

**EVALUAREA
SERVICIULUI
DE TERAPIE
DE SUBSTITUȚIE
CU OPIOIDE
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Dr. Emilis Subata
Vilnius, Lituania

31 decembrie 2012

Evaluarea serviciului de terapie de substituție cu opioide (TSO) din Moldova a fost organizată cu eforturile comune ale **Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrului PAS)**, **Oficiul Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC¹)** și **Organizația Mondială a Sănătății (OMS)** în Moldova.

¹ Traducerea în limba română, editarea și printarea acestui raport a fost făcută cu suportul UNODC în Moldova. Finanțarea acestei evaluări din partea UNODC a fost posibilă cu suportul OFID în cadrul proiectului UNODC/OFID *“Consolidarea capacităților naționale pentru reducerea răspândirii HIV/SIDA în rândul grupurilor vulnerabile în Europa de Est și Asia Centrală”*.

EVALUAREA SERVICIULUI DE TERAPIE DE SUBSTITUȚIE CU OPIOIDE DIN REPUBLICA MOLDOVA

**Dr. Emilis Subata
Vilnius, Lituania
31 decembrie 2012**

Cuprins

Rezumat executiv	6
Informație de fond	10
Metodologia de evaluare	14
Metode cantitative	14
Evaluări calitative	15
Provocări și limitări	16
Rezultatele studiilor cantitative	17
Atitudinea angajaților față de TSO	17
Atitudinea pacienților față de TSO	29
Prestarea serviciilor la centrele TSO din comunitate (studiu calitativ)	42
Acordarea de servicii psihologice pacienților TSO	49
Acordarea TSO în instituțiile penitenciare	52
TSO și Serviciul de poliție	53
Dovezi ale eficacității economice a TSO în Moldova (Dr. L. Murauskiene)	54
Constatări principale ale evaluării programului TSO din Republica Moldova	63
Recomandări	66
ANEXA 1. Chestionarul privind percepția tratamentului	70
ANEXA 2. Chestionarul de evaluare a atitudinii și satisfacției angajaților	76

Lista acronimelor

SIDA	Sindromul imunodeficienței dobândite
ARV	Antiretroviral (medicament/terapie)
CAS	Chestionar privind atitudinea și satisfacția angajaților
ACB	Analiza cost-beneficiu
ACE	Analiza cost-eficacitate
UE	Uniunea Europeană
FG	Focus-grup (discuții)
FGSTM	Fondul Global pentru Combaterea a SIDA, Tuberculozei și Malariei
VHB	Virusul Hepatitei B
VHC	Virusul Hepatitei C
HIV	Virusul imunodeficienței umane
CDI	Consumator de Droguri Injectabile
GRSI	Grup Risk Sport de Infectare
lei	Moneda națională a RM – leu
M&E	Monitorizare și evaluare
PN	Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015
ONG	Organizație neguvernamentală
TSO	Terapie de substituție cu opioide
CMC	Comisie medicală consultativă în cadrul programului TSO
IP	Instituție penitenciară
QALY	Ani de viață ajustați în funcție de calitate
DRN	Dispensarul Republican de Narcologie
SIZO	Detențiune preventivă
ITS	Infecție transmisibilă sexual
CPT	Chestionar de percepție a tratamentului
TB	Tuberculoză
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA
UNODC	Oficiul Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

Mulțumiri

Autorul exprimă sincere mulțumiri dnei Liliana Caraulan și dnei Stela Bivol de la Centul PAS, de asemenea, dnei Ina Tcaci și dnei Elena Jidobin, Coordonatorul actual și, respectiv, precedent, al UNODC în Moldova pentru îndrumările și recomandările valoroase în procesul de pregătire și realizare a acestei evaluări. De asemenea, autorul îi mulțumește dnei Ala Iațco pentru asistența ireproșabilă în organizarea tuturor întrevederilor, precum și pentru organizarea eficientă a lucrului în decursul desfășurării misiunii.

Autorul apreciază mult contribuția profesionistă a dnei Natalia Vladicescu și a dlui Vasile Cantarji, consultanți naționali, care au colectat informații prin intermediul discuțiilor organizate în cadrul focus-grupurilor, interviurilor și chestionarelor exhaustive.

Autorul recunoaște valoarea tuturor datelor oferite de organizațiile internaționale și publice, de personalul medical și angajații organizațiilor neguvernamentale, de pacienți și consumatorii de droguri care și-au împărtășit viziunea și informații utile la reuniunile, discuțiile și mesele rotunde desfășurate, prin completarea chestionarelor, precum și în cadrul discuțiilor focus-grup și interviurilor.

Autorul dorește să-i mulțumească dnei Dr. Liuba Murauskiene, consultant internațional, pentru contribuția profesionistă la efectuarea analizei cost-beneficiu în cadrul acestei evaluări, precum și dnei Dr. Ausra Sirvinskiene pentru analiza statistică a studiului cantitativ.

Dr. Emilis Subata

31 decembrie 2012

Rezumat executiv

Evaluarea serviciului de terapie de substituție cu opioide (TSO) din Moldova a fost organizată cu eforturile comune ale Centrului PAS și Birourilor UNODC și OMS în Moldova.

Obiectivul urmărit a fost identificarea constrângerilor ce împiedică asigurarea TSO printre consumatorii de droguri injectabile (CDI), accesibilitatea și calitatea serviciilor TSO. De asemenea, evaluarea a avut drept obiectiv formularea celor mai importanți pași în vederea atingerii progresului și eficienței în procesul de implementare a TSO prin intermediul asigurării unei terapii cuprinzătoare și integrate pacienților TSO, analizei cost-eficienței, inclusiv a consecințelor în materie de costuri viitoare pentru bugetul național.

Metodologia de evaluare a inclus metode cantitative și calitative, precum și examinarea documentelor disponibile. La fel, evaluarea a cuprins două misiuni în Republica Moldova de efectuate către consultanți internaționali: Dr. Liuba Murauskiene, consultant în domeniul analizei cost-beneficiu, în perioada 13-16 noiembrie 2012, și Dr. Emilis Subata – în perioada 18-28 noiembrie 2012.

Principalele constatări ale acestei evaluări relevă faptul că circa 1% din numărul estimat de CDI au fost încadrați în serviciul TSO. Serviciile medicale din cadrul TSO au fost, în general, apreciate de către pacienți. Concomitent, calitatea TSO a fost insuficientă din cauza următorilor factori: volumul mare de lucru al medicilor, lacune în cunoștințele despre TSO printre membrii efectivului medico-sanitar, integrarea sub nivelul scontat a TSO în sistemul tradițional de narcologie. Lipsește un sistem de coordonare a tratamentului multidisciplinar (inclusiv servicii medicale și asistență psihosocială).

Totodată, nu a fost creat un sistem de referire a pacienților TSO către alte servicii (cum ar fi, de exemplu, infecția cu HIV, TB). De asemenea, în protocoalele naționale de tratament n-au fost incluse recomandări pentru tratamentul pacienților dependenți de opioide.

Sprrijinul psihosocial sistematic acordat de ONG-uri a extins accesul la terapii psihosociale și medicale individualizate pentru pacienții TSO. Nivelul calității asistenței psihosociale în diferite ONG-uri a fost divers. Angajații ONG-urilor, la fel, au lacune în ceea ce privește informațiile despre TSO bazate pe dovezi care să servească în calitate de acțiuni eficiente în domeniul sănătății publice.

Evaluarea a relevat faptul că imaginea TSO a fost negativă printre majoritatea CDI care n-au fost înrolați în tratament. Principalul impediment de aderare la program pentru pacienți a fost „atașarea” acestora de un anumit centru care îi împiedica să urmeze un mod normal de viață în perspectivă. Un alt obstacol major l-a constituit concepția eronată despre TSO. În sistemul penitenciar, în pofida insuficienței de lucrători medicali, profesionalismul personalului a asigurat accesul facil la TSO și dozarea flexibilă, deși aria de cuprindere a fost destul de modestă. La fel, au fost depistate anumite lacune în coordonarea serviciilor cu colaboratorii de poliție la diferite niveluri.

Analiza cost-beneficiu denotă faptul că extinderea și îmbunătățirea calității programului vor solicita mijloace financiare adiționale (din surse publice, o creștere anuală de la 67 până la 189-286 dolari SUA pentru un pacient). Totuși, TSO a fost extrem de benefic în termeni monetari datorită prevenirii infracțiunilor. Extinderea TSO ar putea demonstra acumularea anilor de viață ajustați în funcție de calitate, suportând cheltuieli relativ mici (1714-2691 dolari SUA pentru QALY).

În vederea promovării în continuare a TSO, pe baza rezultatelor evaluării au fost formulate următoarele recomandări:

Pentru Ministerul Sănătății:

1. A mandata Dispensarul Republican de Narcologie să elaboreze un plan de acțiuni în vederea îmbunătățirii accesului, ariei de acoperire și calității TSO.
2. A elabora acorduri/protocoale de colaborare între sectoarele de narcologie, SIDA și TB/maladii infecțioase și penitenciare cu privire la partajarea coordonată a informației și tratamentul pacienților cu dependență de substanțe opioide și alte boli infecțioase asociate. A organiza evenimente educative/de instruire reciprocă vizând tratamentul cuprinzător TSO și al maladiilor infecțioase.
3. În vederea sporirii aderenței la TSO și îmbunătățirii calității acestuia, a iniția modificarea actelor legale/protocoalelor în conformitate cu recomandările OMS; a permite în mod individual administrarea dozelor de medicamente opioide (metadonă) la domiciliu în cazul pacienților în remisiune stabilă. Pacienții ar trebui să fie responsabili pentru administrarea medicamentului în conformitate cu recomandările medicale.
4. A actualiza, în cooperare cu specialiștii infecționiști, TB și lucrătorii sociali, Protocolul clinic național în conformitate cu „*Ghidul pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opioide asistat prin metode psihosociale, 2009*” al OMS.
5. A elabora criterii tehnice ce ar cuprinde cerințe minime de calitate pentru TSO, utilizând informația despre bunele practici din alte țări. Acestea ar trebui să definească efectivul de cadre necesar, procedurile medicale și echipamentul pentru TSO, calificat ca un serviciu medical ordinar.
6. A analiza posibilitatea de extindere a accesului la TSO în alte orașe prin integrarea TSO în infrastructura existentă a serviciului narcologic.

7. A asigura realizarea unor activități/materiale educaționale „de ultimă oră” vizând tratamentul dependenței de substanțe opioide printre medicii-narcologi și medicii de alte specialități.

8. A dezvolta în continuare cooperarea cu MAI în vederea implementării nu doar a măsurilor represive și preventive de control asupra drogurilor, dar și de recomandare și coordonare mai adecvată a tratamentului pacienților dependenți de droguri, inclusiv asigurând acces neîntrerupt la tratament pacienților TSO în instituțiile de arest preventiv; dezvoltarea și monitorizarea sistemului de eliberare a medicamentului la domiciliu pacienților stabili din punct de vedere social, promovarea schimbului de informații, asigurând concomitent confidențialitatea pacienților. A desfășura activități educaționale profesionale, la nivel național și local, pentru personalul organelor de asigurare a ordinii de drept în domeniul tratamentului dependenței de droguri.

9. A spori durabilitatea calității programelor TSO prin includerea treptată a lucrătorilor sociali în efectivul de personal din centrele de tratament narcologic, care să coordoneze serviciile multidisciplinare pentru pacienții cu necesități medicale și psihosociale multiple; a integra TSO în pachetul de servicii existente, a elabora procedurile interne necesare, standardele, fișele de post, normele de lucru pentru medici și alți specialiști.

Pentru Departamentul Republican de Narcologie și Spitalul Clinic Municipal din Bălți:

10. A revizui volumul de lucru/sarcinile medicilor și ale asistentelor medicale din centrele TSO existente în vederea optimizării timpului pentru prestarea serviciilor TSO și a altor servicii narcologice.

