- Conștiința poate fi uneori dereglată
- Persoana nu se orientează în timp și spațiu.

#### **4.3.5. Tabloul clinic în consum de opiacee**

- De regulă, se declanșează după 5-10 injecții cu manifestări de dependență psihică și fizică.
- În cazul în care persoana e lipsită de produsele, substanțele stupefiante sau medicamentele cu efecte similare acestora: apare starea de sevraj cu manifestări algice în mușchi, mai ales cei abdominali, spasme în abdomen, transpirație profuză, hipersalivație, strănut, căscat, vomă, diaree, cardialgii, accelerarea pulsului și respirației.

- Sub aspect psihic, se observă tristețe, frică de moarte, nervozitate, iluzii, halucinații vizuale și auditive. Pot apărea stări delirante, oneroide, crize convulsive, etc. În acest caz, persoanele respective necesită asistență medicală de urgență.
- Vizual aceste persoane arată îmbătrânite la chip, sunt palide. Părul lor își pierde luciul, devine fragil, pielea este palidă, uscată, cu multe riduri, ceea ce indică o consumare îndelungată a substanțelor stupefiante și altor substanțe psihotrope. Dinții își pierd emailul, se distrug, cad.
- Unghiile sunt fragile, în straturi. Deficitul de greutate ajunge pînă la 7-15 kg. Cu cît e mai veche boala, cu atît bolnavii sunt mai istoviți. În regiunea cubitală, axilară, inghinală sunt semne de injecții. Se depistează „calea” venelor, care sunt sclerozate și deprimare.

#### **4.3.6. Investigații paraclinice**

##### **Obligatorii**

- Efectuarea testelor la determinarea drogurilor în remediile biologice ale organismului (urina, saliva, sînge). Testele pe urină/salivă la substanțe psihotrope sunt efectuate la intervale definite în mod individual, luînd în considerare starea clinică a pacientului. Se recomandă efectuarea testelor pe urină/salivă atunci cînd acestea sunt necesare în scop de diagnosticare. În procesul de efectuare a testelor pe urină/salivă se vor lua măsuri de precauție în vederea reducerii probabilității de fraudă.
- Consultație psihologică.

**Notă:** Pacienților cu maladii concomitente li se vor efectua investigații paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor specialiști de profil.

##### **Cît timp după utilizare poate fi găsite în urină substanțele psihotrope?**

Depinde de substanță, de doza administrată și de viteză de degradare / eliminare din organism. Cu cît e mai mare doza utilizată, cu atît mai mari sunt șansele de a găsi o substanță (sau a metaboliților acesteia) mai tîrziu.

Timpul de detectare a utilizării substanțelor psiho-active este prezentat în continuare:

- **Cocaină** - 2-4 zile
- **Amfetamina** (metamfetamină) - 2-7 zile
- **MMDA, Ecstasy** - 2-7 zile
- **LSD** - 1-4 zile
- **Psilocybins** (ciuperci) - 2-4 zile
- **Marijuana** (canabis) - 3-30 zile
- **Opiaceele (heroină)** - 1-3 de zile
- **Metadona** - 3-5 zile
- **Codeină** - 2-5 zile
- **Penicilina (PCP)** - 2-4 zile
- **Steroizi anabolizanți** – per os 14 zile, injectat – pînă la o lună
- **Barbiturice** - barbiturice cu acțiune scurtă (de exemplu, secobarbital) - 1-4 zile; Barbiturice cu acțiune de lungă durată (de exemplu, fenobarbital) - 2-3 săptămâni.
- **Benzodiazepinele** (de exemplu, relanium, tranksenas, tazepam, ksanaksas, valium, etc.) - 3-7 zile;
- **Alcoolul** - pînă la 24 de ore

#### **4.3.7. Criteriile de diagnostic ale dependenței opioide**

- Imposibilitatea de a rezista în fața impulsului de a realiza acest tip de comportament
  - Senzația de tensiune care crește în intensitate și precede imediat debutul comportamentului
  - Plăcere sau senzație de ușurare în cursul comportamentului
  - Senzația de pierdere a controlului în timpul comportamentului respectiv
  - Prezența a cel puțin cinci din următoarele nouă criterii
- 1) Preocupare frecventă a subiectului față de acest comportament
  - 2) Intensitatea și durata episoadelor generate de acest comportament sunt mai mari decât inițial, la debutul acestuia
  - 3) Tentative repetate de a reduce, controla sau abandona comportamentul respectiv
  - 4) Timp semnificativ este consacrat pregătirii episoadelor caracterizate de acest comportament, desfășurării sau revenirii din aceste episoade
  - 5) Apariția frecventă a acestor episoade comportamentale în timpul în care subiectul respectiv ar trebui să-și îndeplinească obligațiile profesionale, școlare, familial sau sociale
  - 6) Activitățile sociale, profesionale sau recreative majore sunt sacrificate din cauza acestui comportament
  - 7) Perpetuarea comportamentului, deși subiectul știe că acest fapt îi determină sau agravează o problemă persistentă sau recurentă de ordin social, financiar, psihologic sau somatic
  - 8) Toleranța marcată – nevoie de amplificare a intensității sau frecvenței pentru a obține efectul dorit, sau diminuarea efectului obținut printr-un comportament de aceeași intensitate
  - 9) Agitație sau iritabilitate în cazul imposibilității desfășurării comportamentului respectiv.

#### **4.3.8. Trăsăturile clinice în stadiul de dependență avansată**

- Procesul de marginalizare al drogdependentilor este mai mult sau mai puțin definitivat în funcție de regresia psihosocială și familială a subiectului.
- Dispoziția este aproape întotdeauna afectată (indiferență afectivă, stare depresivă), în același mod ca și vigilitatea persoanei respective (detașare, apatie, tulburarea atenției).
- Aproape toți consumatorii de droguri în acest stadiu se confruntă cu o alterare importantă a stării generale determinată de multiplele complicații somatice.
- Funcțiile corticale superioare sunt frecvent interesate: tulburări mnezice, apragmatism, dificultăți de concentrare, incapacitatea de a lua decizii, de a avea inițiative. Pe termen lung, unii dintre aceste persoane se află în situația de a avea nevoie de îngrijiri speciale.

#### **4.3.9. Criteriile de diagnostic ale dependenței de substanțe psiho-active**

- Toleranța definită de una dintre situații:
  - ✓ Nevoia de creștere marcată a dozei de substanță pentru a atinge nivelul de intoxicație (efectul) dorit
  - ✓ Diminuarea marcată a efectului dacă se continuă consumul aceleași cantități de substanță
  - ✓ Sevrajul, relevat de următoarele situații:
  - ✓ Apariția sindromului caracteristic de sevraj la întreruperea consumului substanței psiho-active



- ✓ Substanța respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau îndepărta simptomele de sevraj.
- Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau pe o perioadă mai lungă de timp decât individul a intenționat inițial;
- Există o dorință persistentă de consum sau eșecuri în intenția de a întrerupe acest consum
- O mare perioadă de timp este petrecută în activități de obținere a substanței, consumului și recuperării după consumul acesteia
- Activități importante sociale, ocupaționale sau recepționale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanță
- Consumul de substanță este continuat în pofida faptului că pacientul știe că acesta este factorul cauzator și agravant al problemelor sale psihologice și somatice.

**Notă:** În pofida unor diferențe farmacologice între anumite substanțe psiho-active, semnele de dependență și toxicitate sunt similare, tratamentul fiind și el în majoritatea cazurilor aproximativ același. Pentru diagnosticul diferențial este necesară clinica manifestărilor specifice a stării de ebrietate, consumului și consecințelor, analizele expres de laborator, precum și analiza sîngelui la identificarea substanței psiho-active consumate.

## **CAPITOLUL 5**

### **Farmacoterapia cu Metadonă**

#### **5.1. Indicațiile pentru FTM**

- Dependența prin consum de opioide
- Probleme de sănătate datorate utilizării substanțelor stupefiante (opioide) intravenos (hepatite, sepsis, HIV/SIDA etc.)
- Maladii concomitente (boli maligne, diabet zaharat, dereglări psihice, tuberculoză pulmonară etc.)
- Tratament antidrog în mod repetat, fără succes
- Dorința de a-și schimba comportamentul dependent determinat de utilizarea substanțelor stupefiante (opioide) intravenos
- Contact permanent cu lucrătorii medicali încadrați în această activitate
- Dorința de a stopa consumul de substanțe stupefiante (opioide) și de alte substanțe psihotrope.

#### **5.2 Contraindicații pentru FTM**

- Sensibilitate crescută la metadonă sau orice alt compus din medicație
- Insuficiență respiratorie acută, astm acut
- Tratamentul concomitent cu inhibitori ai monoaminoxidaze (MAO) și 14 zile după încetarea tratamentului cu ei
- Dependență de alte substanțe decât opiaceele
- Pacientul nu este în măsură să semneze consimțământul informat din cauza tulburărilor psihice grave.

Tratamentul trebuie administrat cu precauție:

- În caz de insuficiență gravă a funcției hepatice
- În caz de insuficiență renală

- În cazurile de boli pulmonare obstructive, cord pulmonar, hipoxie și hipercapnie (poate manifesta deprimare respiratorie centrală)
- Dacă pacientul utilizează alte substanțe cu efect depresiv asupra sistemului nervos central sau alte analgezice opioide
- Tensiuni intracraniene sau traumatisme craniene
- Sunt prezente semne de abdomen acut (metadona crește tonusul stomacului și duodenului, prin urmare, crește timpul de evacuare din stomac)
- În caz de hypothyroidie
- Colicile biliare (metadona mărește tonusul sfincterului Oddi)
- Boala Addison (opioide suprimă excreția de ACTH)
- Hipertrofia de prostată sau stricturi ale uretrei (opioidele cresc tonusul sfincterului exterior al vezicii urinare).

### 5.3. Conceptul FTM

#### Conceptul farmacoterapiei de substituție

##### Principiile de bază:

- Benevol
- Complex
- Individual
- Refuz de substanțe stupefiante (opioide)

##### Nivelul de acțiune

- Biologic
- Clinic
- Social

##### Direcțiile de acțiune

- Asupra dependenței patologice față de substanțele psiho-actives
- Asupra acțiunii toxice a substanțelor psiho-actives (deregări somato-neurologice și psihice)

##### Metodele și mijloacele de acțiune

- Orientată asupra nivelului biologic;
- Orientată spre recuperarea psihologică, crearea motivațiilor negative față de consumul substanțelor psiho-actives
- Orientată spre terapia substitutivă cu metadona
- Orientată spre recuperarea socială familială, profesională (psihoterapie).

##### Notă:

- Asistența acordată pacienților cu dependență opioidă trebuie prestată de către specialiști de profil divers, inclusiv medici, asistente medicale, asistenți sociali și farmaciști. Este imperativ ca organizațiile de stat și cele non-guvernamentale, la fel ca și asociațiile obștești, să contribuie la formarea echipelor multidisciplinare. Tratamentul dependenței opioide, inclusiv TSO, creează multe avantaje în realizarea profilaxiei și tratamentului HIV/SIDA, inclusiv:
  - ✓ Facilitează accesul la tratament și asistență în caz de infecție HIV și la asistența medicală generală
  - ✓ Reține consumatorii activi de consumul produselor, substanțelor stupefiante sau medicamentelor cu efecte similare acestora în procesul terapeutic
  - ✓ Reduce riscul transmiterii infecției HIV, hepatitelor virale și infecțiilor bacteriene
  - ✓ Reduce necesitatea spitalizării.

## 5.4. Farmacoterapia cu Metadonă hidrocloridă

**5.4.1. Dozele converse de Metadonă, în funcție de consumul de heroină sunt prezentate în tabelul următor:**

Heroină	Metadonă
Autoadministrată după declarațiile pacientului	Total în 24 ore după o creștere lentă a dozelor efectuată timp de câteva zile
1/8g (125 mg)	15-20 mg
1/4g (250 mg)	30-45 mg
1/2g (500 mg)	60-90 mg
3/4g (750 mg)	90-135 mg
1g	120-190 mg

**5.4.2. Schema de detoxificare cu Metadonă pe termen scurt, în 2 săptămâni**

I schemă	sau II schemă
a) 20 mg pentru 3 zile	30 mg pentru 3 zile
b) 15 mg pentru 3 zile	25 mg pentru 3 zile
c) 10 mg pentru 3 zile	20 mg pentru 3 zile
d) 5 mg pentru 3 zile	15 mg pentru 3 zile
	10 mg pentru 2 zile
	5 mg pentru 2 zile

**Notă:** Va fi selectată una din schemele nominalizate.

## 5.5. Administrarea dozelor inițiale de metadonă

**5.5.1.** Prin administrarea dozelor inițiale de metadonă se urmărește scopul de a reține pacientul în tratament, de a atenua simptomele sindromului de sevraj și de a asigura siguranța pacienților (evitând supradozajul și cazurile de deces provocate de suprimarea respirației).

**5.5.2.** Doza inițială pentru pacient se stabilește în funcție de caracterul sever al dependenței și nivelul de toleranță. 20 mg sau o doză mai mică se consideră a fi neprimejdioasă pentru o persoană cu o greutate a corpului de 70 kg, chiar în cazul în care persoana nu consumă opioide. Atunci când se administrează doza inițială de metadonă de 30 mg sau mai mult, sunt necesare măsuri de precauție, observând ce efect produce aceasta asupra pacientului. O doză suplimentară de 5-10 mg poate fi acordată doar peste 3-4 ore după administrarea primei doze și în cazul în care se manifestă simptomele de sevraj.

**5.5.3.** Doza de metadonă poate fi majorată cu 5-10 mg pe zi în cazul în care simptomele de sevraj se manifestă evident sau atunci când pacientul depune o plîngere subiectivă în legătură cu sindromul de sevraj. Se recomandă evaluarea simptomatologiei de abținere pe baza unei scale obiective de abținere la opioide (Handelsman I., Cochrane K., Aronson M.J. și alții, 1987), inclusă în *Anexa 1* și *Anexa 2*. Doza săptămînală nu va fi majorată cu mai mult de 20 mg. De regulă, la sfîrșitul primei săptămîni doza de metadonă nu va depăși 40 mg.

**5.5.4.** Scopul urmărit de farmacoterapie în primele 2 săptămîni este de a stabili starea pacientului, de a elimina fluctuația dintre condiția de abținere la opioide și intoxicație. În această perioadă, pacienții ar trebui examinați zilnic, evaluînd simptomele de abținere și de intoxicație. De regulă, starea pacienților poate fi stabilizată prin administrarea zilnică a 30-50 mg de metadonă, care este suficientă pentru a suprima simptomele obiective de sevraj.

**5.5.5.** Unii pacienți care consumă zilnic 30-50 mg de metadonă pot simți acțiunea simptomelor de sevraj. Prin urmare, în vederea atingerii condiției optime de sănătate și asigurării satisfacției pacientului în raport cu tratamentul, se recomandă majorarea graduală a dozei zilnice de metadonă cu 5-10 mg peste fiecare 3 zile, începînd cu a doua săptămîna de tratament, fără a depăși, totuși, o majorare a dozei cu mai mult de 20 mg pe săptămîna.

**5.5.6.** Este posibil de administrat metadonă a doua zi atunci cînd pacientul se află în farmacoterapie cu buprenorfină (buprenorfină/naloxonă). Acest transfer ar putea fi abordat ca o trecere la metadonă de la heroină cu un nivel cunoscut de toleranță; prin urmare, doza inițială recomandată de metadonă este de 30 mg.

## **5.6. Administrarea metadonei în doze de întreținere**

Dozele de întreținere cu metadonă sunt stabilite în mod individual. Unii pacienți pot fi tratați cu succes cu doze zilnice de metadonă ce nu depășesc 50 mg. Cu toate acestea, cea mai eficientă doză zilnică este cea care nu depășește 60 mg atunci cînd se încearcă reținerea pacienților în tratament și suprimarea consumului de heroină. Metadonă blochează efectele produse de heroină prin sporirea toleranței la opioide și, într-o măsură mai mică, prin legarea cu receptorii sistemului nervos central și prevenirea metaboliților de heroină din aderență. În mod normal, doza zilnică eficientă de metadonă este de 60-100 mg (Faggiano F. și alții, 2003).

Doza zilnică de metadonă care depășește 100 mg ar trebui administrată pacienților pentru care este caracteristic metabolismul rapid de metadonă, cu toate că nu există dovezi potrivit cărora o doză zilnică ce depășește 100 mg este mai eficientă pentru majoritatea pacienților (Henry-Edwards, 2003). Este posibil de divizat doza zilnică de metadonă consumată de pacienții cu metabolism rapid, astfel încît metadonă să fie luată de 2 ori pe zi.

Decizia referitoare la doza zilnică maximă de metadonă, precum și durata maximă a farmacoterapiei este luată de medicul responsabil, în funcție de starea clinică și nevoile pacientului. Concomitent, se recomandă ca medicul să adopte astfel de decizii în colaborare cu pacientul, evitînd abandonul prematur al tratamentului.

## **5.7. Doze echivalente ale Metadonei la alte opioide**

<b>Denumirea consumat</b>	<b>drogului</b>	<b>Modul de consumare</b>	<b>Doza</b>	<b>Doza a Metadonei</b>
Diamorfină (heroină)	per os	per os	10 mg.	20 mg.
Diamorfină (heroină)		intravenos	10 mg.	20 mg.

		30 mg.	50 mg.
Metadonă	intravenos	10 mg.	10 mg.
Morfină	per os	10 mg.	10 mg.
	per rectum	10 mg.	10 mg.
	intravenos	10 mg.	10 mg.
Dipipanon (diaconal)	per os	10 mg.	4 mg.
Dihidrocodeină (DF 118)	per os	30 mg.	3 mg.
Dextramormida	per os	5 mg.	5-10 mg.
		10 mg.	10-20 mg.
Petidină	per os	50 mg.	5 mg.
	intravenos	50 mg.	5 mg.
Buprenorfină	Intravenos	300 mg.	8 mg.
	per os	200 mg.	8 mg.
Pentazocină	per os	50 mg. caps.	2 mg.
		50 mg. past.	4 mg.
Codein fosfat - mixtură	per os	300 mg.	10 mg.
- pastile	per os	15 mg.	1 mg.
- pastile	per os	30 mg.	2 mg.
- pastile	per os	60 mg.	3 mg.
Mixtură Dji	per os	10 mg.	10 mg.
Dji Collis braun (extract de opiu)	per os	10 mg.	10 mg.

### 5.8. Dozele de detoxificare și tratament cu Metadonă

Doza de opiacee în grame	Modul consumării	Doza inițială la intoxicare	Doza inițială la tratament
1/8	fumat intravenos	0-10 mg. 0-25 mg.	5-25 mg. 5-25 mg.
0.25	fumat intravenos	10-25 mg. 10-35 mg.	10-40 mg. 15-45 mg.
0.5	fumat intravenos	15-50 mg. 25-60 mg.	30-50 mg. 30-65 mg.
0.75	fumat intravenos	25-65 mg. 25-75 mg.	30-70 mg. 35-85 mg.
1.00	fumat intravenos	30-80 mg. 30-90 mg.	35-85 mg. 35-100 mg.
1.50	fumat intravenos	45-100 mg. 45-110 mg.	45-120 mg. 45-130 mg.
2.00	fumat intravenos	50-120 mg. 50-120 mg.	50-130 mg. 50-130 mg.

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

Scopul final al terapiei de substituție pe termen lung este abandonarea deplină a pacientului a consumului de droguri ilegale și metadonei. De regulă, după încheierea sau finalizarea curei de terapie de substituție, doza zilnică a preparatului se micșorează cu 10 mg la fiecare 2-3 săptămîni pînă la minimum 20 mg. Ulterior este posibil transferul în comunități terapeutice.

### **5.9. Reluarea administrării de Metadonă după întreruperea de scurtă durată a tratamentului.**

- În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă o zi, nu este necesară modificarea dozei.
- Dacă pacientul nu a administrat doza de metadonă 2 zile consecutiv, se recomandă administrarea dozei obișnuite cu condiția că nu există semne de intoxicare.
- În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă 3-4 zile consecutiv, se recomandă administrarea unei doze de metadonă redusă cu 50% de la doza administrată anterior.
- În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă timp de 5 zile consecutiv și mai mult, terapia va fi reluată cu o doză de 20-30 mg și va fi continuată ca în cazul unui pacient nou-venit.

### **5.10. Administrarea Metadonei în caz de vomă**

- În cazul în care medicul specialist responsabil observă că pacientul a vomitat doza de metadonă, el poate să-i ofere pacientului o altă doză.
- Dacă pacientul a vomitat în limita de 15 minute după consumarea metadonei, se recomandă să i se ofere o nouă doză.
- În cazul în care pacientul a vomitat peste 15-30 minute după consumarea metadonei, se recomandă să i se ofere 50% din doza stabilită.
- Dacă pacientul a vomitat peste o perioadă de timp mai mult de 30 minute după consumarea metadonei, se recomandă să nu i se ofere o altă doză de metadonă.

### **5.11. Administrarea metadonei în cazul declarării grevei foamei**

În cazul declarării grevei foamei, este recomandată din a doua zi de declarare scăderea dozei de metadonă cu 10 mg fiecare zi pînă la doza de 20-30 mg. Dacă nu apar reacții adverse, indiferent de perioada în care deținutul se menține la greva foamei, este preferabil de menținut doza de 20-30 mg. După abandonarea grevei foamei, deținutului i se administrează în creștere 10 mg zilnic pînă la doza de menținere

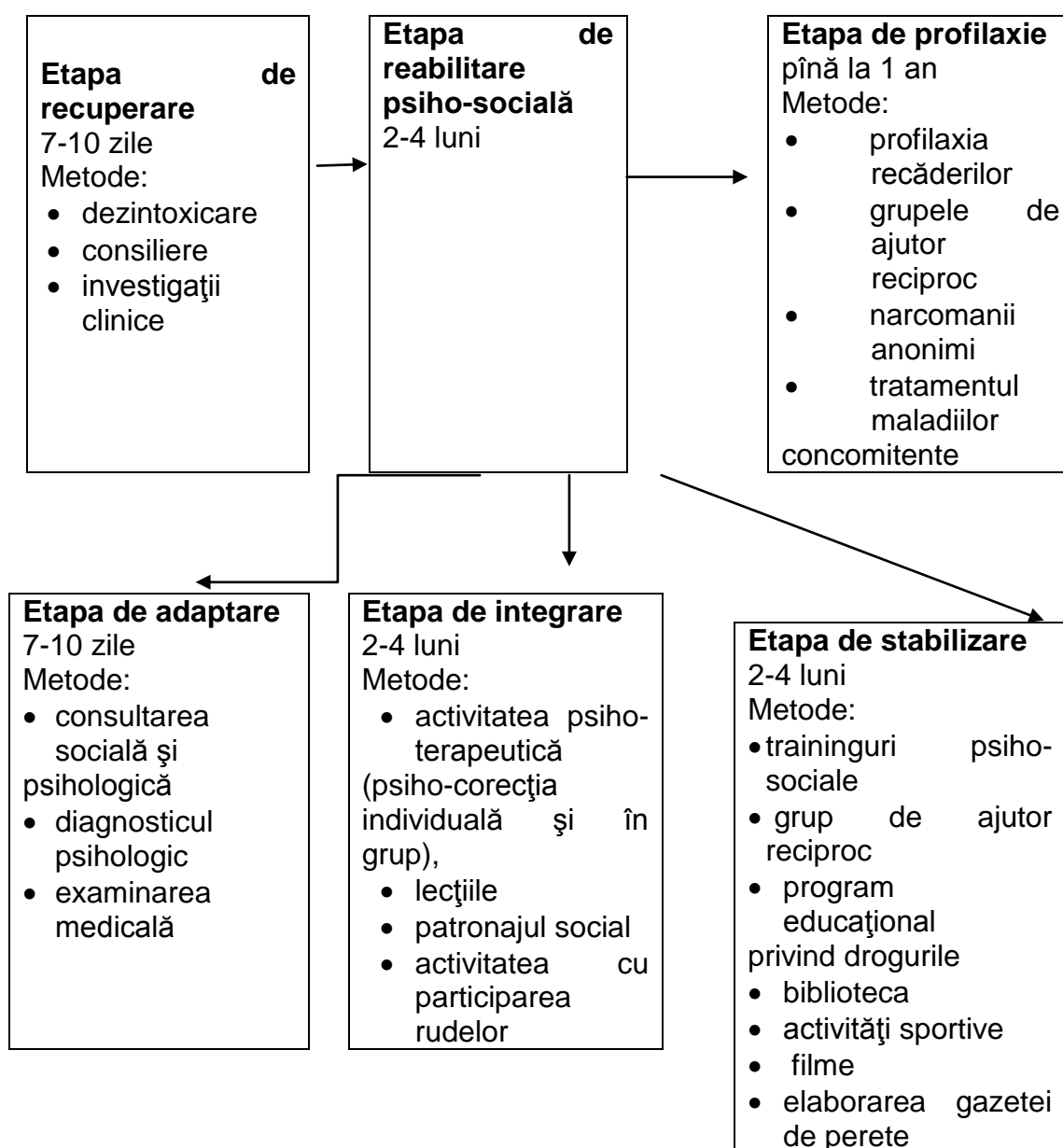
### **5.12. Efectele adverse cauzate de metadonă**

- Metadona poate cauza dereglări de somn, senzație de greață, vomă (în special, la începutul tratamentului), constipație, reținerea urinei și somnolență; mai rar – tulburări de orientare, euforie, suprimarea respirației.
- Metadona, la fel ca și alte opioide, suprimă secreția salivei. Secreția salivei poate fi stimulată prin mestecare. Se recomandă să se acorde o atenție deosebită igienei cavității bucale.
- În caz de constipație, pacientului i se recomandă să consume mai multe crudități (fructe și legume), să bea mai multă apă.
- Cazurile de libido redus și disfuncții sexuale pot fi ajustate prin reducerea dozei, deși ar trebui analizată atent posibilitatea sporită de recădere.