11. A aloca încăperi în proximitatea centrelor TSO unde pacienții TSO să fie consiliați de către managerii special instruiți și desemnați de ONG-uri, fiind stabilit un program fix; a elabora protocoale de terapie multidisciplinară coordonată pentru pacienții TSO, inclusiv pentru ONG-uri și medicii-specialiști.

12. A monitoriza sistematic calitatea TSO și nivelul de corespundere a acesteia necesităților pacienților și standardelor internaționale prin intermediul unor sondaje anonime în rândul pacienților, discuții FG despre nivelul de satisfacție al pacienților, programul de lucru al unității de distribuție a metadonei etc.

13. A elabora seturi de „instrucțiuni de lucru” pentru prestatorii de servicii și materiale educaționale pentru pacienții TSO și pentru CDI neînrolați în tratament, care să abordeze prejudecățile existente și miturile referitoare la TSO care circulă printre aceștia; a comunica informație științifică actualizată în mod sistematic.

14. A elabora o strategie de asigurare a comunității cu informație științifică, inclusiv a medicilor-specialiști de diferite niveluri, a colaboratorilor organelor de drept etc. A continua și fortifica cooperarea cu entitățile organelor de drept nu doar în activități de profilaxie, dar și în implementarea activităților de tratament al dependenței de droguri.

Pentru Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală:

15. A actualiza curricula de studii în domeniul psihiatriei și narcologiei pentru medicii-studenți și rezidenți în domeniul psihiatriei, narcologiei și toxicologiei prin includerea informației despre TSO bazată pe dovezi. A oferi posibilitate tuturor medicilor-rezidenți în domeniul psihiatriei și narcologiei să-și dezvolte aptitudini practice de diagnosticare a dependenței de opiacee, de administrare a dozelor inițiale și menținere de metadonă și de a organiza terapii multidisciplinare, inclusiv gestionarea HIV, VHC și TB.

16. A elabora/actualiza un program exhaustiv de formare profesională continuă în domeniul tratamentului dependenței de droguri (inclusiv TSO) pentru medicii-psihiatri, narcologi practicieni și pentru alți medici-specialiști interesați.

Pentru Departamentul Instituțiilor Penitenciare al Ministerului Justiției:

17. A extindere aria de cuprindere a TSO în penitenciare, continuând cooperarea cu ONG-urile în vederea asigurării pacienților TSO cu sprijinul necesar după eliberarea acestora din detenție.

Pentru OMS, UNODC, UNAIDS, Fundația Soros Moldova, Centrul PAS

18. A spori consecvent cerințele profesionale și standardele pentru angajații ONG-urilor în materie de asigurare a terapiei psihosociale pacienților TSO, prin încurajarea ONG-urilor să angajeze un număr mai mare de lucrători sociali profesioniști și calificați, să asigure instruire personalului necalificat existent în domeniul managementului de caz pentru pacienții TSO.

19. A asigura instruire relevantă angajaților ONG-urilor care lucrează cu pacienții TSO, în materie de TSO bazată pe dovezi și activități efective în conformitate cu poziția OMS/UNODC/UNAIDS și recomandările clinice.

20. A facilita cooperarea dintre instituțiile medico-sanitare și ONG-urile partenere în vederea schimbului de informații despre pacienții lor, organizând evaluări specializate ale pacienților, planificarea și monitorizarea tratamentului multidisciplinar. A facilita sesiuni comune de instruire în domeniul lucrului în echipă și al managementului de caz pentru specialiști.

Informație de fond

Europa de Est și Asia Centrală sunt singurele regiuni din lume în care prevalența HIV rămâne în creștere. Epidemia HIV care se răspândește, preponderent, din cauza CDI reprezintă una dintre cele mai mari provocări pentru dezvoltarea, progresul și stabilitatea țărilor din regiune. În Republica Moldova epidemia HIV este concentrată în cadrul anumitor sub-populații, cum sunt consumatorii de droguri injectabile. În prezent, prevalența HIV în rândul populației generale constituie 0,37%. Către 1 ianuarie 2012, numărul cumulativ de cazuri de infectare cu HIV a constituit 7 125, din care 2 268 cazuri au fost înregistrate în regiunea transnistreană a țării.

Cadrul de politici naționale care dirijează acțiunile în domeniul HIV în Republica Moldova este realizat prin intermediul Programului național de prevenire și control al HIV/SIDA și ITS pentru anii 2011-2015 (PN). Programele de reducere a noxelor fac parte din PN și constituie ținta intervențiilor Guvernului drept răspuns la epidemia din anii următori.

În Moldova, împreună cu alte domenii de prevenire a infecțiilor, prevenirea HIV printre categoriile de persoane cu risc sporit la infectare (GRSI) a avut cea mai rapidă dezvoltare. Începând cu anul 2003, cu sprijinul acordat de Fondul Global, rundele 1, 6 și 8, a fost înregistrat un progres salutar în mobilizarea resurselor și eforturilor în vederea intensificării programelor de prevenire pentru grupurile vulnerabile (CDI, lucrătoarele sexului comercial (LSC), bărbații care au relații sexuale cu alți bărbați (BSB), inclusiv în sistemul penitenciar. Datorită extinderii rapide a programelor de reducere a noxelor printre GRSI, atât în sectorul civil (CDI, LSC, BSB), cât și în penitenciare (CDI), Republica Moldova a devenit cunoscută ca un exemplu de bune practici. În prezent, una dintre componentele implementate pe baza grantului acordat de Fondul Global runda 8 își propune să asigure rate mai mari de înrolare prin identificarea CDI și referirea acestora să adere la programul TSO. În vizor sunt plasați CDI activi, care, de regulă, au mai mare nevoie de sprijin pentru a rămâne în programul TSO, în vederea reducerii ratelor mari de abandon înregistrate la ora actuală. Programul susține și consolidează centrele comunitare create în 4 regiuni ale țării în scopul acordării serviciilor psihosociale persoanelor cu HIV. Împreună cu oferirea serviciilor de îngrijire și sprijin acordate pe loc, aceste centre mai servesc în calitate de vehicule-cheie pentru realizarea altor componente din cadrul pachetului de sprijin și terapii de ansamblu, inclusiv consiliere și grupuri de autoajutorare.

În Republica Moldova sunt deschise 23 de locații de reducere a noxelor care vizează CDI. Către ianuarie 2012, numărul cumulativ de persoane care au consumat droguri și au fost susținute prin programe de intervenție/de schimb de seringi a atins cifra de 14 815.

Combaterea HIV în Moldova constituie la fel un exemplu adecvat de parteneriat dintre sectorul public și societatea civilă, dat fiind faptul că mai mult de 40 de ONG-uri sunt implicate în activități conexe acestui domeniu. La nivel național a fost creată o uniune a organizațiilor active în domeniul reducerii noxelor (UORN), care funcționează în calitate de asociație instituționalizată de ONG-uri ce

implementează strategii de reducere a riscurilor pentru diverse categorii de populații cu risc sporit de infectare. Moldova a înregistrat un anumit progres în domeniul reducerii noxelor, însă există un spectru de impedimente în ceea ce privește disponibilitatea, aria de cuprindere și calitatea serviciilor comprehensive de reducere a noxelor pentru categoriile de populații cu risc sporit de infectare.

Din cauza controlului relativ slab la frontiera de Est a țării, a poziției geografice care a transformat Republica Moldova în țară de tranzit pentru traficul ilicit de droguri cu destinația spre Balcani, precum și a producerii locale de mac și canabis, în Moldova consumul de droguri este mare.

Datele statistice oferite de Dispensarul Republican de Narcologie (DRN) relevă următoarea situație: la sfârșitul anului 2010, 8 960 persoane utilizau droguri, inclusiv 3 361 – droguri injectabile; în același an au fost testate HIV pozitiv 32 de persoane din numărul total de cazuri noi înregistrate printre consumatorii de droguri injectabile.

În prezent, măsurile de prevenire a HIV printre CDI sunt realizate totalmente datorită fondurilor alocate de FGSTM prin rundele 6-8, totodată, în următorul PN 2011-2015² nu sunt preconizate mijloace financiare pentru serviciile TSO.

Datorită dovezilor de eficacitate a tratamentului dependenței de droguri pentru prevenirea HIV/SIDA printre consumatorii de droguri injectabile, este recomandată insistent crearea unui spectru deplin și cuprinzător de servicii calitative în comunitățile afectate, facilitând astfel accesul la aceste servicii cât mai multor CDI posibil (OMS, UNAIDS și UNODC). Tratamentul de substituție cu metadonă a fost recunoscut drept un instrument efektiv de prevenire a răspândirii infecției HIV printre CDI și de sporire a aderenței CDI HIV pozitivi la terapia ARV.

Tratamentul de substituție cu metadonă (TSM/TSO) face parte din PN pentru anii 2011-2015, fiind implementat în Republica Moldova din anul 2004 în sectorul civil și din anul 2005 în penitenciare prin intermediul a 3 unități amplasate la DRN, Departamentul Instituției Penitenciare și Spitalul Clinic Municipal din Bălți. Cu toate că proiectele cuprind trei unități, numărul de beneficiari/aria de acoperire cu servicii este foarte mic. Actualmente, TSO este oferit CDI prin intermediul celor 3 unități de TSO amplasate în orașele Chișinău și Bălți și al 7 unități amplasate în sectorul penitenciar. Către sfârșitul anului 2011, în programul TSO din cele 3 unități erau înrolați 880 de pacienți. Concomitent, aderarea la program a pacienților noi s-a redus ușor de la 222 de pacienți noi în anul 2007 până la 189 în anul 2010.³

Pe durata implementării programului TSO au fost realizate evaluări independente în 2007, 2008 și 2009, care au identificat atât o serie de constrângeri referitoare la aria de cuprindere a CDI cu servicii, cât și nevoia de extindere a acestor servicii la nivel de țară. Au fost implementate mai multe

² Raportul de evaluare a măsurilor de prevenire a HIV în Moldova, 2011.

³ Fundația Soros Moldova. Raport de activitate, 2010 (nepublicat).

recomandări din exterior, fiind îmbunătățite serviciile prestate. Cu toate acestea, spre regret, indicatorii cantitativi din prezent în raport cu serviciile TSO sunt îngrijorători. Atât sectorul penitenciar, cât și sectorul civil raportează un număr redus de pacienți înrolați în programe. Pentru a identifica care sunt factorii ce contribuie la această tendință este nevoie de o cercetare adițională.

În pofida prestării serviciilor de sprijin psiho-social acordate pacienților TSO cu începere din anul 2010 în vederea sporirii aderenței la TSO și a altor eforturi menite să aplice o metodă integrată de abordare a TSO, ratele de abandon din programul de tratament *sunt la fel de mari*. Pe baza dovezilor existente se poate constata faptul că tratamentul TSO care durează mai mult de 6 luni este optimal pentru a avea impactul scontat. Potrivit celor mai recente date disponibile (contingentul înrolat în tratamentul TSO în perioada iulie-decembrie 2011, evaluat în luna iulie 2012), doar 56% din persoanele care au început acest tratament au reușit să treacă peste 6 luni de tratament continuu.

Aspectele problematice rămase în raport cu TSO se referă la aria de cuprindere și la calitate. La nivel național, **aria de acoperire a TSO este redusă** și n-a atins nivelurile necesare ce ar influența incidența HIV în cadrul populației. În prezent, gradul de acoperire este mai mic de 1% (304 pacienți înrolați în TSO în anul 2012 din numărul estimat de 31 562 CDI). Disponibilitatea geografică a TSO în țară rămâne a fi redusă, astfel de programe fiind disponibile doar la Chișinău și Bălți și în unele instituții penitenciare. TSO oferită în cadrul instituțiilor medico-sanitare nu urmează **o metodă de abordare multidisciplinară pentru a soluționa necesitățile sociale multiple ale pacienților**, iar pachetul comprehensiv de servicii nu întotdeauna include servicii extensibile cum ar fi, de exemplu, sprijin de angajare în câmpul muncii sau acordarea TSO femeilor însărcinate-consumatoare active de droguri injectabile. A fost remarcată o diminuare considerabilă a numărului de pacienți din programele TSO. Verticalitatea sistemului de ocrotire a sănătății subminează acordarea serviciilor integrate și reduce eficacitatea intervențiilor medicale individuale.