- În caz de insomnie, se recomandă dobândirea deprinderilor de relaxare și de igienă a somnului, inclusiv reducerea sau stoparea consumului de alcool, cafeină și nicotină. Nu este recomandată administrarea de substanțe sedative și hipnotice.
- În caz de intoleranță se recomandă reducerea dozei zilnice de metadonă în vederea combaterii transpirației excesive. Totuși, se va ține cont de faptul că transpirația ar putea fi un simptom de sevraj.
- Efectele adverse ale metadonei și toxicitatea sunt similare cu cele ale morfinei și altor opioide.

Farmacoterapia cu metadonă poate cauza supradozaj al opioidelor, inclusiv deces (PC LTh, 2010, 2010-2011).

### 5.13. Etapele procesului de reabilitare a utilizatorilor de droguri care sunt încadrați în FTM



## 5.14. Monitorizarea procesului de FTM

### *Intervenții scurte pe parcursul evaluării*

Scopul intervențiilor scurte este de a ajuta pacientul să înțeleagă că situația lui actuală, din perspectiva consumului, îi pune în pericol viața și de a-i crește motivația pentru a reduce sau întrerupe consumul de substanțe. Intervențiile scurte de tip interviu motivațional sunt eficiente pe întreg parcursul evaluării.

Monitorizarea eficacității tratamentului dependenței este realizat prin diverse metode:

- Deosebit de importantă este planificarea tratamentului și analiza cu regularitate a acestuia.
- Aceasta permite îmbunătățirea rezultatelor FTM.
- În programul de tratament trebuie stabilite obiectivele pe termen scurt, mediu și lung.
- În conformitate cu rezultatele obținute se poate concluziona despre succesul 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 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 finalizării tratamentului
  - ✓ consimțământul pentru sistarea tratamentului
  - ✓ acordurile convenite cu privire la supravegherea pacientului.
- Utilizarea măsurilor standardizate de evaluare, de exemplu, indicii gradului dependenței permite efectuarea unui control mai clar al stării pacientului.
- Screening-ul consumului de substanțe narcotice ilicite determinate prin analiza urinei, care pot reflecta rezultatele tratamentului.
- În perioada tratamentului de menținere se recomandă prelevarea eșantioanelor de urină în vederea determinării prezenței sau absenței metaboliților de heroină. Această metodă reprezintă o modalitate de urmărire a evoluției pacientului, va responsabiliza pacientul și ar putea influența eficacitatea tratamentului, atunci când pacientul semnează să nu mai consume nimic adițional și știe că va fi verificat inopinat.

Probele de urină nu sunt sigure dacă prelevarea nu se face în condiții de supraveghere.
- Screening-ul administrării produselor, substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora nu este obligatoriu; acesta urmează a fi efectuat doar cu acordul informat al pacientului, iar rezultatele acestuia nu trebuie să servească drept motiv pentru sistarea tratamentului.

## 5.15. Durata optimă a tratamentului cu agoniști opioizi



Durata farmacoterapiei cu metadonă depinde de îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului. Pacienții trebuie să fie încurajați să rămână în tratament pentru minimum 12 luni în scopul schimbării comportamentului (Henry-Edwards S. și alții, 2002, OMS, 2005c).

Încetarea farmacoterapiei cu metadonă trebuie să se bazeze pe acordul reciproc dintre medic și pacient. Pacientul are dreptul de a înceta tratament și aceasta prevede reducerea treptată a dozei de metadonă chiar dacă medicul recomandă prelungirea tratamentului.

Acest lucru este în concordanță cu dependența de opioide, fiind o boală cronică cu acutizări și recăderi. Studiile arată că cei care rămân în terapie cu agoniști opioizi pe termen lung este mult mai probabil să rămână în viață decât cei care nu fac acest lucru, iar încetarea tratamentului de întreținere cu agoniști opioizi este asociată cu un risc de recidivă a consumului de opiacee. Având în vedere constatările respective, aceste linii directe recomandă că tratamentul cu agoniști opioizi ar trebui să fie continuat atâta timp cât este indicat clinic. Pacienții și personalul medical nu ar trebui să ia ușor decizia de încheiere a tratamentului de întreținere cu agoniști opioizi (de exemplu, din motive administrative). Factorii care anticipează finisarea cu succes a farmacoterapiei de menținere cu agoniști opioizi nu sunt bine descriși, dar ar putea să includă angajarea la muncă sau alte activități semnificative, abținerea de la consumul de droguri opioide în timp ce ia agoniști de opiacee, și schimbările din mediul psiho-social de la începerea farmacoterapiei cu agonist opioid.

### **5.16. Considerente practice**

În cazul în care doza zilnică de metadonă este pierdută o dată, doza de metadonă trebuie să rămână neschimbată. Atunci când două doze zilnice sunt pierdute succesiv, este de asemenea recomandă administrarea dozei regulat cu condiția să nu existe nici o intoxicație.

Atunci când 3 doze zilnice sunt pierdute succesiv, se recomandă să se administreze doza de metadonă redusă cu 50%. În cazul în care pacientul a pierdut 4 doze pe zi succesiv, se recomandă să se administreze fie 40 mg de metadonă sau jumătate din doza prescrisă (a alege doza mai mică). După ce a ratat 5 sau mai multe doze zilnice succesiv, farmacoterapie cu metadonă trebuie reluată pornind de la 20-30 mg, ca și cum ar fi un caz nou (Colegiul Medicilor și Chirurșilor din Ontario, 2001, Hendry-Edwards S. și alții, 2002).

### **5.17 Gestionarea de anulare/abandonare a substanțelor opiacee**

Decizia de a încheia farmacoterapia de substituție cu opioide poate fi un pas dificil pentru pacienți și ei caută adesea îndrumarea din partea personalului medical. Pe de altă parte, unii pacienți pur și simplu decid că trebuie să încheie tratamentul cu agoniști de opiacee. În ambele situații, pacienții trebuie să fie informați cu privire la riscurile de încetare a tratamentului și încurajați pentru o alegere corectă.

Deși stresant, sindromul de sevraj în rezultatul anulării/abandonării substanțelor opioide pune rareori viața în pericol, dar managementul farmacologic asistat de

anulare/abandonare a substanțelor opioide poate face anularea substanțelor opiacee mai confortabilă și cu mai multe șanse de a reuși.

Întreruperea bruscă a farmacoterapie cu metadonă va provoca reîntoarcerea la opioide. Reducerea dozei nu ar trebui să provoace probleme fizice sau psihologice. Se recomandă ca doza de metadonă să fie redusă cu 10 mg pe săptămână pînă cînd se ajunge la 40 mg pe zi; apoi se reduce cu 5 mg pe săptămână. Ritmul de reducere a dozei trebuie să fie coordonat cu pacientul. În cazul în care administrarea de metadonă trebuie să fie interuptă mai devreme, este necesară administrarea unui tratament simptomatic.

Detoxifierea din programul de substituție va induce sindromul de sevraj. Datorită timpului de înjumătățire relativ mare și acumulării în țesuturi pe perioada substituției relativ importante, sindromul de sevraj este mai îndelungat decît în cazul opiaceelor cu acțiune scurtă, ca heroină și morfina. Pe de altă parte, se afirmă că sevrajul după metadonă este mai puțin intens. Pentru a reduce și preveni cît mai mult anxietatea pacientului este bine să i se ofere informații cît mai corecte și mai exacte despre ce va urma să se întîmple.

Cercetările disponibile sugerează că este de preferat o reducere mai lentă a dozelor. Oricum, ca toate celelalte decizii privind planul de tratament, și aceasta este cel mai bine de stabilit în urma consultării cu pacientul. Există și opțiunea ca reducerea să se facă fără informații asupra dozei, întrucît unii pacienți preferă să nu cunoască detalii legate de reducere pentru a nu-și crea anxietate sau speranțe inutile. Consilierea și suportul sunt foarte importante în această perioadă de renunțare treptată la metadonă și sunt necesare și după întreruperea administrării datorită sindromului post-metadonă. Acest sindrom este reprezentat atît de simptome ușoare ale fazei de sevraj, cît și de temerile legate de o viață fără opiacee. Dezvoltarea serviciilor post-cură în anumite zone este un răspuns la aceste probleme și include un mix de educație, aptitudini de antrenament și trăsături derivate din grupuri de auto-ajutor cum sunt *Narcomanii Anonimi* (Ward și colab., 1998).

Tratamentul simptomatic recomandat va cuprinde următoarele grupe de medicamente:

- Antidepresante
- Analgetice nesteroidice
- Tranchilizante.

Stimulatori biogenici

Efectul de suprimare a drogurilor și altor psihotrope include stimulon și fevarin 100 mg 3-6 luni.

## CAPITOLUL 6

### Regulile generale pentru personalul încadrat în programul FTM

#### 6.1. Centrul de tratament propriu-zis

O prima condiție este ca activitatea acestui serviciu să fie sigură - sigură în sensul că pacienții pot avea încredere în personal și că informațiile personale sunt tratate conform standardelor medicale și nu sunt oferite altor persoane. Poate părea evident, dar este esențial pentru succesul programului ca persoanele să fie tratate cu respect și să li se asigure intimitate.

Este recomandat ca tot personalul implicat în tratament să fie vaccinat împotriva hepatitei B și să fie testați la tuberculoză.

Locația programului trebuie să întrunească niște condiții importante. Din cauza faptului că pacienții vor trebui să se prezinte pentru tratament zilnic, este important ca sediul de tratament să fie accesibil pentru pacienți, să corespundă normelor sanitare.

Ideal ar fi ca metadona să fie distribuită dimineața, permițând astfel pacienților să urmeze farmacoterapia fără a fi nevoiți să piardă o parte din ziua lor productivă.

Este recomandată colaborarea cu serviciile de educație, securitate, regim și supraveghere pentru a explica importanța includerii fără frică a consumatorilor de droguri în program, inclusiv în scopul asigurării farmacoterapiei în timp optim.

#### Cerințele față de birou:

- ✓ Biroul să fie amplasat în încăperi sigure din punctul de vedere al securității
- ✓ Să dispună de ușă metalică
- ✓ Geamurile să aibă grilă metalică
- ✓ Să fie conectat la semnalizare
- ✓ Să fie dotat cu safeu, computer, imprimantă, masă, scaune
- ✓ Dozator.

#### 6.2. Principii etice fundamentale în activitatea personalului încadrat în FTM

1. Infecția HIV este o prioritate de sănătate publică și o problemă complexă, care afectează toate componentele societății.
2. Programul se va concentra preponderent asupra prevenirii și reducerii impactului social și economic, rezultat în urma epidemiei HIV. Resursele alocate vor lua în considerație grupurile vulnerabile: utilizatorii de droguri injectabile, lucrătoarele sexului comercial, bărbații care întrețin relații sexuale cu bărbații, deținuții.
3. Abordarea problemei prin oferirea unor servicii complexe esențiale pentru realizarea unui răspuns adecvat la epidemia HIV.
4. Persoanele și grupurile trebuie să aibă cunoștințele necesare în vederea prevenirii infectării cu virusul HIV, alte maladii transmisibile prin sînge și infecții cu transmitere sexuală – asigurarea condițiilor pentru a poseda această capacitate.

5. Tuturor persoanelor infectate/afectate sau cu risc sporit la infecția HIV li se garantează un acces egal la solicitarea și acordarea serviciilor elementare.
6. Toate persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, precum și grupurile cu risc sporit de infectare beneficiază de tratament, asistență medicală, îngrijire paliativă și servicii, conform standardului.
7. Drepturile persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, precum și cele care aparțin grupurilor cu risc sporit de infectare sunt garantate conform legislației naționale și tratatelor internaționale.
8. Să conștientizeze responsabilitatea pentru acțiuni și consecințe.
9. Să fie competenți și să se conducă de standarde în activitatea lor.
10. Să conștientizeze necesitatea de a evalua continuu activitatea și politica organizațională internă pentru a crește eficiența programului prin modernizare și extinderea spectrului de servicii adresate beneficiarilor.
11. Să conștientizeze necesitatea creșterii profesionale permanente.
12. Să păstreze confidențialitatea informației obținute în cadrul activității.
13. Să cunoască bine normele etice și juridice de funcționare a programelor, să refuze participarea la acțiuni ce contravin acestor norme sau pot cauza daune membrilor de echipă sau beneficiarilor.
14. Să conștientizeze că activitatea lor influențează viața altor persoane.
15. Să evite orice fel de conflicte sau să le soluționeze în mod amiabil.
16. Să promoveze politica organizațională în timpul prezentărilor publice.
17. Să se comporte cu respect vizavi de beneficiarii programului.
18. Să informeze beneficiarii despre scopurile și serviciile proiectului, precum și despre faptul că ei sunt liberi să le refuze.
19. Să ia în considerație opiniile colegilor, să le respecte drepturile, obligațiunile, abilitățile și ideile.
20. Să se comporte respectuos cu colegii și clienții, de la egal, indiferent de sex, naționalitate, apartenență religioasă sau sexuală.

### **6.3. Rolurile și responsabilitățile personalului**

Personalul implicat în cadrul programului farmacoterapiei cu metadonă este angajat pentru realizarea unei activități bine determinate, specificată în contract și adusă la cunoștință înainte de angajare sau la începutul implicării persoanei în funcția respectivă.