În regiunea de nord a țării, în municipiul Bălți, a fost realizată o evaluare calitativă printre persoanele înrolate în terapia cu metadonă. În vederea evaluării reacției consumatorilor de droguri la programul TSO din Bălți, în a doua jumătate a anului 2009 a fost efectuat un sondaj succint printre 41 de pacienți înrolați în acest program. Rezultatele sondajului au indicat faptul că majoritatea pacienților au aderat la programul TSO pentru a renunța la droguri (65,8%) și a evita recăderea (17%). Majoritatea pacienților TSO (78%) consideră că programul le-a permis să evite problemele eventuale cu poliția și să-și găsească o slujbă, iar 19,5% au menționat că starea sănătății lor s-a îmbunătățit. Neajunsurile programului, menționate de **39% din respondenți, s-au referit la lipsa de flexibilitate** (număr redus de ore de lucru, imposibilitatea de a pleca din oraș, administrarea exclusivă a dozei pe loc fără posibilitatea de o lua acasă), iar circa **15% dintre pacienți** au menționat că dependența lor de metadonă s-a agravat. Circa **34% dintre pacienții TSO au recunoscut faptul că mai consumă și alte droguri împreună cu TSO și consideră că mai mult de jumătate din prietenii lor înrolați în TSO (58.5%)** continuă să consume și alte droguri. Majoritatea covârșitoare (95%) a pacienților a stabilit relații bune sau foarte bune cu personalul medico-sanitar. Lipsa de informație despre TSO a fost invocată de 39% de respondenți drept obstacol pentru sporirea numărului de pacienți la Bălți, fiind menționată în context și cerința de

înscrisere în registrul de narcologie (22%), precum și atitudinea negativă față de metadonă (12%) în comunitatea CDI.⁴

Potrivit rapoartelor de program, **doza medie zilnică pentru beneficiarii TSO din Chișinău era de 42 mg**, iar la Bălți – de 47.4 mg⁵, adică cu mult mai mică decât doza zilnică recomandată de OMS (60-120 mg de metadonă), necesară pentru a evita orice simptome de sevraj. Doze mai mari au fost administrate la spitalul din penitenciare (64.4 mg). Dozarea sub nivel ar putea fi una din cauzele consumului în paralel al drogurilor de pe stradă ca o metodă de compensare a simptomelor de sevraj în cazul pacienților din programul TSO.

Aparent, comunitatea CDI are o atitudine subiectivă față de TSO. Un sondaj desfășurat în vederea cercetării atitudinii CDI în raport cu înrolarea în programul TSO la Bălți a relatat faptul că din cei 152 de CDI care fac parte din programul de reducere a noxelor doar **23% ar dori să se înroleze în TSO**, 13% nu sunt siguri, iar **64% nu doresc să intre în acest program**. Motivele de bază invocate de aceștia sunt convingerea că metadona este mai nefastă decât drogurile de pe stradă (36%), intenția de a renunța la droguri prin alte metode (30%) și diverse inconveniențe conexe programului cu metadonă (8%). Aceste motive ar putea constitui unul din obstacolele semnificative pentru extinderea programului.

Ultimele tendințe de reducere a numărului de pacienți incluși în TSO și ratele mari de abandon alertează partenerii naționali și pun sub semnul întrebării durabilitatea resurselor investite în numele Fondului Global. În Moldova, TSO este finanțat integral din mijloace financiare externe. În consecință, UNODC și Centrul PAS au solicitat efectuarea evaluării și și-au exprimat disponibilitatea de a sprijini Guvernul să identifice obstacolele ce împiedică îmbunătățirea și implementarea cu succes a programelor TSO în Moldova.

⁴ ONG-ul „Tineri pentru Dreptul la Viață”. Evaluarea rapidă a opiniilor exprimate de pacienții TSO despre programul TSO de la Bălți, 2009. Raport nepublicat.

⁵ Dispensarul Republican de Narcologie. Raport anual de activitate, 2009. Raport nepublicat.

Metodologia de evaluare

A fost evaluat cadrul legal general al TSO (la nivelul sistemului național de ocrotire a sănătății), ghidurile clinice naționale (la nivel de program și pacient) în raport cu recomandările OMS incluse în „*Ghidul pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opioide asistat prin metode psihosociale, 2009*”.⁶

Metodologia de evaluare a calității terapiei de substituție a inclus o combinație a metodelor **cantitative și calitative**.

Metode cantitative

S-a recurs la metode cantitative în vederea investigării percepțiilor punctelor forte și slabe ale TSO în cadrul: a) *unui eșantion de pacienții TSO* din comunitate și penitenciar, b) *unui eșantion de lucrători* (asistente medicale, medici-terapeuți, psihologi, lucrători sociali, educatori de la egal la egal, coordonatori outreach) din comunitate și penitenciare. **Instrumentele utilizate pentru metodele cantitative au inclus Chestionarul privind percepția tratamentului (CPT) și Chestionarul de evaluare a atitudinii și satisfacției angajaților (CAS)**⁷. Ambele chestionare sunt incluse în **Anexele 1 și 2**, respectiv.

CPT (Chestionarul privind percepția tratamentului)⁸ a fost completat de către pacienți cu sprijinul intervievatorului. CPT a fost preconizat pentru utilizare în eșantioane reprezentative ale pacienților DRN (130 din 192), pentru toți pacienții din mun. Bălți și pentru toți pacienții din penitenciare. Consultanții naționali în domeniul evaluării au acordat sprijin la completarea chestionarelor, iar asigurarea confidențialității răspunsurilor a fost esențială.

CAS (Chestionarul de evaluare a atitudinii și satisfacției angajaților)⁹ a fost completat individual de către persoanele angajate la centrele/unitățile TSO. Chestionarul a fost preconizat să fie distribuit și colectat de către consultanții naționali în domeniul evaluării. CAS a fost planificat să fie distribuit tuturor lucrătorilor din programul TSO în contact direct cu pacienții: 18 lucrători medicali (medici, asistente medicale, psihologi) din Chișinău și 5 din Bălți; educatorii de la egal la egal de la ONG-uri și coordonatorii outreach din Bălți și Chișinău (25 persoane), precum și lucrătorii ONG-urilor de la centrele de zi din Cahul și Tiraspol (15 persoane). La fel, au fost incluși lucrătorii din programul TSO care activează în penitenciare (13 lucrători medicali și 7 persoane din ONG-uri).

⁶ Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, WHO, 2009.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf

⁷WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV

http://archives.who.int/eml/expcom/expcom14/methadone/buprenorphine_meth_PreliminaryReport_WHO_Study25feb05Final.pdf

⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4322EN.html>

⁹http://archives.who.int/eml/expcom/expcom14/methadone/buprenorphine_meth_PreliminaryReport_WHO_Study25feb05Final.pdf

Chestionarele completate au fost procesate cu ajutorul aplicației SPSS și analizate statistic.

Evaluări calitative

Centrul PAS și UNODC au angajat consultanți naționali – evaluatori pentru a efectua evaluările calitative. Potrivit planului de evaluare, consultanții au îndeplinit funcția de moderatori ai discuțiilor din cadrul focus-grupurilor (FG):

1. Discuții FG cu pacienții TSO din Chișinău (6 noiembrie 2012, 10 persoane, transcriptii pe 28 pagini).
2. Discuții FG cu pacienții TSO din Bălți (31 octombrie 2012, 8 persoane, transcriptii pe 24 pagini).
3. Discuții FG cu foști pacienți TSO (6 noiembrie 2012, 10 persoane, transcriptii pe 35 pagini).
4. Discuții FG cu pacienții TSO „dificili” (31 octombrie 2012, 9 persoane, transcriptii pe 19 pagini).
5. Discuții FG cu CDI care, deși eligibili pentru programul TSO, n-au aderat la tratament (3 noiembrie 2012, transcriptii pe 22 pagini).
6. Discuții FG cu asistentele medicale din programul TSO (n-a fost fixată data, 4 asistente medicale, transcriptii pe 16 pagini).

Consultanții naționali-evaluatori au condus interviuri exhaustive cu personalul medical și reprezentanți ai ONG-urilor de la centrele TSO din Chișinău, Bălți și de la Departamentul Instituției Penitenciare:

1. Interviu exhaustiv cu un medic narcolog de la centrul TSO din DRN, Chișinău (11 noiembrie 2012, transcriptii pe 15 pagini).
2. Interviu exhaustiv cu un medic narcolog de la Spitalul Clinic Municipal din Bălți, centrul TSO (27 octombrie 2012, transcriptii pe 6 pagini).
3. Interviu exhaustiv cu un medic de la Departamentul Instituției Penitenciare (transcriptii pe 6 pagini).
4. Interviu exhaustiv cu un asistent TSO dintr-o instituție penitenciară (transcriptii pe 7 pagini).
5. Interviu exhaustiv cu reprezentatul unui ONG (27 octombrie 2012, transcriptii pe 7 pagini).
6. Interviu exhaustiv cu un lucrător social de la un ONG din Bălți (5 noiembrie 2012, transcriptii pe 5 pagini).
7. Interviu exhaustiv cu un lucrător outreach/de informare de la ONG (8 noiembrie 2012, transcriptii pe 4 pagini).
8. Interviu exhaustiv cu un psiholog (11 noiembrie 2012, transcriptii pe 6 pagini)
9. Interviu exhaustiv cu directorul unui ONG (transcriptii pe 7 pagini).

Transcripțiile discuțiilor focus-grup și interviurilor exhaustive au fost realizate în limbile română sau rusă, unele fiind traduse în engleză.

Constatările studiilor calitative au fost verificate de către consultant în timpul întrevederilor cu reprezentanții organizațiilor guvernamentale, instituțiilor medico-sanitare și ONG-urilor.

Cu ajutorul consultanților naționali au fost trecute în revistă actele legale relevante ale Ministerului Sănătății. Metodele de evaluare calitativă a programelor TSO din perioada desfășurării misiunii consultantului în Moldova au inclus inspectarea semi-structurată a localurilor centrelor TSO din Chișinău și Bălți.

Constatările generale și recomandările evaluării au fost verificate în decursul întrevederilor cu UNODC, UNAIDS, Centrul PAS pe 23 noiembrie 2012 și în timpul prezentării publice a rezultatelor preliminare ale evaluării și discuțiilor de la masa rotundă organizată pe 26 noiembrie 2012.

Metodologia și contextul analizei cost-beneficiu au fost prezentate într-un capitol separat al acestui raport.

Provocări și limitări

În perioada vizitei sale efectuate între 18 și 28 noiembrie 2012, consultantul internațional a avut ocazia să viziteze succint centrele TSO. Consultantul s-a întâlnit cu un număr redus de angajați de la centrele TSO și cu alte părți interesate (Anexa 3). Totuși, implicarea anterioară a consultantului în misiunile de evaluare din anii 2007, 2008 și 2009 i-a permis să observe îmbunătățirile, dar și provocările existente în dezvoltarea TSO. Consultantul n-a avut posibilitate să verifice aspectele de confidențialitate în procesul de colectare a datelor cantitative cu ajutorul chestionarelor de la pacienți și angajați.

Dat fiind faptul că a fost colectat un volum enorm de informații prin intermediul evaluării cantitative, n-a fost posibilă includerea în acest raport a tuturor rezultatelor studiului. Prin urmare, consultantul internațional a inserat doar rezultate selecte din studiu, pe care le-a considerat a fi cele mai ilustrative.