#### **6.3.1. Managerul de program (Directorul DIP)**

Managerul de program este responsabil de:

- administrarea (inclusiv cea financiară), implementarea programelor conform standardelor minime de calitate
- supravegherea tuturor subdiviziunilor programului, inclusiv coordonarea eficientă a serviciilor staționare și în teren și dezvoltarea serviciilor alternative de suport, în funcție de necesitățile beneficiarilor
- obținerea *feed-back-ului* referitor la progresul implementării programului prin organizarea întrunirilor/ședințelor regulate cu membrii colectivului angajați în program și beneficiarii
- analiza datelor primite în urma monitorizărilor, evaluărilor, studiilor și investigațiilor efectuate în cadrul programului de substituție cu metadonă, ajustarea programului în conformitate cu aceste date
- asigurarea unei comunicări permanente cu servicii de referință, instituții finanțatoare și alte părți implicate/ interesate

- asigurarea securității personalului la locul de muncă
- asigurarea continuității finanțării programului prin căutarea de noi fonduri
- asigurarea remunerării conform postului ocupat și obligațiilor îndeplinite de către fiecare angajat
- respectarea regimului de lucru, executarea obligațiilor conform standardelor stabilite
- soluționarea conflictelor apărute, accentul fiind pe normele de conduită general acceptate.

### **6.3.2. Coordonatorul de program (reprezentant Direcția Medicală)**

Responsabilități:

- asistența în implementarea proiectului
- monitorizarea activităților proiectului
- stabilirea unei strategii durabile de lucru a activităților de reducere a riscurilor, realizate de DIP
- asigurarea *feed-backului* între personal/coordonator de proiect și instituția finanțatoare
- menținerea unui dialog activ între organizație și partenerii proiectului: SOROS Moldova, servicii medicale penitenciare, ONG-uri.

**6.3.3. Asistentul de program (reprezentant Direcția Medicală)** este responsabil de:

- asigurarea cu informații și instruirea continuă a lucrătorilor în teren
- verificarea fișelor de lucru în teren, completate de către lucrătorii în teren
- asigurarea elaborării rapoartelor de periodice/lunare pînă la data de 10 a lunii următoare perioadei de raportare și, în caz de necesitate, abordarea problemelor specifice implementării programului
- implicarea activă în mediatizarea activităților proiectului
- colectarea rapoartelor primare, realizarea rapoartelor și evaluărilor lunare.

**6.3.4. Asistentul financiar** este responsabil de:

- gestionarea documentației financiare a instituției, inclusiv înregistrarea, chitanțele și detaliile tuturor tranzacțiilor financiare
- managementul financiar al programului
- asistarea Coordonatorului de Program în prezentarea rapoartelor instituției finanțatoare, cu o responsabilitate sporită față de compartimentul finanțe
- elaborare și prezentarea rapoartelor statistice și financiare către instituția finanțatoare.
- efectuarea altor tipuri de servicii (achiziții ale consumabilelor) pentru deservirea proiectului.

### **6.3.5. Rolul farmacistului**

Farmacista coordonator joacă un rol important în asigurarea instituțiilor penitenciare cu metadonă (executarea/completarea comenzii medicamentului, diluarea sol. metadonă cu apă distilată și distribuirea în instituțiile beneficiare).

De asemenea, farmacistul organizează evidența medicamentelor conform Convențiilor Internaționale și Legii nr. 382-XIV din 6 mai 1999 „Cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor”.

### **6.3.6. Medicul din serviciul medical penitenciar (consultant teritorial de proiect):**

- monitorizează starea beneficiarilor aflați în programul terapiei de substituție, completează fișele de observație medicală, corijează dozele individuale de metadonă în perioada tratamentului de susținere și decide când este posibilă micșorarea acestora
- perfectează extrasele la transferul deținuților în instituțiile penitenciare unde este asigurată continuitatea tratamentului
- distribuie metadona către beneficiarii incluși în programul terapiei de substituție conform fișelor de indicație;
- menține evidența strictă a substanței (metadonă) conform registrului
- elaborează rapoartele de activitate (forma standard) cu prezentarea ulterioară al acestora Direcției Medicale a Departamentului Instituțiilor Penitenciare
- evaluează starea sănătății pacienților, iar la indicații medicale – efectuarea corecțiilor în doza de preparat administrat
- realizează activități de informare sanitară și distribuie materiale informaționale
- prezintă listele condamnaților ce suferă de narcomanie opiacee, precum și solicitările acestora privind eventuala încadrare în programul terapiei de substituție
- contribuie la depistarea cazurilor de supradozare și la întreprinderea măsurilor de urgență în aceste cazuri.

### **6.4. Cunoștințe și abilități**

Este de la sine înțeles că medicul trebuie să aibă cunoștințe legate de consumul și dependența de opiacee pentru a fi un clinician bun. Programele de instruire sunt esențiale pentru ca doctorul să poată profesa în condiții clinice bune. Aceste programe de instruire sunt organizate doar pentru cei care încep să lucreze în domeniul consumului de droguri și tratamentului cu metadonă.

Posibilitățile de instruire sunt la fel de importante pentru tot personalul implicat în tratamentul de dependență la opiacee. Conținutul acestor cursuri vor aborda aspectele farmacologice, toxicologice, clinice și psihosociale ale dependenței de opiacee. Seminarele de perfecționare continuă, supraveghere și comunicare cu colegii constituie întotdeauna o parte esențială a activității de a ține actualizate realizările recente din orice domeniu al medicinei.

Un medic care prescrie medicamente controlate, inclusiv metadonă, pentru dependența de droguri trebuie să posede cunoștințe de bază în domeniul farmacologiei și toxicologiei, precum și indicații clinice pentru utilizarea unui drog, regimul de dozare și strategia terapeutică de monitorizare pentru a se considera că acel doctor prescrie medicamentele într-un responsabil.

Este responsabilitatea tuturor medicilor să asigure îngrijire pentru sănătatea generală și problemele legate de droguri, indiferent dacă pacientul este gata sau nu să renunțe la droguri. Este responsabilitatea medicului de a se asigura că pacientul primește doza corectă și că se fac eforturi pentru a se asigura că medicamentul este utilizat adecvat și nu redistribuit ilegal. Dozele prescrise pacienților ar trebui revizuite periodic, cel puțin o dată la 3 luni, în special în cazul în care tratamentul pacientului nu s-a stabilizat.

## 6.5. Responsabilitățile personalului

- Indiferent de structura personalului dintr-un program de tratament cu metadonă, prescrierea metadonei este responsabilitatea medicului sau felcerului. Această responsabilitate nu poate fi delegată altui specialist fără studii medicale. La necesitate poate fi consultat specialistul Dispensarului Narcologic.
- Implementarea cu succes a programului de substituție cu metadonă în incinta penitenciarului
- Managementul general al FTM
- Asigurarea continuă cu metadonă, pentru a menține activitatea cotidiană a FTM
- Asigurarea desfășurării activității FTM, conform standardelor minime de calitate
- Identificarea și implicarea în program a beneficiarilor noi
- Efectuarea acțiunilor de referință și însoțire a beneficiarilor la servicii alternative sau suplimentare
- Participarea la întrunirile/ședințele organizate în cadrul programului
- Informarea Direcției Medicale despre orice probleme sau progrese obținute în cadrul implementării proiectului
- Asigurarea confidențialității informațiilor obținute de la beneficiarii programului
- Asigurarea securității informației despre beneficiar (pe hârtie și în forma electronică)
- Completarea corectă a tuturor formelor de raportare și evidență, stabilite în cadrul programului (*Anexele nr. 9, 10, 11*)
- Asigurarea livrării, distribuirii, păstrării și evidenței Metadonei în instituțiile penitenciare (*Anexa nr.4*)
- Aduce la cunoștință beneficiarului drepturile și responsabilitățile pacientului (*Anexa nr. 1*)
- Încheie un acord între beneficiar și reprezentantul programului FTM pentru aplicarea tratamentului de substituție (*Anexa nr.2*)
- Completarea chestionarului pentru colectarea informației inițiale în cadrul farmacoterapiei de substituție (*Anexa nr.3*)
- La eliberarea din detenție a persoanelor aflate în programul de substituție medicul este obligat să completeze extrasul medical forma 027 în 2 exemplare unde să fie indicat numele, prenumele pacientului, adresa de domiciliu, diagnosticul clinic și patologiiile concomitente, de când se află în programul de substituție, doza de metadonă la externare. Un exemplar se eliberează pacientului personal și informează pacientul unde trebuie să meargă în sectorul civil cu prezentarea adreselor concrete și numere de telefoane de la dispensarele narcologice din teritoriu unde pleacă pacientul. Al doilea exemplar se prezintă în Direcția Medicală DIP, care la rîndul său informează telefonic și trimite prin poșta electronică extrasul la Dispensarul Narcologic, informînd despre eliberarea din detenție a pacientului în FTM.

## 6.6. Lucrul în echipă

Personalul medical nu ar trebui să prescrie metadona într-un mediu izolat. O abordare multi-disciplinară pentru tratamentul împotriva consumului de droguri este esențială. Dacă tratamentul este oferit de medic, personalul implicat în tratamentul cu metadonă ar trebui să includă atît administratorul, cît și comunitatea farmaceutică. Este benefică implicarea de reprezentanți sociali,

consilieri, psihologi și alte servicii pentru a obține rezultatul scontat. O evaluare completă a pacientului împreună cu opiniile unor profesioniști implicați în program ar trebui să fie luate în considerare în orice situație și să se determine scopurile tratamentului.

Ședințe periodice în echipă facilitează colaborarea și organizarea beneficiarilor care necesită mai mult de un membru de personal. Claritatea procedurilor dintr-un program nu sunt doar importante pentru personal, dar vor avea și un impact asupra rezultatului așteptat pentru beneficiari în urma tratamentului.

### **6.7. Rolul personalului medical mediu**

Personalul medical de nivel mediu (asistentele medicale, felcerii) intră în contact cu consumatorii de droguri în diferite situații, fie în spital, fie în serviciile medicale penitenciare. Abilitățile și cunoștințele lor le pot permite servicii variate de la evaluarea consumatorului, consiliere în probleme de educație pentru sănătate și efectuarea procedurilor de tratament cum ar fi distribuirea medicației. În majoritatea programelor felcerii și asistentele medicale sunt responsabile pentru verificarea complianței la medicație și coordonează supravegherea comportamentului de ansamblu al pacientului. În unele programe, personalul medical mediu își asumă responsabilitatea finală pentru tratament.

## **CAPITOLUL 7**

### **Suportul psihosocial**

Un rol important în FTM îl are suportul psiho-social, care contribuie la restabilirea relațiilor familiale, încadrarea în muncă și incluziunea în societate. Studiile denotă faptul că sprijinul psiho-social sporește semnificativ ponderea pacienților care se abțin de la consumul altor substanțe psiho-active. Totuși, farmacoterapia cu metadonă cu sau fără asistență psiho-socială n-a influențat numărul de pacienți rămași în tratament. (Amato L., 2008).

În acest sens, se propun următorii algoritmi de suport psiho-social al persoanelor încadrate în farmacoterapia de substituție. Este important rolul de referire către servicii de reducere a riscului utilizatorului identificat, inclusiv după aplicarea screening-ului la adicții.

Asistența psiho-socială poate:

- crește motivația pacienților pentru a opri sau a reduce consumul de droguri
- ajută pacienții să clarifice obiectivele lor legate de consumul de droguri
- sporește responsabilitatea pentru rezultatele de detoxifiere de opiacee.

În plus, susținerea psiho-socială poate ajuta la educarea pacienților cu privire la simptomele de sevraj, le poate oferi strategii utile pentru minimizarea retragerii și îi poate ajuta să interpreteze fenomenele de sevraj actuale. Acest sprijin poate facilita, de asemenea, transferul la opțiuni de susținere după finisarea tratamentului de substituție și contribui la reintegrarea în societate.



## 7.1 Rolul psihologului

Tehnicile psihologice au devenit un element central al unei bune practici clinice a dependenței la substanțe opiacee, în majoritatea țărilor fiind adjuvanți importanți la farmacoterapie. Psihologia oferă modele pentru abordarea dependenței de droguri, combinând teorii sociale și neuro-biologice. De exemplu, interviul motivațional este important în procesul de evaluare în vederea introducerii pacientului în farmacoterapie, creșterea aderenței și menținerea în tratament, precum și pentru a preveni recăderile în timpul tratamentului detox. Pacienții cu afecțiuni mintale co-existente pot beneficia de terapii specifice, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală.

## 7.2. Rolul asistentului social

Personalul care lucrează cu dependenții de droguri poate avea o largă varietate de domenii profesionale, cum sunt asistența medicală, educația, asistența socială și sistemul de justiție. Funcția lor profesională poate fi considerată ca o parte majoră a spectrului de servicii psiho-sociale necesare pentru un tratament cuprinzător eficient. Acest gen de personal poate oferi sfaturi și consiliere de bază.

Funcția principală a acestui tip de lucrător este să ofere consiliere drogdependenților, încercând rezolvarea și sprijinul în problemele familiare, personale și probleme de justiție. Competența profesională și eficacitatea clinică sunt strâns legate de pregătire și abilități personale.