Rezultatele studiilor cantitative

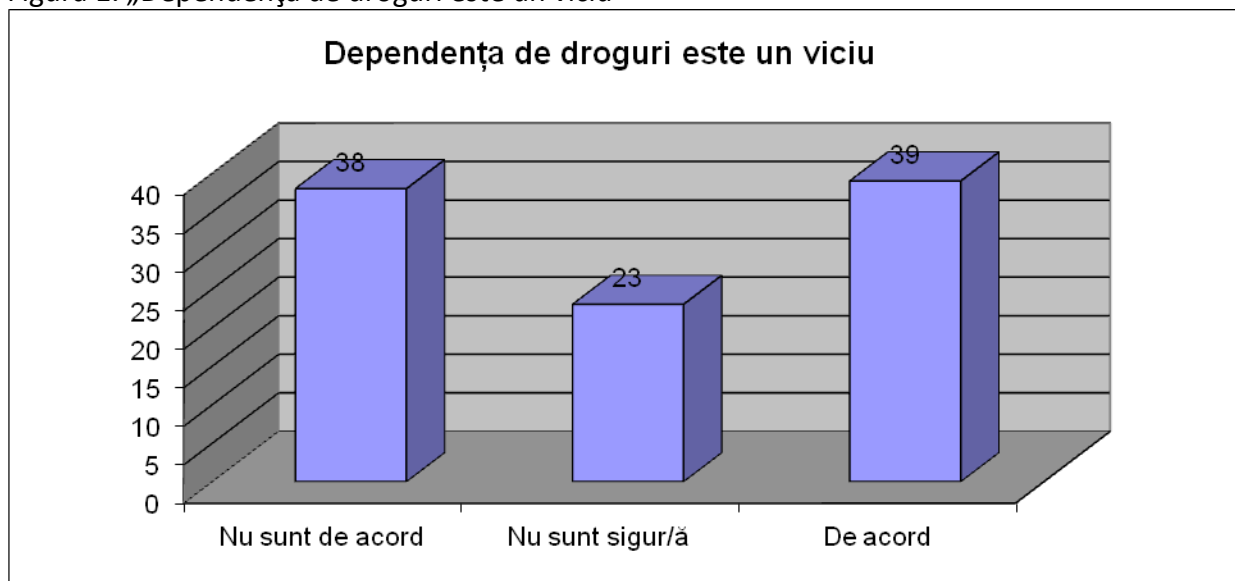
Atitudinea angajaților față de TSO

La întrebările din CAS au răspuns 84 de angajați, dintre care 25 activează în instituții medico-sanitare (21 medici, asistente medicale, psihologi etc.) și 59 sunt lucrători ai ONG-urilor. Au fost investigate următoarele domenii de atitudine a angajaților:

- Atitudinea angajaților față de dependența de droguri;
- Abținerea versus orientarea de întreținere în calitate de obiectiv al tratamentului;
- Opinii negative despre pacienți;
- Informații incorecte despre TSO;
- Satisfacția de la activitatea desfășurată.

Atitudinea angajaților față de dependența de droguri. Cele mai recente date științifice din domeniul neurologiei (McLellan et al, 2000¹⁰, OMS, 2004¹¹) indică faptul că dependența este o maladie cronică a creierului, însă o mare parte din angajații care lucrează direct cu pacienți din programul TSO nu sunt siguri dacă dependența este o maladie sau mai degrabă o slăbiciune morală. Așa cum indică Figura 1, 39% dintre respondenți susțin, iar 38% nu susțin afirmația potrivit căreia „Dependența de droguri este un viciu”, în timp ce 23% au ezitat să se pronunțe.

Figura 1. „Dependența de droguri este un viciu”

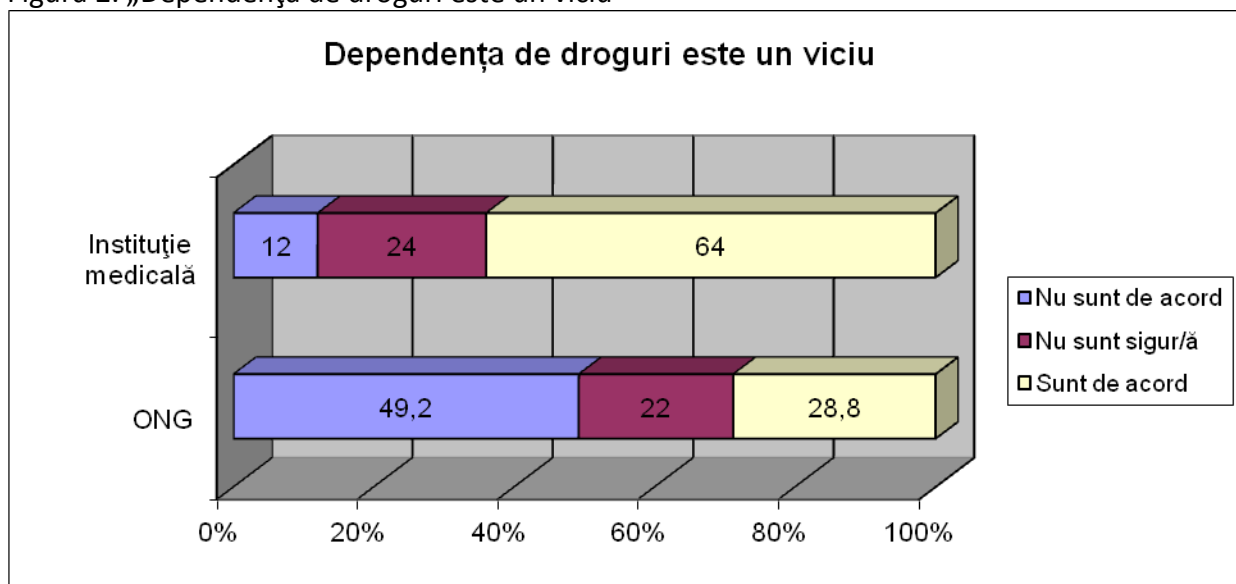


¹⁰ A.T.McLellan et al., 2000. Drug Addiction, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and outcome evaluation. Journal of American Medical Association 284:13.

¹¹ WHO, 2004. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Summary. Geneva.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html

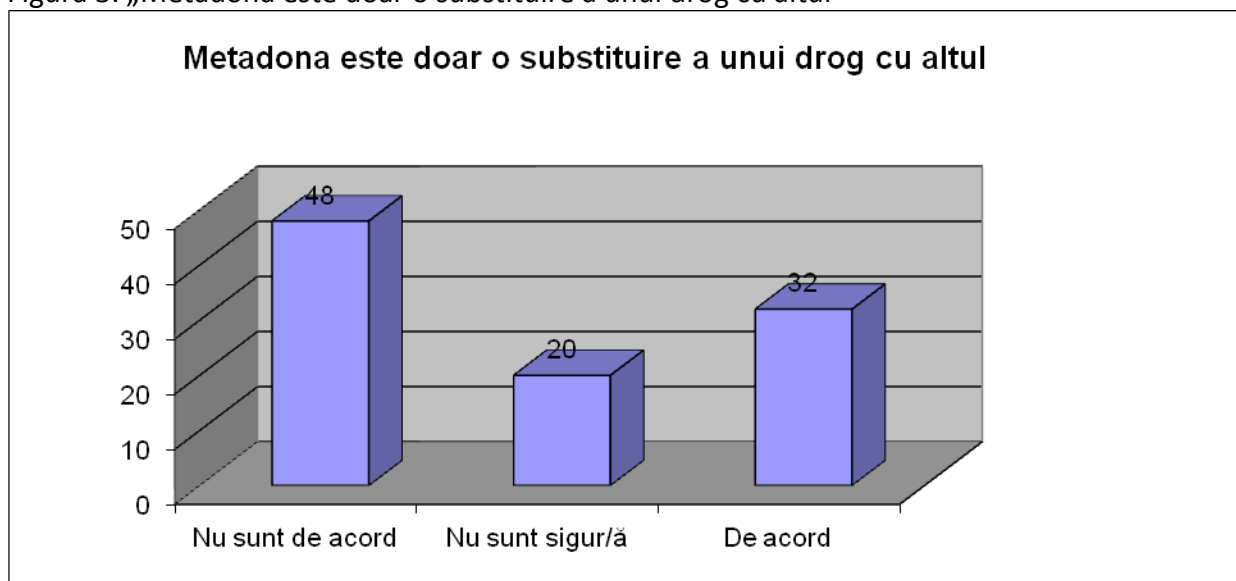
Angajații ONG-urilor au optat mai mult (49,2%) pentru afirmația că dependența de droguri este mai degrabă o maladie decât un viciu (Figura 2).

Figura 2. „Dependența de droguri este un viciu”



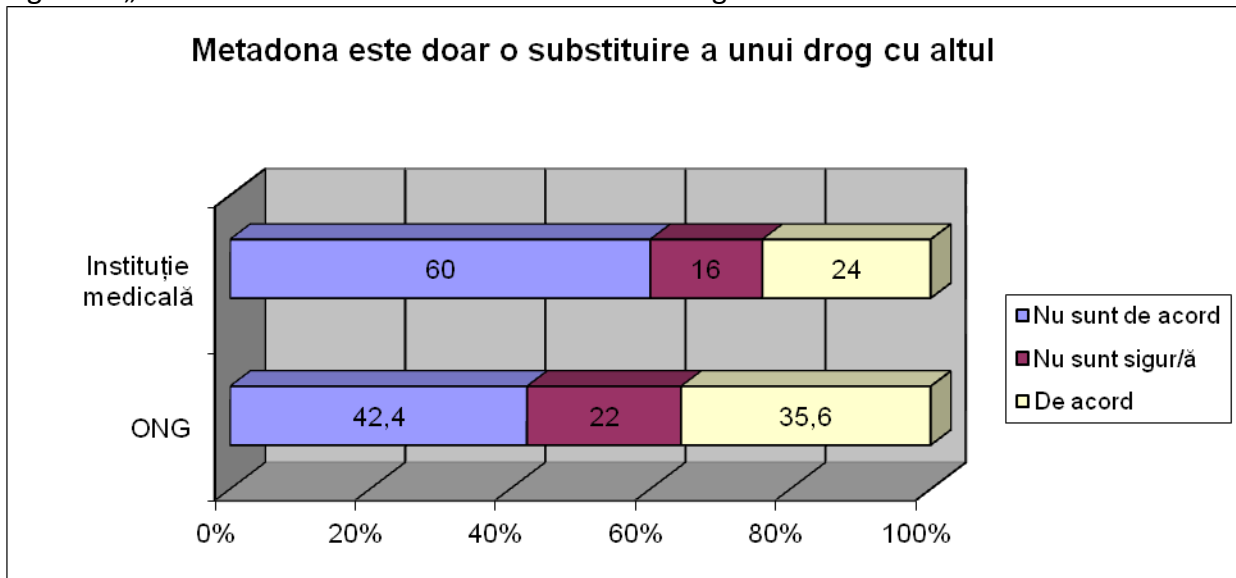
Alte răspunsuri care ilustrează diferența dintre opiniile angajaților în raport cu dependența de droguri în programul TSO sunt cele referitoare la ipoteza: „Metadona este doar o substituie a unui drog cu altul”. După cum este indicat în Figura 3, 32% dintre respondenți au susținut această ipoteză, 48% - n-au susținut-o, iar 28% au fost nesiguri.

Figura 3. „Metadona este doar o substituie a unui drog cu altul”



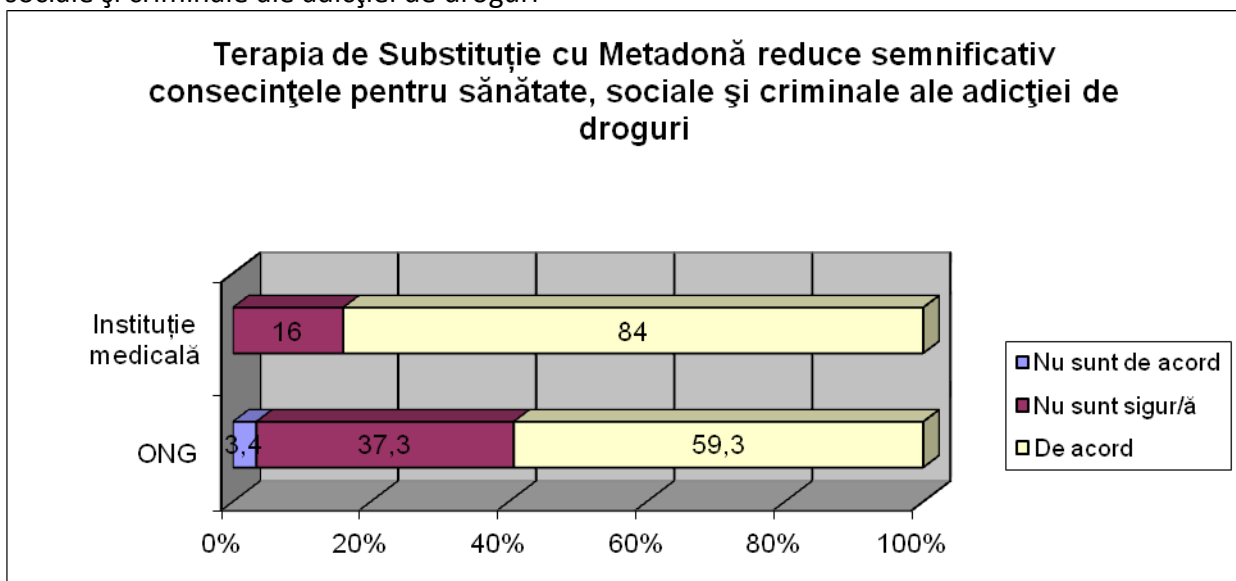
În acest caz, personalul medical mai frecvent decât cel din ONG-uri a considerat că TSO cu metadonă este mai degrabă „tratament” decât substituire a unui drog cu altul (Figura 4).

Figura 4. „Metadona este doar o substituire a unui drog cu altul”



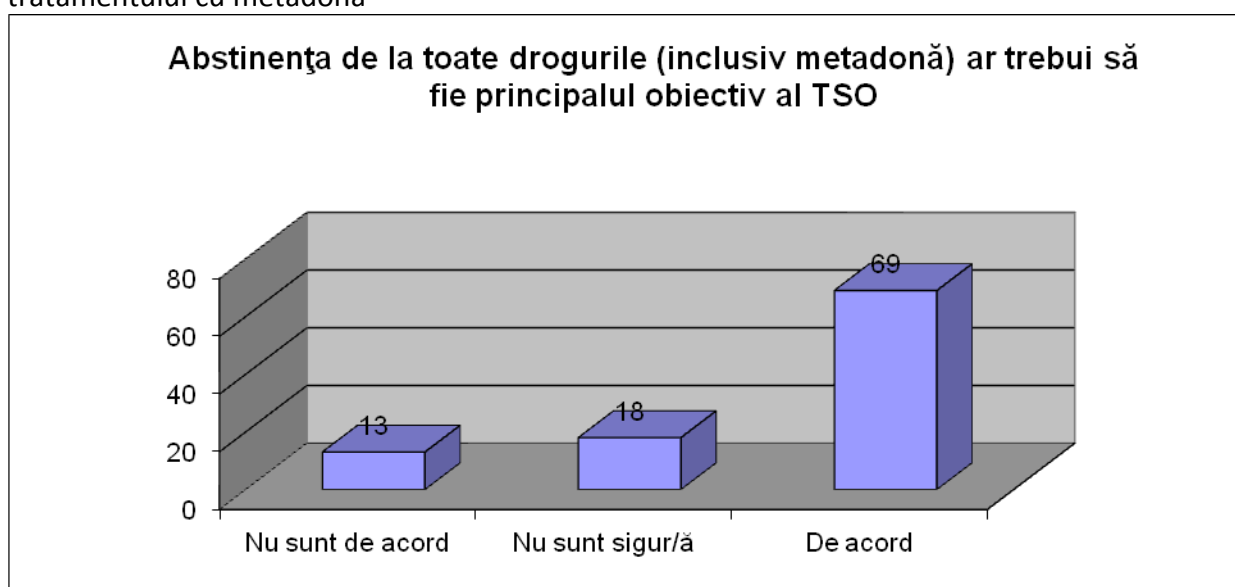
Răspunsurile pentru alte ipoteze au indicat tendința generală, potrivit căreia lucrătorii medicali și angajații ONG-urilor au anumite atitudini diametral opuse cu o pondere relativ mare a angajaților care nu sunt siguri de atitudinea lor. Concomitent, o proporție mult mai mare de lucrători medicali (Figura 5) consideră că TSO reduce consecințele negative pentru sănătate, sociale și criminale ale dependenței de heroină (84% au susținut ipoteza că „Terapia de întreținere cu metadonă reduce semnificativ consecințele pentru sănătate, sociale și criminale ale adicției la droguri” comparativ cu 59,3% din angajații ONG-urilor care au susținut această ipoteză).

Figura 5. „Terapia de întreținere cu metadonă reduce semnificativ consecințele pentru sănătate, sociale și criminale ale adicției de droguri”



Abstinență versus orientarea de întreținere în calitate de scop al tratamentului. Informația recentă bazată pe argumente științifice indică faptul că farmacoterapia de lungă durată cu metadonă și buprenorfină este efectivă în termeni de aderență la tratament, reduce consumul de heroină, îmbunătățește starea sănătății și statutul social, reduce criminalitatea și comportamentul riscant de injectare. Abstinența de la toate drogurile și de la metadonă în calitate de medicament ar fi o opțiune irealizabilă pentru mulți pacienți. Cu toate acestea, majoritatea angajaților (69%) consideră că scopul principal al TSO ar trebui să fie abstinența de la toate drogurile (inclusiv metadonă) (Figura 6) și doar 13% n-au fost de acord cu această ipoteză („Abstinența de la toate drogurile (inclusiv metadonă) ar trebui să fie scopul principal al tratamentului cu metadonă”).

Figura 6. „Abstinența de la toate drogurile (inclusiv metadonă) ar trebui să fie scopul principal al tratamentului cu metadonă”



Există dovezi că dozele optime de metadonă (60-120 mg pe zi) pot preveni simptomele de sevraj la opioide și pot menține funcția mentală și fizică a pacientului la nivel normal sau foarte aproape de normal. Doza suficientă reduce sau elimină dorința de heroină și blochează receptorii opioizi. Acest fapt împiedică pacienții să simtă euforie după consumul de heroină. În mod regretabil, 42% din angajați susțin (Figura 7) ipoteza că „Pacienții care primesc metadonă vor continua să consume heroină în cazul în care li se va reduce doza de metadonă”, ceea ce contrazice una din recomandările clinice de bază. Această părere este chiar mai răspândită printre personalul medical (56%) decât printre angajații ONG-urilor (Figura 8).

Figura 7. „Pacienților care primesc metadonă dar continuă să consume heroină ar trebui să li se reducă doza de metadonă”

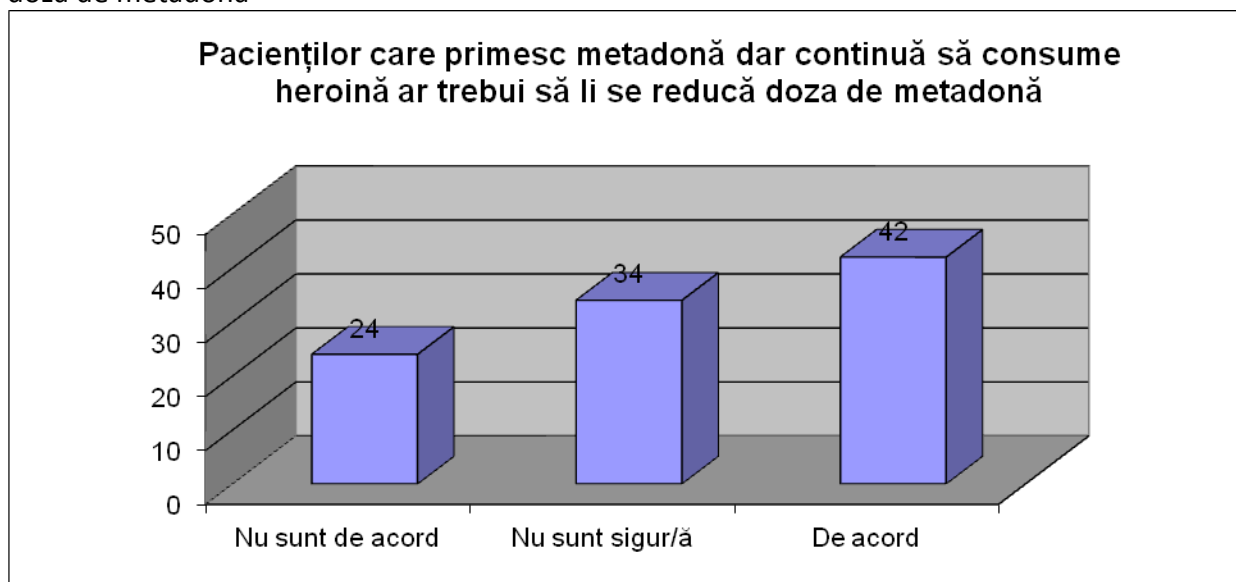
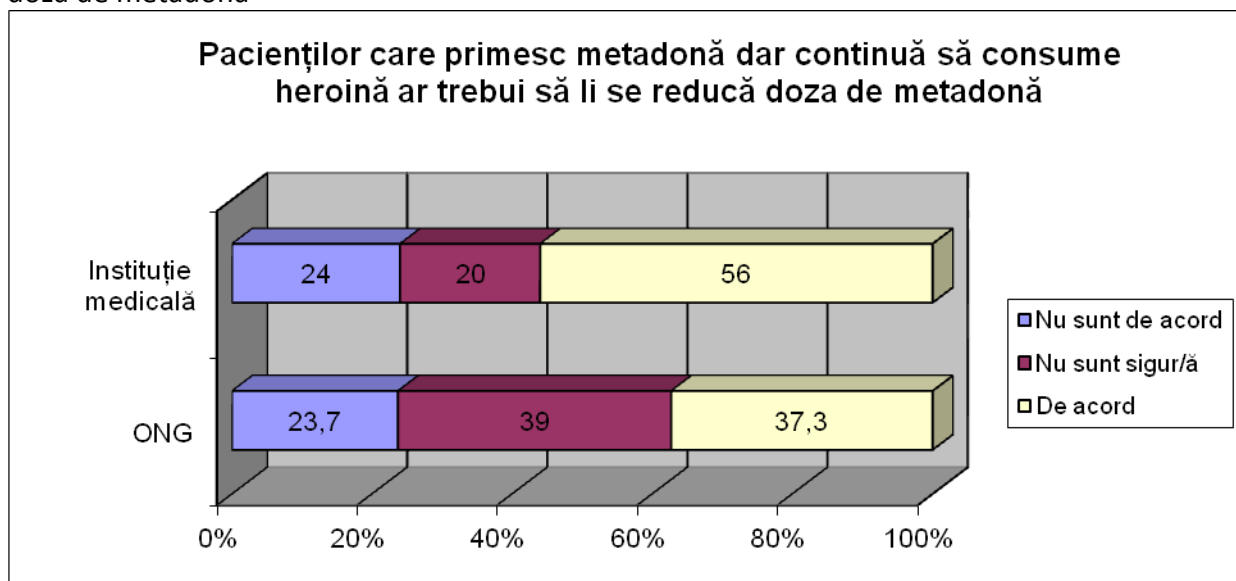
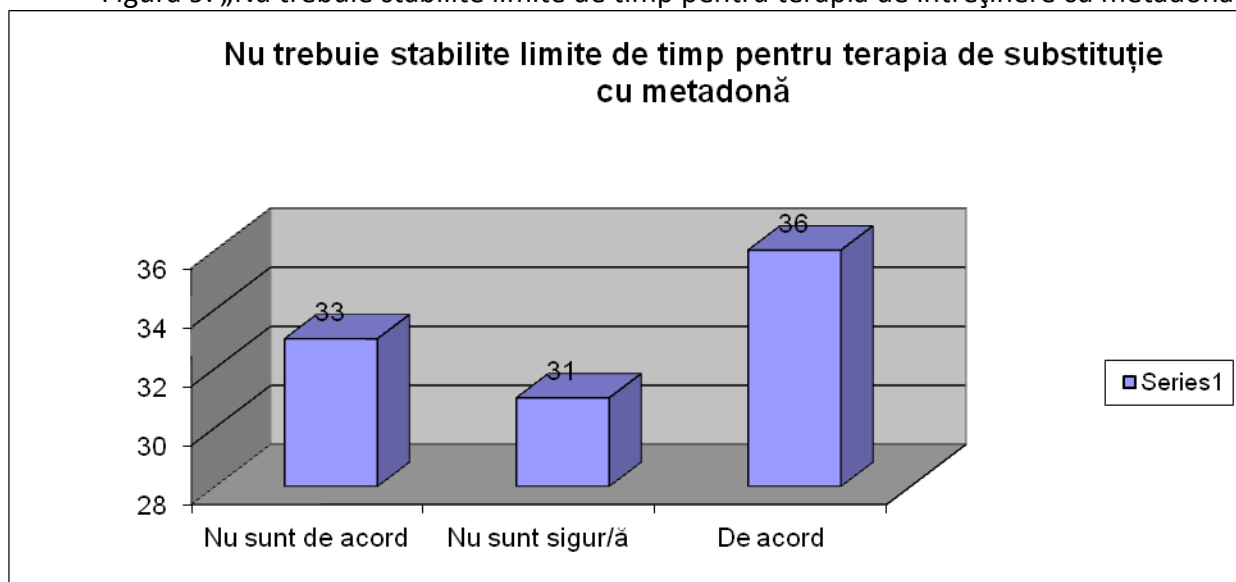