Consilierul este responsabil de:

- evaluarea situației și necesităților beneficiarului
- desfășurarea interviurilor motivaționale calificate
- utilizarea metodologiei managementului de caz
- implicarea beneficiarilor programului în grupuri de suport reciproc, participarea la pregătirea și desfășurarea activităților de grup și a celor informaționale
- organizarea procesului de referință al beneficiarilor pentru consilierea și testarea voluntară la HIV, hepatite virale, ITS, tratamentul dependenței, tratament antiretroviral, farmacoterapie de substituție, reabilitare și alte servicii
- documentarea activităților lunare și prezentarea rapoartelor lunare
- asigurarea securității dosarelor clienților (pe hârtie sau în formă electronică)
- completarea corectă a tuturor formelor de raportare și evidență stabilite.

## 7.3. Rolul consilierului/consultantului

Consilierea este o relație de colaborare în care o persoană specializată asistă consiliatul în soluționarea problemei cu care se prezintă și în îmbunătățirea abilităților de depășire a dificultăților și luare a deciziilor (Ivey, 1986).

**Consilierul trebuie:**

- să ofere consiliere consumatorilor de droguri, la solicitare. Aceasta poate include consiliere referitoare la HIV, consum de droguri, consiliere pre- și post-test, probleme psihologice cu care se confruntă consumatorii de droguri
- să aplice intervenții profilactice, terapeutice și corecționale în vederea soluționării problemei clientului

- să organizeze procesul de referință al beneficiarilor pentru tratament drogdependentei, reabilitare, servicii medicale
- să implice beneficiarii programului în grupuri de suport reciproc, să participe la pregătirea și desfășurarea activităților de grup și celor informaționale
- să documenteze activitățile sale lunare și să prezinte rapoarte lunare despre activitate
- să asigure securitatea dosarelor clienților (pe hîrtie sau în formă electronică)
- să asigure completarea corectă a tuturor formelor de raportare și evidență stabilite.

#### **Înainte de începerea ședințelor:**

- Puneți accent pe beneficiarii noi; de procesul de pregătire pentru includerea în program depinde foarte mult și rata succesului, reținerea și aderența la tratament. Este necesar de a explica pacientului că este vorba de un tratament/proces de cele mai multe ori de o durată mai lungă.
- Verificați dacă beneficiarul este nou sau este la o vizită repetată.
- Dacă persoana a beneficiat deja de consiliere, accesați fișa ei. Faceți cunoștință cu fișa, citiți-o și închideți dosarul.
- Verificați ce informație poate fi solicitată de la beneficiar.

#### **În timpul ședințelor:**

- Nu deschideți dosarul în fața beneficiarului, creați un mediu de parteneriat.
- Acolo unde este posibil, nu lăsați masa să vă despartă de beneficiar. Așezați-vă alături de masă sub un unghi de 90 de grade.
- Dacă beneficiarul este nou, întrebați-l despre trecutul său.
- Oferiți un sfat benefic, bazându-vă pe comportamentele de risc.
- Discutați cu beneficiarul referitor la servicii după dorință și necesitate: consilierea și testarea voluntară la HIV, farmacoterapia cu metadonă, îngrijirea de sănătate, reabilitarea post/consum etc.; beneficiarii care manifestă semne de boli psihice vor avea nevoie de servicii de sănătate mintală.

#### **După ședințe:**

- Pentru beneficiarii noi deschideți un dosar și includeți codul unic de identificare a acestuia.
- Faceți înscrierile necesare în urma ședințelor, inclusiv probleme (discuții, observații, analize, și acțiuni necesare) și referințe executate.
- Completați zilnic fișa de evidență în cadrul tipului respectiv de consiliere.

### **7.4. Confidențialitatea și bioetica**

Personalul implicat în programul de farmacoterapie se conduce în activitatea sa de principiul confidențialității pe care o asigură tuturor beneficiarilor. Îngrijorările despre orice aspect al programului trebuie discutate la nivel intern, împreună cu coordonatorul de program. Personalului i se interzice să transmită orice fel de informație, fără a avea o permisiune clară a coordonatorului de program și acceptul beneficiarului. Personalul nu are dreptul și nu este abilitat de a folosi informația de care dispune la serviciu pentru a publica articole în presa locală sau străină sau alte reviste ori buletine de știri, fie în formă electronică sau tipărită ori audio (televiziune, radio), fără permisiunea coordonatorului sau Direcției Medicale DIP.

## CAPITOLUL 8

### Monitorizare și evaluare

#### 8.1. Evaluarea

Monitorizarea și evaluarea serviciilor și programelor sunt elemente esențiale pentru realizarea unei bune practici. Majoritatea programelor au o formă de monitorizare a activităților cum ar fi: câți pacienți sunt cuprinși în program, care este frecvența vizitelor, care este cantitatea de metadonă prescrisă etc. Totuși, evaluarea rezultatelor tratamentului sau o analiză cost-beneficiu sunt rareori realizate.

Este cert că rezultatele depind de modul în care este asigurat tratamentul. De aceea este important ca orice serviciu oferit publicului să se bazeze pe un mecanism de evaluarea a reușitei. Este de asemenea important să existe mecanisme de verificare, indicatori de proces, de impact, de acoperire și de calitate pentru a constata dacă lacunele existente sunt în funcție de personalul implicat sau dacă pacienții admiși la tratament au fost corect încadrați.

Verificarea activităților este o practică comună oricărui program. Întocmirea și menținerea evidenței în registre de activitate este esențială, dar și mai importantă este acordarea timpului necesar pentru analiza și procesarea datelor obținute. O analiză descriptivă pe baza controlului activităților este întotdeauna posibilă, iar atunci când e comparată cu toate costurile, poate fi realizată o analiză cost-beneficiu.

Pentru orice tip de evaluare a unei intervenții este esențială formularea unei întrebări clare, definirea obiectivelor în prealabil și stabilirea necesității acelei intervenții. În plus, este crucial să verifici dacă măsoară ceea ce vrei să știi.

În plus, față de binecunoscutele metode cantitative de evaluare, cum sunt monitorizarea activităților și realizarea unei analize descriptive sau cost-beneficiu, există și alte modalități. O supraveghere poate fi realizată în rîndul beneficiarilor pe baza unui chestionar anonim care să analizeze dacă aceștia sunt mulțumiți cu ceea ce li se oferă și de modul în care li se oferă serviciile. Pentru a asigura confidențialitatea, informația în baza chestionarelor se va colecta în cadrul terapiei/consultării de grup.

Evaluarea calității serviciului poate fi măsurată cu instrumente mai „calitative”, cum ar fi un „focus-grup”, sau prin interviuri în profunzime cu personalul, beneficiarii, alte servicii.

Este întotdeauna util ca acest tip de evaluare să fie realizat de experți din exterior. Cercetători ai pieței, consultanți în management sau asociații ale consumatorilor pot oferi sugestii pentru îmbunătățirea modului de oferire a serviciilor.

Evaluarea trebuie să fie parte integrantă a programelor pe cât posibil făcută de experți independenți, iar rezultatele trebuie luate în considerare la elaborarea de noi programe. În acest domeniu, Centrul European de Monitorizare pentru droguri

și dependența la drog a formulat și va continua să formuleze recomandări pentru evaluarea activităților și modele pentru reorientarea politicilor.

## **8.2. Scopul evaluării**

- de a aprecia măsura în care intervenția a obținut scopul și obiectivele planificate
- de a stabili necesitatea modificării/adaptării intervenției pentru sporirea eficienței.

### **8.2.1. Evaluarea se efectuează:**

- înaintea intervenției – analiza riscurilor posibile ale viitoarei intervenții asupra comunității/grupului-țintă, după o anumită perioadă de timp
- pe parcursul implementării proiectului – revizuirea periodică a strategiilor direcționate în realizarea activităților și a obiectivelor propuse
- după implementare – evaluarea beneficiilor reale pe care le-a adus programul, precum și a numărului de persoane care au beneficiat de realizările programului.

### **8.2.2. Evaluarea se efectuează:**

- din interior – de către managerul/coordonatorul de program/echipa de management și de către persoanele responsabile de supervizare
- din exterior – de către finanțator, organisme guvernamentale, beneficiari ai programului etc.

### **8.2.3. Tipurile de evaluare:**

- calitativă – determină dacă programul a satisfăcut sau nu anumite cerințe (programul și-a atins obiectivele, impactul pe care activitățile proiectului îl are asupra unui grup de beneficiari)
- cantitativă – determină în ce proporție au fost realizate anumite cerințe (în ce măsură proiectul și-a atins obiectivele).

### **8.2.4. Etapele procesului de evaluare:**

- colectarea informațiilor (se pot folosi informațiile colectate în cadrul procesului de monitorizare, înregistrarea reclamațiilor, informații noi, fotografii, înregistrări video etc.)
- prelucrarea informațiilor colectate (calcularea indicatorilor, aprecierea rezultatelor, statistica descriptivă)
- analiza și sinteza informațiilor (descrierea concisă a materialelor și a metodelor folosite, prezentarea rezultatelor finale, prezentarea derulării bugetului)
- compararea (dacă s-au folosit metodele propuse, tipul și cantitatea de materiale produse, dacă s-au îndeplinit rezultatele, cu cât s-a depășit, cât nu s-a realizat, de ce? etc.)
- concluzie (dacă au fost îndeplinite obiectivele și scopul programului).

## **8.3. Monitorizare**

Fiecare intervenție trebuie înregistrată adecvat, deci trebuie înregistrată în registru și în baza de date, în care să se păstreze date despre toate prescripțiile făcute. Acest registru cu toți pacienții, contrasemnat de toți cei participanți la programul de tratament, poate fi un ajutor important.

Informațiile din registru nu trebuie făcute publice și nu trebuie să existe repercusiuni pentru pacient, ca de exemplu, pierderea libertăților civile. Scopul său principal ar trebui să fie protejarea serviciului, a utilizatorilor săi și a sponsorilor serviciului (*Anexele nr. 9, 10*).

După finisarea Registrului de evidență a beneficiarilor, acesta este predat în arhiva penitenciarului sub grila „Confidențial” și se păstrează 5 ani.

#### **8.4. Raportarea**

Șeful serviciului medical penitenciar este responsabil de prezentarea lunară în Direcția Medicală DIP pînă la data de 5 a lunii următoare a dării de seamă despre beneficiari și circulația metadonei în serviciul medical conform *Anexei nr. 11*.

## **Anexa nr.1**

### ***Drepturile și responsabilitățile pacientului (informație pentru pacienți)***

#### **DREPTURI**

- Asistența medicală gratuită în volumul stabilit de legislație
- Atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vîrstă, sex, apartenență etnică, statut socio-economic, convingeri politice și religioase
- Securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate
- Reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate
- Opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație
- Informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective
- Examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate a normelor sanitaro-igienice
- Informații cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora.

#### **RESPONSABILITĂȚI**

- Grija față de propria sănătate și menținerea unui mod de viață sănătos, excluderea acțiunilor premeditate ce dăunează sănătății proprii și a altor persoane
- Respectarea măsurilor de precauție în contactele cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii
  - o medicali, în cazul în care persoana știe că suferă de o boală ce prezintă pericol social
- Informarea completă a lucrătorului medical cu privire la bolile suportate și cele curențe, maladiile sale ce prezintă pericol social
- Respectarea regulilor de comportament stabilite pentru pacienți în instituțiile medicale și penitenciare, precum și recomandărilor medicului în perioada tratamentului ambulatoriu și staționar
- Excluderea utilizării produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului
- Respectarea drepturilor și demnității altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.

## Anexa nr. 2

### **Acordul între beneficiar și Programul FTM, reprezentat de consultantul penitenciarului nr.\_\_\_\_ pentru aplicarea farmacoterapiei de substituție**

#### **A C O R D U L**

între beneficiar și Programul farmacoterapiei de substituție  
în Penitenciarul nr.\_\_\_\_

din „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20 nr.\_\_\_\_\_

În conformitate cu ordinul Departamentului Instituțiilor Penitenciare al Ministerului Justiției al Republicii Moldova nr. \_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ se încheie Acordul bilateral între \_\_\_\_\_ beneficiarul \_\_\_\_\_ în cele ce

(numele, pronumele, anul nașterii, domiciliul)

urmează – „beneficiar”, și consultantul FTM al Penitenciarului nr.\_\_\_\_ în cele ce urmează „medic”, privind aplicarea tratamentului substituitiv.

#### **Angajamentele părților:**

##### **Beneficiarul este obligat:**

- Să consume metadona în cabinetul programului FTM în prezența personalului medical
- Să permită personalului medical să se asigure de faptul că metadona nu se ascunde
- Să nu vîndă și să nu transmită metadona altor persoane
- Să nu fie agresiv față de personalul medical al instituției medicale și alte persoane participante în programul terapiei de substituție cu metadonă
- Să îndeplinească indicațiile personalului medical
- Să nu vîndă și să consume droguri ilegale și alte substanțe psiho-active în instituția penitenciară
- Să dea analiza urinei după indicația personalului medical
- Să păstreze bunurile materiale ale instituției medicale și penitenciarului
- Să nu fumeze în încăperea serviciului medical, la scări (sanctiunea poate fi fără observații suplimentare).

##### **Beneficiarul se informează că:**

- În cazul încălcării regulilor menționate, medicul programului prescrie clientului sancțiune individuală.
- În cazul în care participantul la program nu se prezintă în cabinetul FTM timp de 7 zile nemotivat, el (ea) se exclude automat din program.
- La prezența dezacordului cu Regulile indicate (acord), beneficiarii nu se includ în programul FTM.