Figura 8. „Pacienților care primesc metadonă dar continuă să consume heroină ar trebui să li se reducă doza de metadonă”



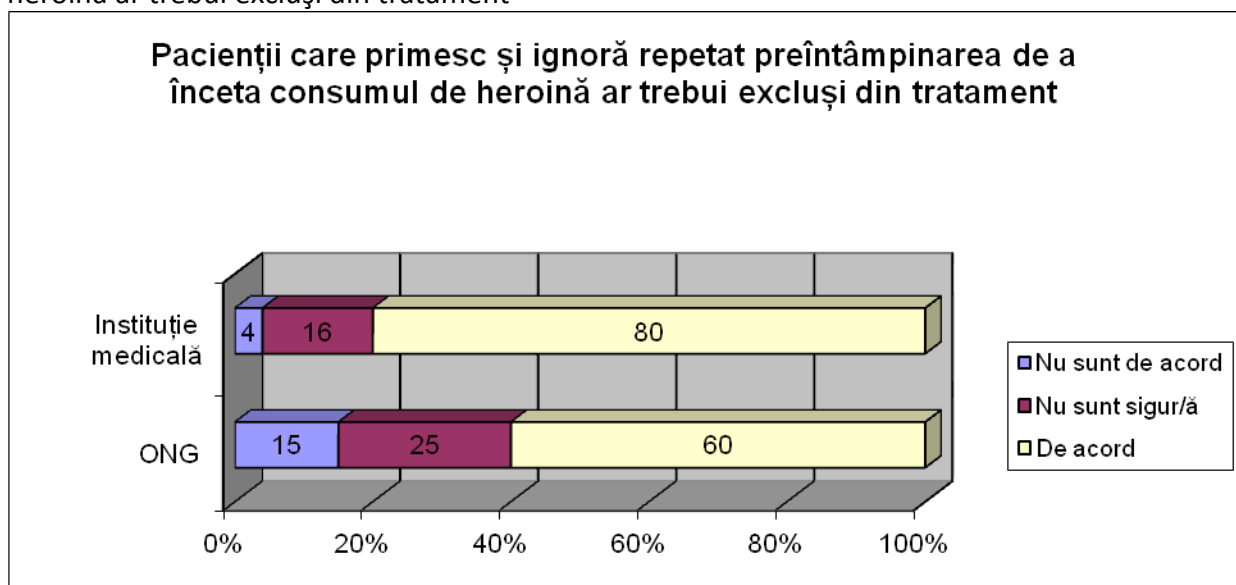
Potrivit Ghidului OMS cu privire la tratamentul farmacologic al dependenței de opioide, nu se recomandă stabilirea limitelor de timp pentru TSO, care ar trebui administrat atâta timp cât riscul de recidivă este mare. Rezultatele studiului relevă faptul că circa 1/3 din angajați susțin recomandarea actuală bazată pe dovezi: „Nu trebuie stabilite limite de timp pentru terapia de întreținere cu metadonă”, 1/3 nu susțin, iar 1/3 nu sunt siguri (Figura 9).

Figura 9. „Nu trebuie stabilite limite de timp pentru terapia de întreținere cu metadonă”



Pentru pacienții care continuă să consume heroină, recomandarea obișnuită ar fi mărirea semnificativă a dozei de metadonă pentru a reduce dorința și pentru a bloca efectele de euforie, sporind concomitent consilierea. Cu toate acestea, majoritatea personalului medical și angajaților ONG-urilor consideră că asemenea pacienți ar trebui eliminați din programul TSO, după cum este indicat în Figura 10. 80% din personalul medical și 60% din lucrătorii ONG-urilor consideră că astfel de pacienți ar trebui excluși din tratament.

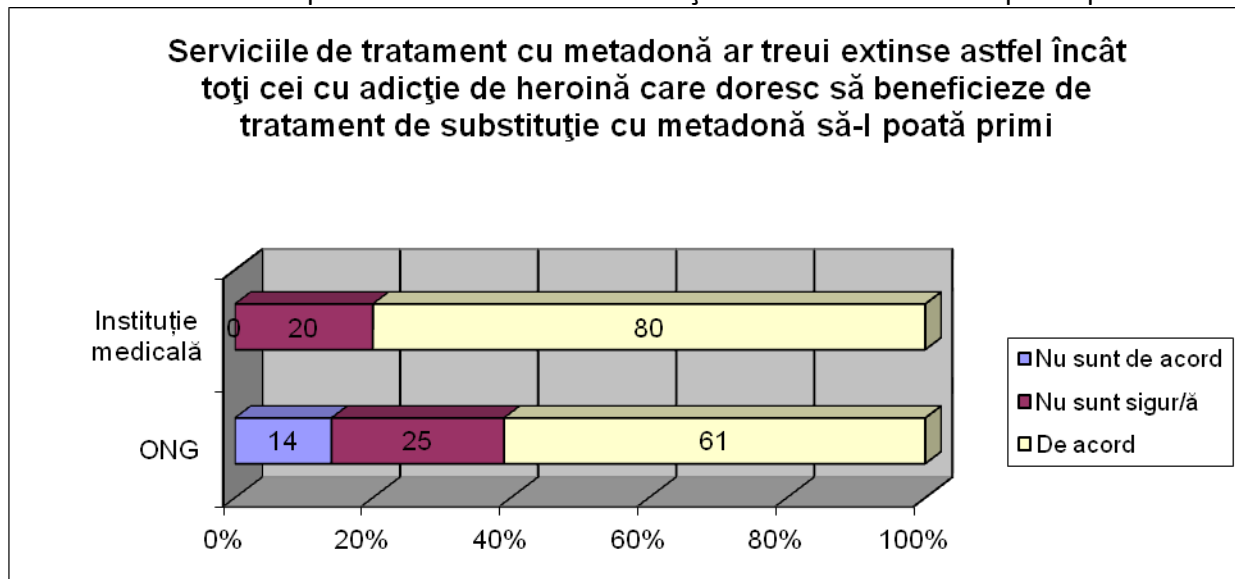
Figura 10. „Pacienții care primesc metadonă și ignoră repetat preîntâmpinarea de a înceta consumul de heroină ar trebui excluși din tratament”



Cu toate acestea, majoritatea lucrătorilor medicali (80%) și angajaților ONG-urilor (61%) susțin ipoteza că „Serviciile de tratament cu metadonă ar trebui extinse astfel încât toți cei cu adicție la heroină care doresc să primească tratament de întreținere cu metadonă să-l poată primi” și consideră că TSO ar

trebui extins în toată țara pentru a fi ușor accesibil oricărei persoane dependente de heroină (Figura 11).

Figura 11. „Serviciile de tratament cu metadonă ar trebui extinse astfel încât toți cei cu adicție la heroină care doresc să primească tratament de întreținere cu metadonă să-l poată primi”



Opinii negative despre pacienți. Mulți membri ai personalului (44%) cred că pacienții, în general, nu doresc să coopereze (Figura 12). Angajații ONG-urilor mai frecvent consideră că pacienții TSO nu doresc să coopereze (49%) (Figura 13).

Figura 12. „Mulți pacienți de aici, în general, nu doresc să coopereze”

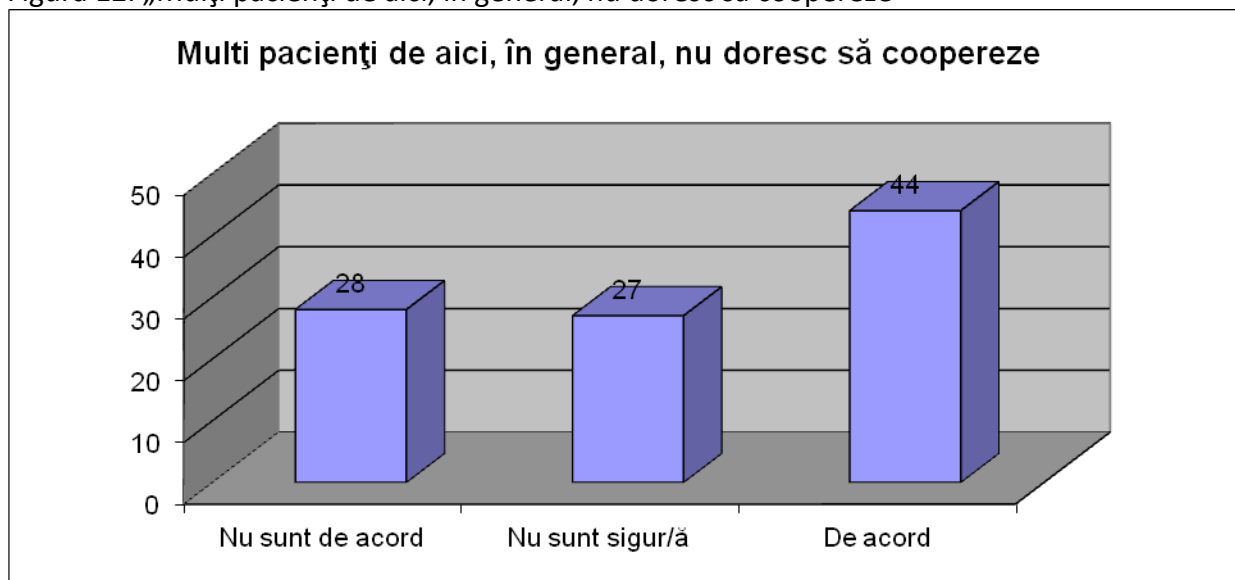
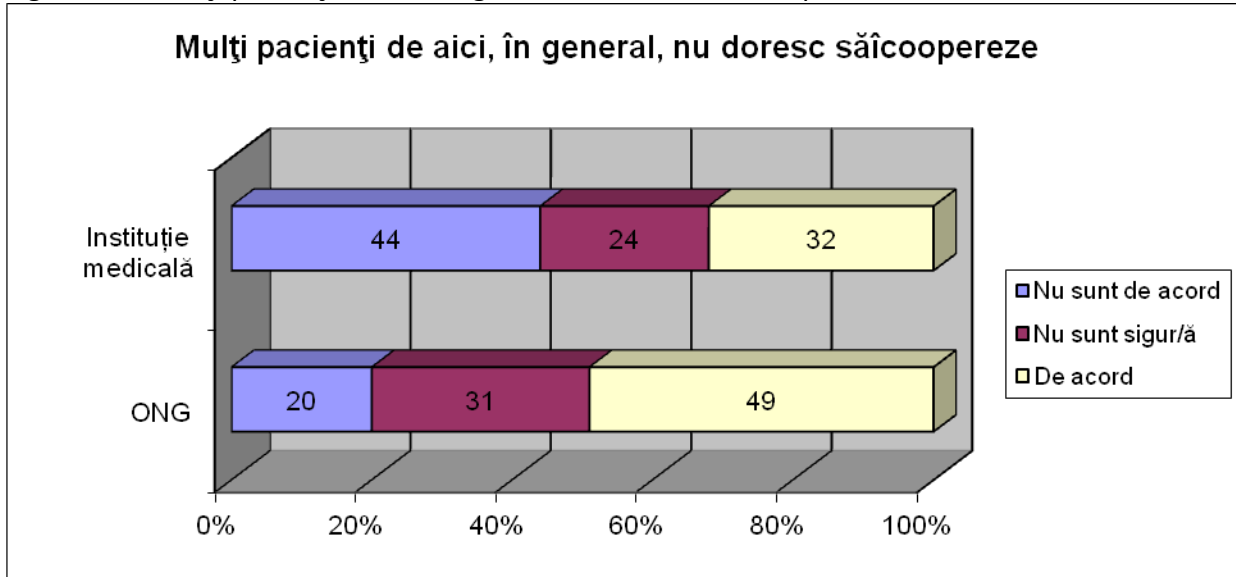