##### **Instituția penitenciară:**

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

Semnătura consultantului

Semnătura beneficiarului

### Anexa nr. 3.

#### ***Chestionarul pentru colectarea informației inițiale în cadrul FTM***

#### Chestionarul

Data îndeplinirii \_\_\_\_\_  
Numele, prenumele \_\_\_\_\_  
Anul nașterii, vîrsta \_\_\_\_\_ Genul \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Studiile \_\_\_\_\_  
Ocupația \_\_\_\_\_  
Situția familială \_\_\_\_\_  
Data începutului detenției curente \_\_\_\_\_, nr. detenții  
anterioare \_\_\_\_\_  
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 ineficient \_\_\_\_\_  
Abstinența cea mai îndelungată \_\_\_\_\_  
Cine \_\_\_\_\_ i-a \_\_\_\_\_ recomandat \_\_\_\_\_ tratamentul \_\_\_\_\_ respectiv \_\_\_\_\_  
Date suplimentare:  
**Prezența :**  
HIV/SIDA \_\_\_\_\_  
Hepatita B,C, D \_\_\_\_\_  
Graviditate \_\_\_\_\_  
Maladii grave \_\_\_\_\_  
Antecedente penale \_\_\_\_\_  
Durata tratamentului \_\_\_\_\_  
Dorița de a continua tratamentul în condiții de ambulator \_\_\_\_\_

Semnătura beneficiarului

Semnătura personalului medical



## Anexa nr.4

### ***Instrucțiune privind ordinea de livrare, distribuire, păstrare și evidență a metadonei în instituțiile penitenciare***

#### **1. Livrarea**

Metadona se eliberează numai de farmacia DIP-ului.

Livrarea produselor și substanțelor stupefiante, toxice și psihotrope se efectuează conform contului (facturii), potrivit unei procuri, întocmite conform regulamentelor în vigoare, indicându-se denumirea și cantitatea (cu litere) a medicamentului solicitat. Procura este pentru o singură utilizare și este valabilă pînă la 15 zile de la eliberare.

Livrarea metadonei, precum și altor substanțe psihotrope este eliberată pe bonuri separate, ștampilate cu ștampila instituției penitenciare și vizate de șeful instituției. În bonul de livrare se indică denumirea penitenciarului, cantitatea necesară. În bonul de livrare cantitatea necesară se scrie cu cifre și cu litere.

În regiuni eliberarea metadonei se efectuează de către persoanele desemnate prin ordinul instituției respective.

#### **2. Distribuirea**

Înainte de distribuirea metadonei, personalul de distribuire ar trebui:

- să stabilească identitatea pacientului, numele
- să se asigure că pacientul nu este în stare de ebrietate alcoolică sau narcotică
- să verifice tratamentele pe care le primește beneficiarul (medicamente care pot interacționa cu metadona, scade sau amplifică acțiunea metadonei)
- să verifice doza de baza de prescripție medicală.

Este vital ca metadona să nu fie distribuită persoanelor care sunt sedate sau în stare de ebrietate, deoarece acest lucru poate conduce la creșterea sedării. Personalul care distribuie ar trebui să fie calificat în evaluarea gradului de sedare și să fie ferm atunci cînd refuză doze pacienților în stare de ebrietate. De asemenea, personalul trebuie să poată testa nivelul de alcool din respirație în cazul în care pacienții au consumat alcool. Pacienții care se prezintă în stare de ebrietate sau sedați sunt rugați să se întoarcă atunci cînd ebrietatea sau sedarea va scădea.

Dozele distribuite trebuie să fie înregistrate în conformitate cu cerințele în registru (*Anexa nr 9*).

#### **3. Păstrarea**

Metadona trebuie să fie păstrată în încăperi sigure fără ferestre sau ferestrele să dispună de grile metalice, cu ușă metalică, să fie conectate la semnalizare. Metadona trebuie să fie păstrată într-un safeu sigur, fixat de perete.

#### **4. Rezervele**

Rezervele de metadonă în secțiile curative desemnate pentru tratamentul de substituție nu trebuie să depășească cantitatea de trei zile, iar în farmaciile penitenciare nu trebuie să depășească rezerva pentru 4 săptămâni.

### **5. Evidența**

- Metadona se înregistrează în fiecare zi în registrul cu pagini numerotate, sigilate și ștampilate de șeful penitenciarului.
- Lunar, la data de întâi, persoana abilitată verifică cantitatea substanței primite, utilizate și soldul.
- Trimestrial, pînă la data de 10, datele privind livrarea medicamentului și soldul se prezintă Comitetului Permanent de control a drogurilor prin intermediul farmacistului DIP.

### **6. Supravegherea**

Pentru livrarea, păstrarea și utilizarea rațională a substanțelor substitutive este responsabilă persoana desemnată prin ordinul instituției respective.

## Anexa nr.5

### ***Instrucțiune pentru medici și psihologi privind planul individual de tratament în cadrul FTM***

#### **I. Instrucțiune**

Pentru fiecare beneficiar, inclus în programul terapiei de substituție, se aprobă un plan individual de tratament, care se completează în procesul dialogului motivațional, pe parcursul căruia sunt discutate și înțelese problemele și necesitățile beneficiarului. Această informație constituie baza tratamentului și reabilitării. (Măsurile medicale se înscriu în Fișa medicală a participantului la program).

#### **II. Aspectele planului individual de activitate**

- Examinarea medicală generală
- Examinarea medicală la includerea în program pentru HIV/SIDA, TB (în continuare de 2 ori pe an), hepatite virale, ITS (în continuare minimum o dată în an).
- Examinarea medicală la boli complicate (sepsis, ulcer trofic și dereglări organice)
- Consultația psihologică
- Selectarea dozei individuale a preparatului de substituție în condiții de staționar sau ambulator
- Determinarea termenului terapiei de substituție și pregătirea adecvată a beneficiarului cu privire la procesul îndelungat de tratament, după caz
- În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului
- Asigurarea consultației specialiștilor de profil
- Graficul consultațiilor medicului narcolog
- Planul tematic individual de consiliere a psihologului cu beneficiarul
- Participarea în grupurile de susținere și ajutor reciproc
- Participarea în grupurile psihoterapeutice și determinarea periodicității lor
- Măsurile resocializării (*Anexa „Planul de activitate al schimbării”*)
- Testarea de laborator la consumul drogurilor ilegale
- Tratamentul maladiilor concomitente
- Corectarea/modificarea planului de tratament confirmat nu mai rar decât lunar.

#### **III. Planul individual de tratament**

Examinare medicală generală

---

---

---

Examinare medicală la HIV/SIDA, TB etc. la includerea în program (în continuare minim o dată în semestru) Hepatite, ITS (la includerea în program și anual)

---

---

---

Examinare medicală la boli complicate (sepsis, ulcere trofice și dereglări organice)

---

---

---

Testare psihologică

---

---

---

Selectarea dozei individuale a preparatului substitutiv în condiții de staționar sau ambulator

---

Determinarea tipului și termenului terapiei de substituție

**În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului:**

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

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

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

Asigurarea consultației specialiștilor de profil (de exemplu, dermato-venerolog)

---

---

---

Graficul consultațiilor medicului narcolog (la necesitate)

---

---

---

Planul tematic individual de consiliere a psihologului cu beneficiarul

---

---

---

---

---

---

Participarea în grupurile de susținere și ajutor reciproc

---

---

---

Participarea beneficiarului în grupurile psihoterapeutice și determinarea perioadei

---

---

---

Măsurile resocializării (vezi Planul *de activitate al schimbării*)  
Testarea de laborator la consumul drogurilor ilegale (după necesitate)

---

---

---

---

Tratamentul maladiilor concomitente (după necesitate)

---

---

---

---

Corectarea/modificarea planului de tratament confirmat nu mai rar de o dată în trimestru.

**Planul de activități al schimbării pentru pacient**

**PLANUL DE ACTIVITATE AL SCHIMBĂRII**

*Instrucțiune pentru pacient*

Beneficiarul terapiei de substituție \_\_\_\_\_

Data completării planului \_\_\_\_\_

**1. Ce schimbări eu doresc să fac (Eu doresc să fac schimbările...)**

---

---

---

---

---

**1. Motivul cel mai important pentru care eu doresc să fac aceste schimbări este...**

---

---

---

---

---

**3. Pași pe care eu intenționez să-i fac pentru (a ajunge) a realiza schimbările...**

---

---

---

---

---

**4. Modurile în care oamenii mă pot ajuta...**

---

---

---

---

---

**5. Sunt sigur că planul meu va funcționa, dacă...**

---

---

---

---

---

**6. Ce obstacole mă pot împiedica să-mi realizez planul**

---

---

---

---

---

---

Semnătura beneficiarului

Semnătura medicului

## Anexa 7

### ***Planul de activități al schimbării pentru lucrătorul medical, lucrătorul social și psiholog***

#### PLANUL DE ACTIVITATE AL SCHIMBĂRII

##### *Instrucțiune pentru lucrătorul medical, lucrătorul social și psiholog*

Se completează pe parcursul dialogului motivațional, atunci când se dezvăluie problemele și necesitățile clientului.

#### **1. Ce schimbări eu doresc să fac (*Eu doresc să fac schimbările...*)**

În ce mod sau în ce domeniu beneficiarul dorește să facă schimbarea. Fiți cât mai concret. Este important să includeți scopuri pozitive (doresc să încep, doresc să îmbunătățesc, doresc să ridic, doresc să fac ceva mai mult), și nu scopuri ce ar provoca stresul.

#### **2. Motivul cel mai important pentru care eu doresc să fac aceste schimbări este...**

La ce consecințe vă așteptați de la ceea ce faceți sau nu faceți, care e motivul cel mai potrivit spre schimbare pentru client?

#### **3. Pașii pe care eu intenționez să-i fac pentru a realiza schimbările**

Cum beneficiarul planifică realizarea obiectivului? Cum pot fi obținute schimbările dorite? Unde, când și în ce fel acești pași pot fi realizați?

#### **4. Modurile în care oamenii mă pot ajuta...**

În ce mod alte persoane (inclusiv persoane importante, în caz că există) pot ajuta beneficiarul în realizarea acestor pași ce duc spre schimbare?

#### **5. Sunt sigur că planul meu va funcționa dacă...**

Așteptările beneficiarului ce pot fi în rezultatul realizării obiectivului schimbării?

#### **6. Ce obstacole mă pot împiedica să-mi realizez planul**

Ajutați beneficiarul anticipeze situațiile sau schimbările care pot dăuna realizării planului? Ce se poate întâmpla? Cum beneficiarul se poate conduce de plan, independent de aceste probleme sau insuccese? Planul se întocmește în formă scrisă, în două exemplare. Unul se păstrează la medic, altul – la beneficiar. Planul se întocmește pe 3 luni, apoi se reexaminează și se redactează.



## ***Interacțiuni farmacodinamice***

### ***Sedative***

Orice medicament care determină sedarea poate provoca sedare aditivă cu metadona, crescând riscul de supradozare sedativă. În astfel de medicamente se includ benzodiazepinele, alcoolul, alte medicamente psihotrope sedative (de exemplu, fenotiazina și alte antipsihotice), triciclicele și alte sedative antidepressive, alfa adrenergici (de exemplu, clonidina și lofexidine) și antihistaminicele sedative. Cele mai multe decese prin supradoză asociate cu metadona sunt în combinație cu una sau mai multe dintre aceste sedative.

### ***Alcoolul***

Consumul cronic de alcool a fost raportat prin creștere a metabolismul metadonaei, rezultând într-un potențial crescut de efecte adverse.

### ***Anticonvulsivante***

Fenitoina, carbamazepina și fenobarbitalul sunt toate inductori importanți ai CYP3A4 și au dus toate la simptome de sevraj la pacienții în tratamentul cu metadonă.

### ***Antidepressive***

Sertralina, fluoxetina și fluvoxamina sunt inductori de CYP3A4. Metadona poate potența efectele antidepressive triciclice.

### ***Antibacterienele***

Rifampicină (rifampicina) a contribuit la reduceri semnificative clinice ale nivelului de metadonă.

### ***Antibiotice macrolide***

Cele mai multe macrolide (eritromicina, claritromicina, diritromicina, roxitromicină) inhibă CYP3A4. Numai azitromicina nu inhibă CYP3A4.

### ***Prelungirea QT***

Un grup de medicamente afectează timpul necesar pentru a depolariza și repolariza ulterior intervalul QT într-o electrocardiogramă. O prelungire a intervalului QT predispune persoanele la aritmii cardiace grave, cum ar fi torsada vîrfurilor și a altor tahiaritmii ventriculare, care pot fi fatale dacă nu sunt tratate. Metadona este un astfel de medicament. Combinațiile de metadonă cu alte medicamente care prelungesc intervalul QT trebuie utilizate cu precauție, deoarece pot crește și mai mult riscul de prelungire a intervalului QT asociat cu

aritmii cardiace. Aceste medicamente sunt, în antiaritmice clasa I sau III, blocante ale canalelor de calciu, unele antipsihotice și unele antidepresive (a se vedea tabelul prezentat în continuare pentru o listă mai completă). Medicamentele care produc tulburări electrolitice (de exemplu, hipokaliemie și hipomagnezemie), ca rezultat, de asemenea, au un risc crescut de prelungire a intervalului QT / aritmiilor asociate (de exemplu, diuretice, laxative, hormoni corticosteroizi cu activitate de mineralocorticoizi).

<b>Medicamente care cresc riscul de torsada vîrfurilor sau prelungirea intervalului QT</b>			
Amiodarona	Trioxid de arsen	Bepridil	Chloroquine
Clorpromazina	Cisaprida	Claritromicina	Disopiramidă
Dofetilidă	Domperidona	Droperidol	Eritromicina
Halofantrina	Haloperidol	Ibutilidă	Mesoridazina
Metadona	Pentamidina	Pimozide	Procainamidă
Chinidina	Sotalol	Sparfloxacină	Tioridazină

**Tabelul 1. Interacțiunea între metadonă și preparatele ARV**

<b>Remediul ARV</b>	<b>Acțiunea remediului ARV asupra metadonei</b>	<b>Acțiunea metadonei asupra remediului ARV</b>	<b>Adnotare</b>
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
<b>Inhibitori nucleozidici sau nucleotidici ai revers transcriptazei</b>			
Abacavir	O micșorare nesemnificativă a concentrației metadonei.	Concentrația maximă se micșorează (cu 34%).	Datele sunt limitate, deși un studiu a constatat o creștere a clearance-ului metadonei cu 22 la sută. Risc mic de abstință opioidă. S-ar putea să fie necesară corecția dozei meta-donei.
	Risc cauzat de abstință opioidă. Corecția posologiei este puțin probabilă, dar la unii pacienți ar putea să fie necesară creșterea dozei metadonei.	Crește timpul de realizare a concentrației maxime.	
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 vreo 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.
<b>Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse</b>			
Nevirapină	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 46%). Deseori se dezvoltă abstenența	N-a fost relatată.	Într-un șir de investigații clinice asupra pacienților cărora li s-a administrat metadonă pe o perioadă lungă de

	metadonică. Majoritatea pacienților necesită o majorare considerabilă a dozei metadonei (cu 16%).		timp, debutul terapiei cu nevirapină a solicitat majorarea dozei diurne a metadonei cu 50-100% pentru sistarea abstenenței opioide. Simptomele abstenenței se dezvoltă, de regulă, peste 4-8 zile după administrarea nevirapinei, deși reacția poate să se dezvolte și peste 2-3 săptămîni.
Efavirenz	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 60%). Se dezvoltă des abstenența metadonică. De regulă, este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei (cu 50%).	Nu este cunoscută.	Monitorizarea minuțioasă a semnelor de abstenență metadonică și majorarea dozei la necesitate. Simptomele de abstenență pot să se manifeste peste 2-3 săptămîni.
<b>Inhibitori ai proteazei</b>			
Lopinavir / ritonavir	Micșorarea concentrației metadonei (cu 26-53%). Este posibilă apariția abstenenței, care dictează majorarea dozei. Efectele adverse pot imita abstenența.	N-a fost relatată.	Este descrisă abstenența metadonică. Este posibilă necesitatea majorării dozei metadonei.
Nelfinavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 29-47%). Semnele clinice ale abstenenței sunt observate rar. S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	Concentrația poate descrește, dar semnificația clinică nu este certă.	În studiile care au dovedit micșorarea concentrației metadonei n-au fost constatate semne clinice ale abstenenței.
Ritonavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 37%). S-ar putea dicta	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de

	necesitatea creșterii posologiei metadonei.		abstinență 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 abstinență 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 (Saquinavir/Ritonavir 1600/100 mg – cu 0-12%, Saquinavir/Ritonavir 1400/ 400 mg - cu 20%). N-au fost relatări despre sindromul de abstinență. 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 metadonă și alte medicații (OMS,2006b)**

<b>Medicamentul psihotrop</b>	<b>Utilizare</b>	<b>Interacțiunea cu metadonă</b>	<b>Interacțiunea cu medicamentele antiretrovirale</b>
Alprazolam (benzodiazepină)	Sedativă	Este dificil de estimat interacțiunea: suprimare adițională a CNS și calmare.	Eliminarea alprazolamului se reduce cu 41 %. Ar trebui evitată administrarea benzodiazepinei (alprazolam, midazolam, triazolam) împreună cu PI și EFV.
Desipramină	Antidepresant triciclic	Este dificil de estimat interacțiunea. Probabilitate	Eliminarea desipraminei se reduce cu 59%.

		de sporire a toxicității TCA. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu metadona.	
Fluoxetină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depresive și compulsive.	În cercetările pre-clinice concentrația de metadonă 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 metadonă.	Interacțiunea nu este indicată.
Sertralină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depresive și compulsive.	Este indicată creșterea semnificativă (cu 26%) a concentrației de metadonă. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu metadona.	N-a fost cercetată, nu este indicată.
Acid valproic	Antispasmodică	Nu sunt indicate	Concentrație sporită de ZDV în timpul studiului.
Carbamazepină	Antispasmodică	Concentrația de metadonă se reduce, poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonă. Acidul valproic este o alternativă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.
Fenitoină	Antispasmodică	Concentrația de metadonă se reduce, adesea semnificativ. Poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.
Alte medicamente			
Fluconazol	Antifungic	Concentrația de metadonă crește cu 35%. Semnificația clinică nu este chiar clară, cu toate acestea, ar putea fi necesară reducerea dozelor de metadonă. Nu este indicat efectul toxic de metadonă. Efectul toxic al opioidelor 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 opioide; ar putea fi indicată frecvent majorarea dozelor de metadonă. În timpul	E posibilă sporirea toxicității unor agenți antiretrovirali din cauza infecției cu virusul hepatic C.

		studiului, fiind administrată metadona și pegiinterferon-alfa2a, concentrația de metadonă a crescut cu 10-15%. Semnificația clinică nu este cunoscută. Observarea pacienților pentru a detecta efectele toxice ale metadonei.	
Rifampicină (Rifampină) Rifampină/isoniazidă	Tratamentul tuberculozei pulmonare	Este posibilă reducerea semnificativă a concentrației de metadonă cu 33 - 38%. S-ar putea manifesta sindromul de sevraj. Ar putea fi indicată majorarea dozelor de metadonă.	PI sunt contraindicate. Nu se permite administrarea rifampinei împreună cu LPV, NFV, SQV.
Sildenafil	Tratamentul tulburărilor de erecție	Nu sunt indicate	

## Anexa nr.9

### Raportarea

**DAREA DE SEAMĂ**  
despre circulația metadonei în serviciul medical  
al Penitenciarului nr. \_\_\_\_\_

luna 20

Stoc la 01.luna precedentă	
Primit în luna curentă	
Administrat în luna curentă	
Stoc la 01luna următoare	

Nr.	Numele Prenumele Patronimicul	An. nașterii	Doza	Perioada	Cantitat ea totală	Notă*
1						
2						

Noi		Permanenți		Reîntorși în TSM		Nr. beneficiarilor aflați în TSM, care au fost în TSM continuu cel puțin 6 luni pe parcursul ultimilor 12 luni, la data raportării		Nr. cumulativ de beneficiari	
Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei

Vîrsta beneficiarilor	Penitenciarul nr. _____		
	Bărbați	Femei	Total
15-19			
20-24			
25-39			
39+			
<b>Total</b>			

#### Numărul total al materialelor informaționale distribuite

Titlu (specificați dacă e publicat de organizația Dvs., FSM sau alți donatori/parteneri)	Punctul TSM nr.1	Punctul TSM nr.2	Punctul TSM nr.3	Total
<b>Total</b>				

TOTAL materiale informaționale \_\_\_\_\_

#### \*Consultații prestate de specialiștii proiectului

Specialist	Numărul de femei consultate	Numărul de bărbați consultați	Vîrsta medie a beneficiarilor consultați	Motivele generale de apelare la serviciile specialistului	Numărul de persoane îndreptate la alți specialiști



\*consultațiile medicului-narcolog

Tabelul de repartizare zilnică

n / o	NPP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

Responsabil \_\_\_\_\_

Funcția \_\_\_\_\_ Nume \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Anexa nr.10**

**Recipisă**

privind responsabilitatea penală în baza art. 217 Cod Penal RM

Eu,

subsemnatul, \_\_\_\_\_

îmi asum răspunderea privind primirea, repartizarea, distribuirea substanțelor psiho-active (metadonă etc.).

Am făcut cunoștință cu art. 217 Cod Penal RM despre Circulația ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau a precursorilor.

Data \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

---

(Gradul special, funcția, numele, prenumele, patronimic,

semnătura)

## Anexa nr.11

### **Consimțămînt în formă scrisă**

Conform prevederilor Legii nr.133 din 08.07.2011 cu privire la protecția datelor cu caracter personal:

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ a.n.19\_\_\_\_  
îmi dau consimțămîntul din propria voință în interes personal să fiu referit la serviciile de asistență psiho-socială pentru asistența necesară.

Am fost informat că datele cu caracter personal privind starea de sănătate sau viața intimă constituie categorii speciale de date cu caracter personal.

Prelucrarea, informarea, furnizarea categoriilor speciale de date cu caracter personal (inclusiv codul individual), privind diagnosticul, starea de sănătate sau viața intimă, poate fi efectuată de personalul medical, conform prevederilor art.7 al.(2) al legii nominalizate, pentru consultație, diagnostic și optimizarea tratamentului și raportarea datelor statistice.

„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Nume, prenume \_\_\_\_\_

**Anexa nr. 12**  
**Modele de fișe de post**

**FIȘĂ DE POST**

**Titlu: COORDONATOR DE PROGRAM**

**Cunoștințe și abilități:**

- Drog-dependența și alte probleme de sănătate relevante
- vulnerabilitate și riscuri asociate consumului de droguri și vieții din penitenciar
- domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri în rândul deținuților
- managementul de program
- managementul personalului, training și supervizare
- comunicare și planificare.

**Responsabilități:**

Coordonatorul de proiect este responsabil pentru implementarea calitativă a farmacoterapiei de substituție cu metadonă, ca metodă de tratament al narcomaniei. Coordonatorul este responsabil pentru organizarea serviciului, formarea și supervizarea echipei de program și raportarea periodică a rezultatelor atinse în conformitate cu documentele de proiect.

Astfel, responsabilitățile coordonatorului de proiect includ:

- managementul proiectului farmacoterapiei de substituție cu metadonă, inclusiv supervizarea personalului medical responsabil de derularea proiectului în fiecare penitenciar, voluntarilor de la egal la egal implicați în implementarea programului de schimb de seringi în penitenciare
- monitorizarea tuturor aspectelor legate de calitatea serviciilor oferite prin proiectul TSO
- managementul administrativ al materialelor și consumabilelor medicale
- facilitarea dezvoltării proiectului pentru definirea grupurilor țintă și ale obiectivelor
- raportarea periodică a rezultatelor obținute
- dezvoltarea unui sistem de monitorizare și evaluare a programului
- facilitarea întâlnirilor echipei și a altor aspecte de organizare a echipei
- reprezentarea organizației la diferite întruniri.

## FIȘĂ DE POST

### Membrii echipei de implementare

#### Titlu: CORDONATOR DE PROGRAM

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de proiect

#### **Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- cunoștințe despre HIV/SIDA și alte probleme relevante de sănătate
- vulnerabilitate și riscuri asociate consumului de droguri și a vieții din penitenciar
- abilități de comunicare.

#### **Responsabilități:**

- este responsabil pentru perfectarea cadrului legislativ întru buna desfășurare a proiectului și coordonarea interacțiunii cu diverși parteneri implicați la nivel penitenciar și societate civilă
- participare la planificarea și implementarea activităților
- efectuarea controlului asupra corectitudinii implementării farmacoterapiei în penitenciare
- consultarea pacienților incluși în farmacoterapia de substituție
- comunicarea cu reprezentanții Dispensarului de Narcologie Republican privind farmacoterapia de substituție
- dezvoltarea proiectului FTSO în conformitate cu *Manualul de Proceduri*
- analiza datelor rezultate în urma monitorizărilor, evaluărilor, studiilor și investigațiilor efectuate în cadrul proiectului, ajustarea proiectului în funcție de aceste date
- supravegherea tuturor direcțiilor de activitate ale proiectului
- efectuarea controlului asupra corectitudinii implementării FTSO în penitenciare
- oferirea informațiilor și educația beneficiarilor cu privire la riscurile aferente consumului de droguri, practicile de injectare sigure, transmiterea infecțiilor prin contacte sexuale neprotejate și prin consum de droguri, identificarea riscurilor personale
- raportarea lunară a activității desfășurate către donator conform indicatorilor de proiect recomandați
- participarea activă la întâlnirile de lucru, sesiuni de formare și alte activități direct asociate cu desfășurarea proiectului.

**FIȘĂ DE POST**  
**Titlu: ASISTENT DE PROGRAM**

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de proiect și Coordonatorul de program

**Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- cunoștințe despre farmacoterapia de substituție cu metadonă
- cunoștințe despre HIV/SIDA și alte probleme relevante de sănătate
- vulnerabilitate și riscuri asociate consumului de droguri și vieții din penitenciar
- abilități de comunicare.