Figura 13. „Mulți pacienți de aici, în general, nu doresc să coopereze”



Lacune în informațiile de ordin medical. Dovezile disponibile până în prezent n-au demonstrat că un tratament îndelungat cu metadonă (ce durează ani și decenii) ar fi avut efecte toxice asupra creierului, ficatului, rinichilor sau altor organe sau țesuturi umane. În realitate, metadonă a fost permisă pentru utilizare femeilor însărcinate deoarece, spre deosebire de alcool, aceasta nu are efecte toxice asupra țesuturilor fătului. Studiul a indicat faptul că circa 1/3 (33%) din toți angajații consideră că metadonă ar putea provoca leziuni hepatice și susțin ipoteză că „Terapia de întreținere cu metadonă poate provoca leziuni hepatice”, iar circa ½ (49%) nu sunt siguri (Figura 14). Practic, jumătate din personalul TSO (49%) nu este sigur de beneficiile terapiei de întreținere cu metadonă contra consumului de heroină pentru femeile însărcinate (Figura 15) și de faptul că aceasta ar putea afecta rinichii (Figura 16).

Figura 14. „Terapia de întreținere cu metadonă poate provoca leziuni hepatice”

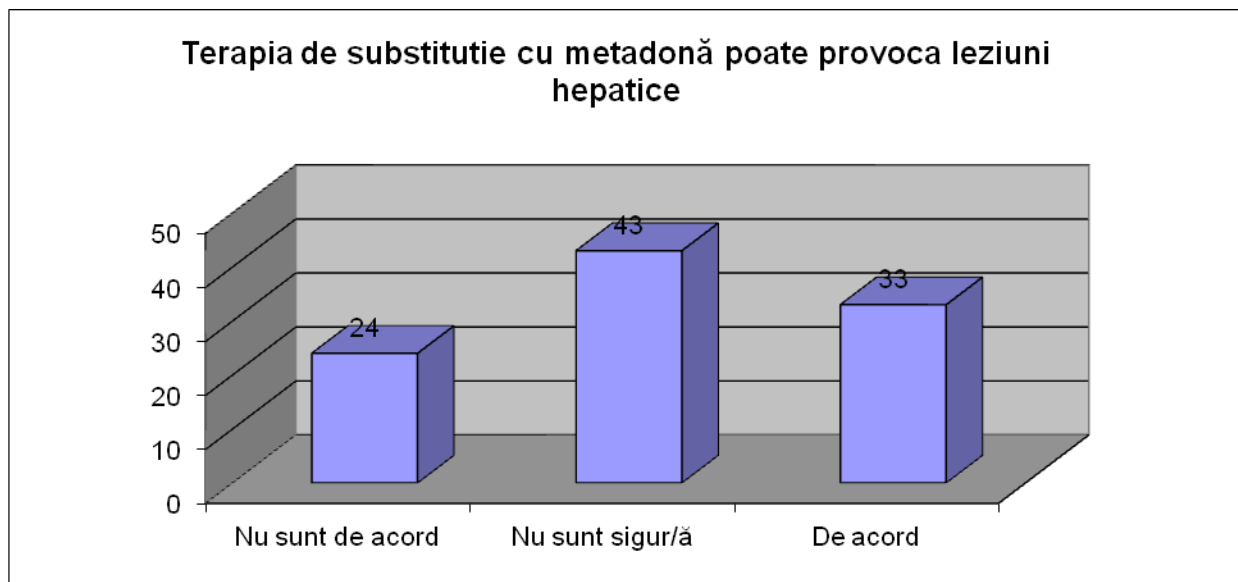


Figura 15. „Metadona este mai periculoasă decât heroina pentru copilul nenăscut”

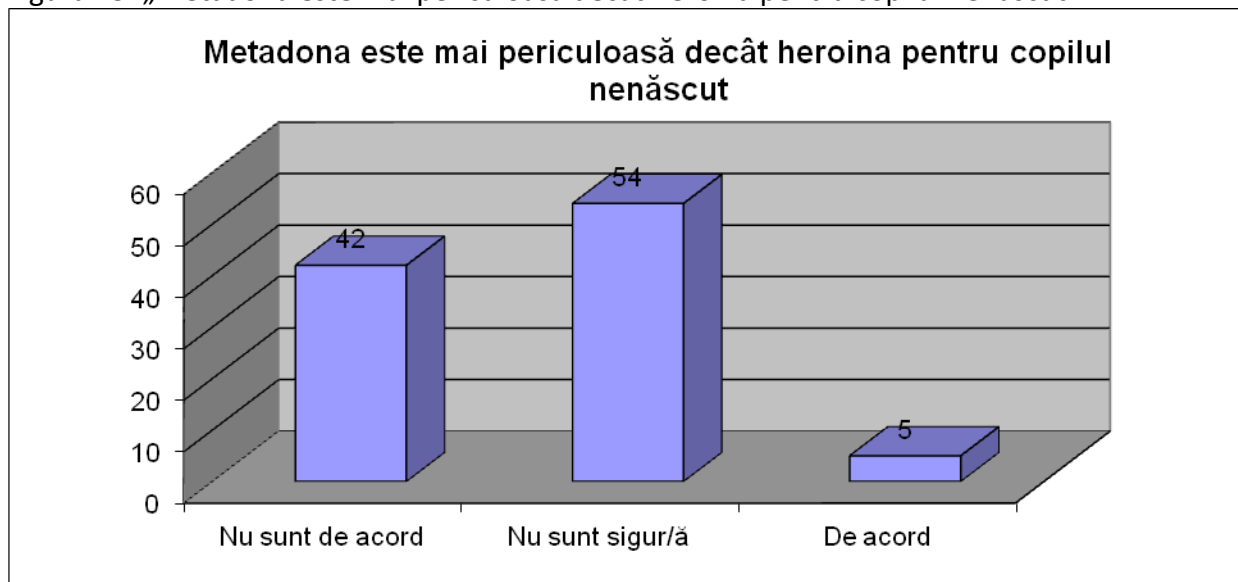
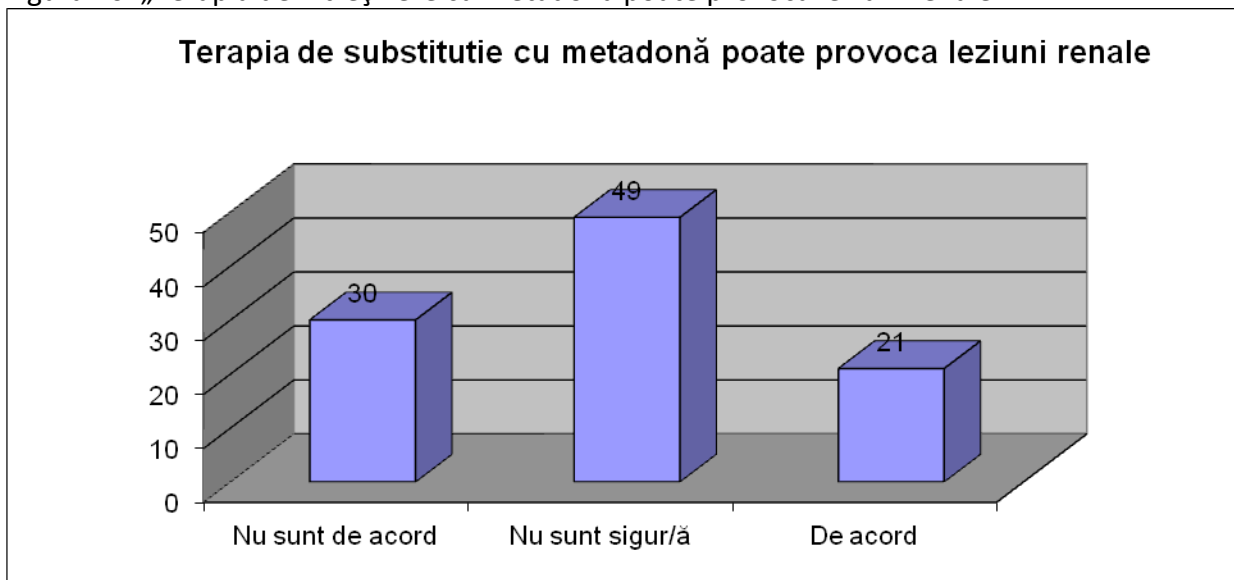
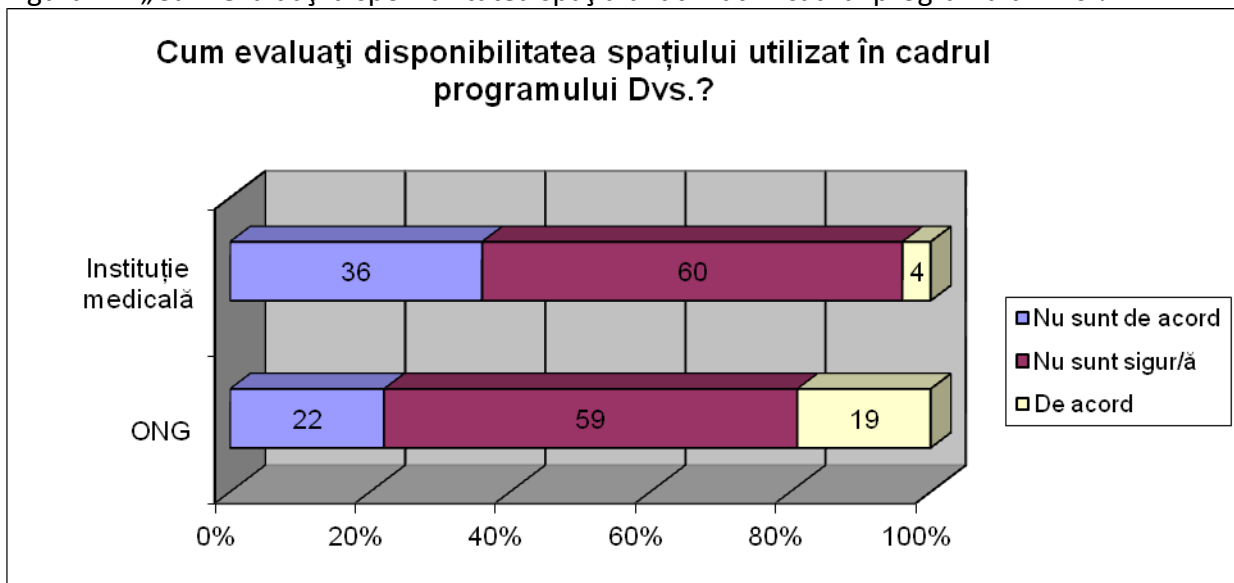