**Responsabilități:**

- participarea la evaluarea necesității de includere a pacienților în farmacoterapia de substituție
- Contribuție la scrierea rapoartelor de activitate (dărilor de seamă) și evidența beneficiarilor prin intermediul aplicării „programului de evidență” emis recent în cadrul DIP.
- asistență în implementarea proiectului
- monitorizarea activităților proiectului.
- efectuarea controlului asupra corectitudinii implementării FTSO în penitenciare
- monitorizarea implementării proiectului în teritoriu
- informarea colaboratorilor privind realizarea programului
- oferirea informațiilor și educația beneficiarilor cu privire la riscurile aferente consumului de droguri, practicile de injectare sigure, transmiterea infecțiilor prin contacte sexuale neprotejate și prin consum de droguri, identificarea riscurilor personale
- participarea la planificarea și implementarea activităților
- participarea activă la întâlnirile de lucru, sesiuni de formare și alte activități direct asociate cu desfășurarea proiectului.

**FIȘĂ DE POST**  
**Titlu: RESPONSABIL DOTĂRI, CONTABIL**

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de proiect.

**Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- vulnerabilitate și riscuri asociate consumului de droguri și vieții din penitenciar
- abilități de comunicare.

**Responsabilități:**

- evidența contabilă a bunurilor achiziționate
- prezentarea dărilor de seamă contabile către donator
- selectarea ofertelor de achiziție și realizarea procedurilor de achiziții publice
- încheierea contractelor de achiziții publice
- efectuarea calculării și achitării salariilor personalului
- participarea la planificarea și implementarea activităților
- dezvoltarea proiectului FTSO în conformitate cu *Manualul de Proceduri*.

## FIȘĂ DE POST

### Titlu: PERSONAL MEDICAL TERITORIAL

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de program și asistentul de program.

#### **Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre HIV/SIDA și alte probleme relevante de sănătate
- cunoștințe despre consumul de droguri
- vulnerabilitate și riscuri asociate consumului de droguri și vieții din penitenciar
- abilități de comunicare.

#### **Responsabilități:**

- monitorizarea stării de sănătate a pacienților aflați în farmacoterapia de substituție și, în caz de necesitate, efectuarea corecțiilor în doza de preparat administrat
- completarea chestionarelor de colectare a informației inițiale în farmacoterapia de substituție
- perfectarea acordului între beneficiar și personalul medical pentru aplicarea farmacoterapiei de substituție
- perfectarea recipiselor pentru responsabilitate penală pentru tot personalul medical implicat în distribuirea sol. metadonă
- completarea registrului de evidență zilnică a beneficiarilor incluși în FTSO
- modificarea dozelor individuale de metadonă în perioada farmacoterapiei de susținere și decide când este posibilă micșorarea acestora
- pregătirea extraselor la transferul deținuților pentru prelungirea farmacoterapiei de substituție
- distribuirea metadonei condamnaților incluși în programul farmacoterapiei de substituție conform fișelor de indicație
- evidența strictă a substanței (metadonă) conform registrului
- perfectarea rapoartelor de activitate (forma standard) cu prezentarea ulterioară a acestora Direcției Medicale a Departamentului Instituțiilor Penitenciare
- evaluarea stării sănătății pacienților
- efectuarea activităților de informare sanitară și distribuire de materiale informaționale
- perfectarea listelelor condamnaților ce suferă de narcomanie opiacee, precum și solicitările acestora privind eventuala încadrare în programul farmacoterapiei de substituție
- depistarea cazurilor de supradozare și întreprinderea măsurilor de urgență în aceste cazuri
- oferirea informațiilor și educația beneficiarilor cu privire la riscurile aferente consumului de droguri, riscul de supradozare, interacțiunea metadonei cu alte substanțe medicamentoase, transmiterea infecțiilor prin contacte sexuale neprotejate și prin consum de droguri, identificarea riscurilor personale
- raportarea lunară a activității desfășurate, înregistrate pe fișele de lucru agreate de echipa proiectului și care urmează indicatorii de proiect recomandați
- participarea activă la întâlnirile de lucru, sesiuni de formare și alte activități direct asociate cu desfășurarea proiectului.



## FIȘĂ DE POST

**Titlu: Asistent juridic**

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de proiect.

**Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- cunoștințe despre drepturile PTH, jurisprudența legată de consumul de droguri
- abilități de comunicare.

**Responsabilități:**

- oferirea consultațiilor juridice pentru deținuții în FTM
- asigurarea conexiunii cu serviciile de probațiune în caz de eliberare sau în perioada premergătoare
- oferirea suportului juridic asistenților de program teritoriali în probleme juridice.

## FIȘĂ DE POST

**Titlu: Asistent psiho-social**

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de proiect.

**Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- cunoștințe despre necesitățile psihosociale ale utilizatorilor de droguri, PTH.
- abilități de comunicare.

**Responsabilități:**

- asigurarea conexiunii cu psihologii și asistenții sociali din penitenciare
- verificarea funcționalității practice a interviului motivațional și referirea adecvată către serviciile necesare
- suport practic deținuților în rezolvarea cazurilor de risc a abandonului FTM
- monitorizarea elaborării planului individual de asistență psihosocială a beneficiarilor FTM
- oferirea de consultație și consiliere pentru menținerea aderenței la FTM.

**FIȘĂ DE POST**  
**Titlu: Farmacist**

**Ierarhie:** poziția este supervizată de către Coordonatorul de program și asistentul de program.

**Cunoștințe și abilități:**

- cunoștințe despre consumul de droguri
- cunoștințe despre sol. metadonă
- abilități de comunicare.

**Responsabilități:**

- asigurarea cu sol. metadonă concentrată de la depozit și evidența ei
- diluarea sol. metadonă cu apă distilată și distribuirea ei în locațiile beneficiare
- prezentarea dărilor de seamă cu privire la sol. metadonă concentrată
- perfectarea , multiplicarea și repartizarea documentației necesare: (registre, fișe de indicații, acorduri, chestionare de colectare a informației inițiale)
- contribuție la scrierea rapoartelor de activitate/dărilor de seamă
- pregătirea preparatului pentru transportare, precum și a documentației necesare de însoțire.

**Anexa nr. 13**

<b>Preparate medicamentoase utilizate în producerea substanțelor psihoactive</b>				
<b>№</b>	<b>Precursor(ro, ru)</b>		<b>Drog</b>	
1	Anhidrid al acidului acetic	Ангидрид уксусной кислоты	героин, "ширка"	
2	Efedrina	Эфедрин	"фен", "болтушка"	
3	Ergometrina	Эргометрин	ЛСД	
4	Ergotamina	Эрготамин	ЛСД	
5	Acid lizerginic	Лизергиновая кислота	ЛСД	
6	Norefedrin	Норэфедрин	амфетамин, метамфетамин	
7	Acid fenilacetic	Фенилуксусная кислота	амфетамин, метамфетамин	
8	Permanganat de Kalium	Перманганат калия	"фен", "болтушка"	
9	Pseudoefedrina	Псевдоэфедрин	"фен", "винт", "болтушка"	
10	Rekofast	Рекофаст	"фен", "винт", "болтушка"	
11	Rinostop	Риностоп	"фен", "винт", "болтушка"	
12	Acetona	Ацетон	героин, "ширка"	
13	Eter etilic	Этиловый эфир	кокаин	
14	Acid clorhidric	Соляная кислота	героин, "ширка"	
15	Acid sulfuric	Серная кислота	кокаин	
16	Fosfor roșu (gămlăii de chibrite)	Красный фосфор ("терки" от спичек)	первитин "винт"	
17	Soluție alcoolică de iod	Спиртовый раствор йода	первитин "винт"	
18	Benzină, remediu „Крот”, „Мистер мускул”	Бензин(низкооктановый), средство"Крот", "Мистер мускул"	первитин "винт"	
19	Fastoric plus	Фасторик плюс	"фен", "винт", "болтушка"	
20	Bixtonim	Бикстоним	"фен", "болтушка"	
21	Dizolvant 646	Растворитель 646	героин, "ширка"	
22	Acid acestilsalicilic	Ацетилсалициловая кислота	ширка	

<b>Preparate medicamentoase utilizate ca drog de bază sau în asociere suplimentară</b>					
<b>№</b>	<b>Medicamentul (ro, ru)</b>		<b>forma de livrare</b>	<b>drog de bază</b>	<b>pentru uz suplimentar</b>
1	Rivotril	Ривотрил	comprimate	X	X
2	Clonazepam	Клоназепан	comprimate	X	X

3	Apaurin	Апаурин	comprimata, fiola	X	X
4	Diazepam	Диазепам	comprimata, fiola	X	X
5	Diazepex	Диазепекс	comprimata, fiola	X	X
6	Relanium	Реланиум	comprimata, fiola	X	X
7	Relium	Релиум	comprimata, fiola	X	X
8	Valium	Валиум	comprimata, fiola	X	X
9	Fenazepam	Феназепам	comprimata	X	X
10	Radedorm	Радедорм	comprimata	X	X
11	Reladorm	Реладорм	comprimata	X	X
12	Xanax	Ксанакс	comprimata	X	X
13	Alprazolam	Алпрозалам	comprimata	X	X
14	Zolomax	Золомакс	comprimata	X	X
15	Fenobarbital	Фенобарбитал	comprimata	X	X
16	Hexenal	Гексенал	comprimata	X	X
17	Tiopental de natriu	Тиопентал натрия	comprimata	X	X
18	Gluferal	Глюферал	comprimata	X	X
19	Natriu oxibutirat	Натрия оксибутират	fiola	X	
20	Calipsol	Калипсол	fiola	X	
21	Sombrevin	Сомбревин	fiola	X	
22	Diprivan	Диприван	fiola	X	
23	Droperidol	Дроперидол	fiola	X	
24	Somnol	Сомнол	comprimata		X
25	Neurol	Неурол	comprimata		X
26	Roghinpol	Рогипнол	comprimata		X
27	Tramadol	Трамадол	comprimata, fiola	X	
28	Antalghic	Анталгик	comprimata	X	

8					
2			comprimate		
9	Trigan-D	Триган-д		X	
3			comprimate		
0	Copin	Копин		X	
3			comprimate		
1	Sedalghin	Седалгин		X	
3			comprimate, fiole		X
2	Dimedrol	Димедрол			
3			comprimate, fiole		X
3	Pipolfen	Пипольфен			
4	Amitriptilin	Амитриптилин	comprimate, fiole		X
3			comprimate, fiole		X
5	Azaleptin	Азалептин			
3			flacoane	X	X
6	Tropicamid	Тропикамид			
3			flacoane	X	X
7	Midriacil	Мидриацил			
3			comprimate		X
8	Sonopax	Сонопакс			
3			comprimate	X	
9	Taren	Тарэн			
4			comprimate	X	
0	Ciclodol	Циклодол			
4			sirop		
1	Tusin plus	Тусин +		X	

### Referințe bibliografice

1. WHO/UNODC/UNAIDS Evidences for Actions : OST in prisons. INTERVENTIONS TO ADDRESS HIV IN PRISONS HIV CARE, TREATMENT AND SUPPORT Geneva, 2007.
2. Drugs and Drug Addiction (2008). 2008 Annual Report: The drug problem in Europe. - 91 p.
3. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness, Yale, 2009.
4. BIS UNODC WHO EURO 2007 OST guideline in Custodial Settings-EN.pdf.

5. I. Caplinskiene et al., "[Narcotic abuse and HIV infection in prisons]," *Medicina (Kaunas)* 39, 8 (2003): 797-803. Methadone Maintenance Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence.
6. Suboxone® buprenorfine HCl/naloxone HCl dihydrate – sublingual tablets, Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Inc. U.S.A., Product Monograph, 2006
7. Preliceanu D, Cicu G, 2010. *Ghidul Clinic de Tratament Substitutiv al Dependentei de Opiacee*. Editura Asociației Psihatrice România, București
8. Subata, E. și alții, 2010, *Protocol Clinic pentru medicii-psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonă al Dependentei de Opioid*, Asociația Psihiatrică Lituaniană,  
[http://www.vplc.lt/images/files/protocol\\_methadone LT 2010 02 02.pdf](http://www.vplc.lt/images/files/protocol_methadone_LT_2010_02_02.pdf).
9. Subata E., 2012, *Evaluarea serviciului terapiei de substituție cu opioid* din Republica Moldova, cu suportul Centrului PAS, UNODC Moldova și OMS Moldova, doc. intern.
10. Protocolului Clinic Național: Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee, *versiunea 2014*.
11. Heroin Addict & Rel Clinical Problems, *Vol. 10 • N. 4 • December 2008*
12. WHO, *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Geneva, 2008.
13. WHO, *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the south east asia region*, World Health Organization, 2008.
14. WHO/UNAIDS/UNODC, *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*, WHO, UNAIDS and UNODC, Geneva, 2004.
15. Center for Substance Abuse Treatment, *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 1999.
16. Opioid Substitution in Custodial Settings – Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver
17. <http://www.unodc.org/documents/baltics/OST%20in%20Custodial%20Settings.pdf>.
18. [http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/addiction\\_resources/DosingandSafetyWP.pdf](http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/addiction_resources/DosingandSafetyWP.pdf).
19. [http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/addiction\\_resources/Drug\\_Interactions.pdf](http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/addiction_resources/Drug_Interactions.pdf).
20. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/).