Figura 16. „Terapia de întreținere cu metadonă poate provoca leziuni renale”



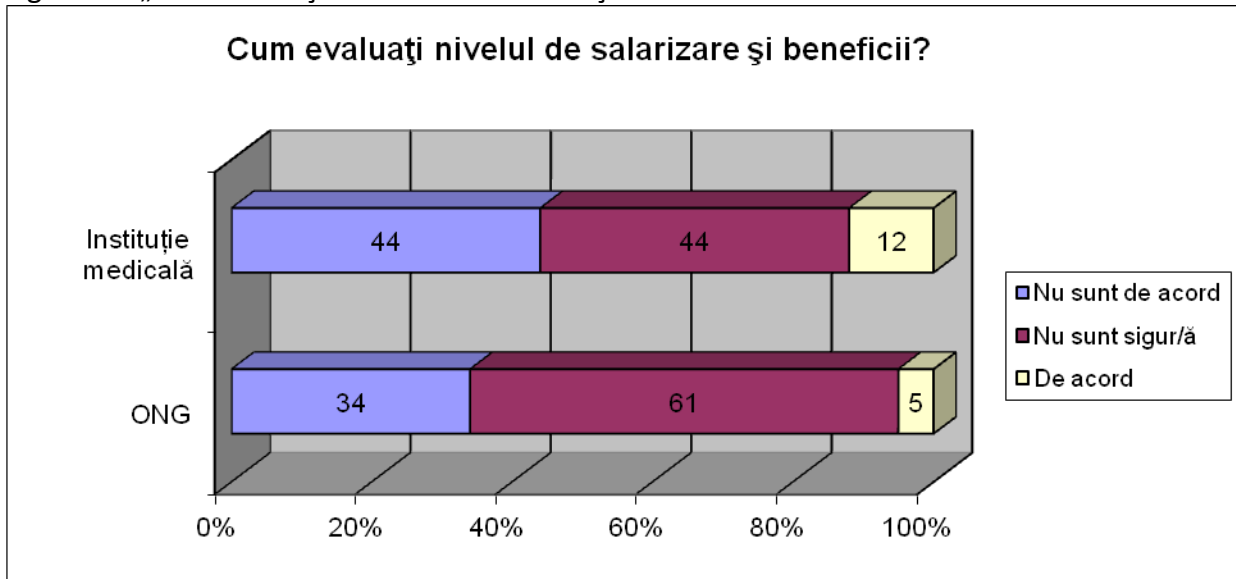
Satisfacția în raport cu mediul de lucru. Lucrătorii medicali au declarat mai frecvent în comparație cu angajații ONG-urilor că nu sunt satisfăcuți cu încăperile alocate pentru activitatea acestora cu pacienții TSO (36% comparativ cu 22%), deși majoritatea (60% și 59%) consideră încăperile „satisfăcătoare” (Figura 17).

Figura 17. „Cum evaluați disponibilitatea spațiului utilizat în cadrul programului Dvs.?”



Lucrătorii medicali sunt mai puțin satisfăcuți de nivelul de salarizare și alte stimulente, evaluându-l negativ în 44% de cazuri comparativ cu 34% în ONG-uri (Figura 18).

Figura 18. „Cum evaluați nivelul de salarizare și beneficii?”



Majoritatea personalului medical și angajaților ONG-urilor sunt critici (au o poziție mai puțin pozitivă) în raport cu eficacitatea tratamentului pe care îl oferă. 76% din lucrătorii medicali și 61% dintre angajații ONG-urilor afișează o atitudine neutră/moderată față de eficacitatea tratamentului (Figura 19). În mod similar, (68% și 61%) ei ocupă o poziție neutră în ceea ce privește satisfacția generală față de activitatea pe care o îndeplinesc (Figura 20).

Figura 19. „Cum evaluați eficacitatea tratamentului din programul Dvs.?”

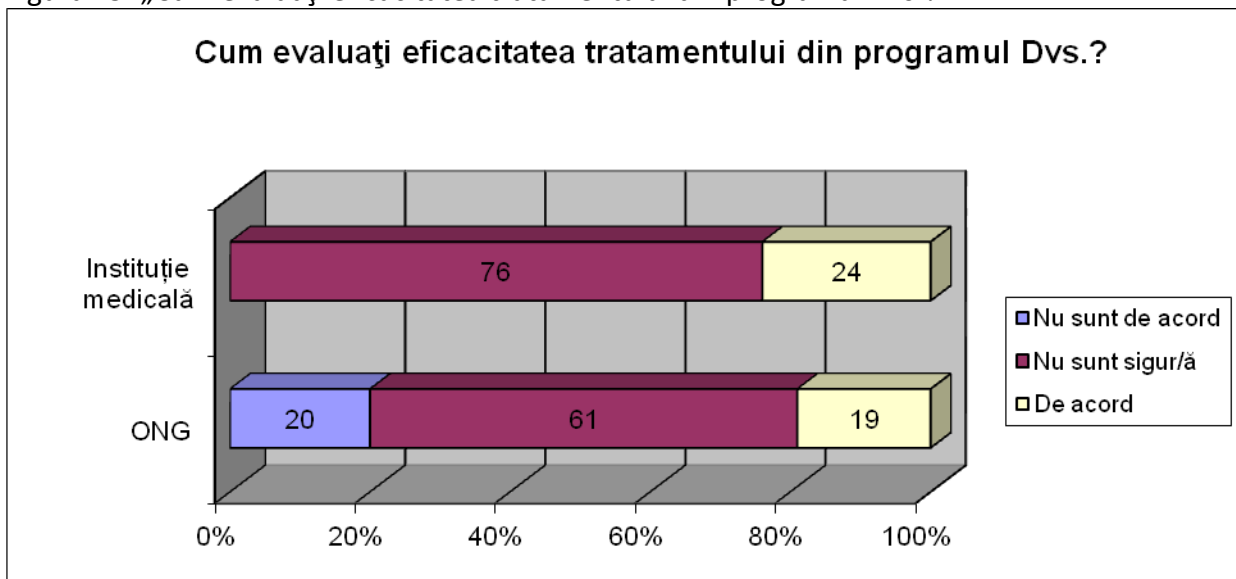
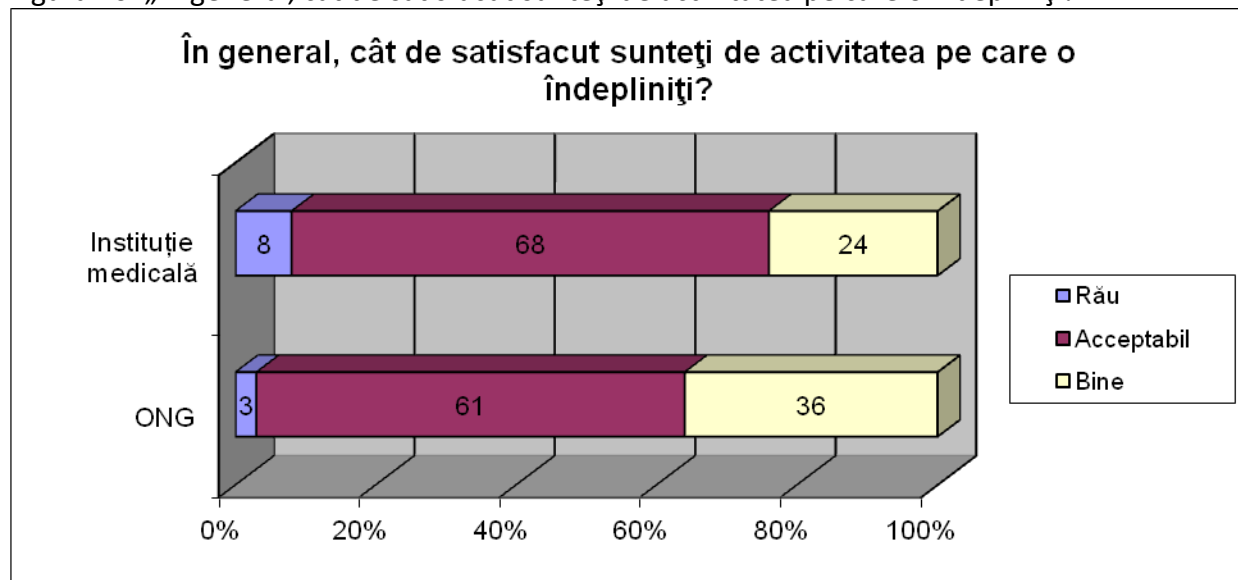
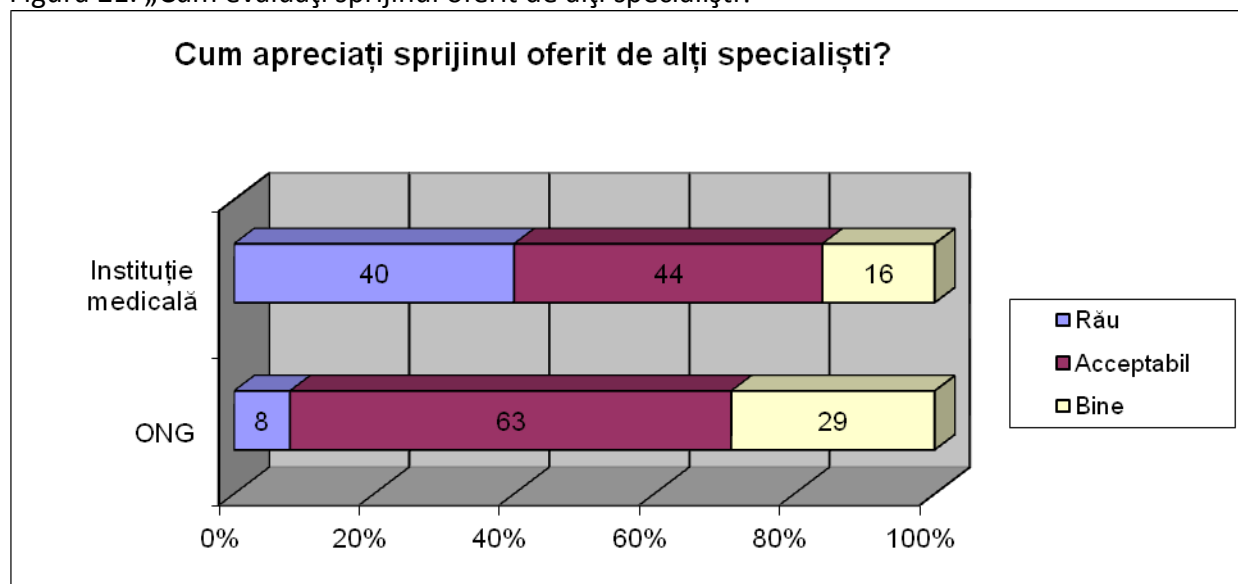


Figura 20. „În general, cât de satisfăcut sunteți de activitatea pe care o îndepliniți?”



Este important de menționat că 40% dintre lucrătorii medicali au indicat faptul că ei nu au sprijinul necesar din partea altor specialiști. Această situație denotă lacune în asigurarea serviciilor multidisciplinare coordonate pacienții TSO de către echipă (Figura 21).

Figura 21. „Cum evaluați sprijinul oferit de alți specialiști?”



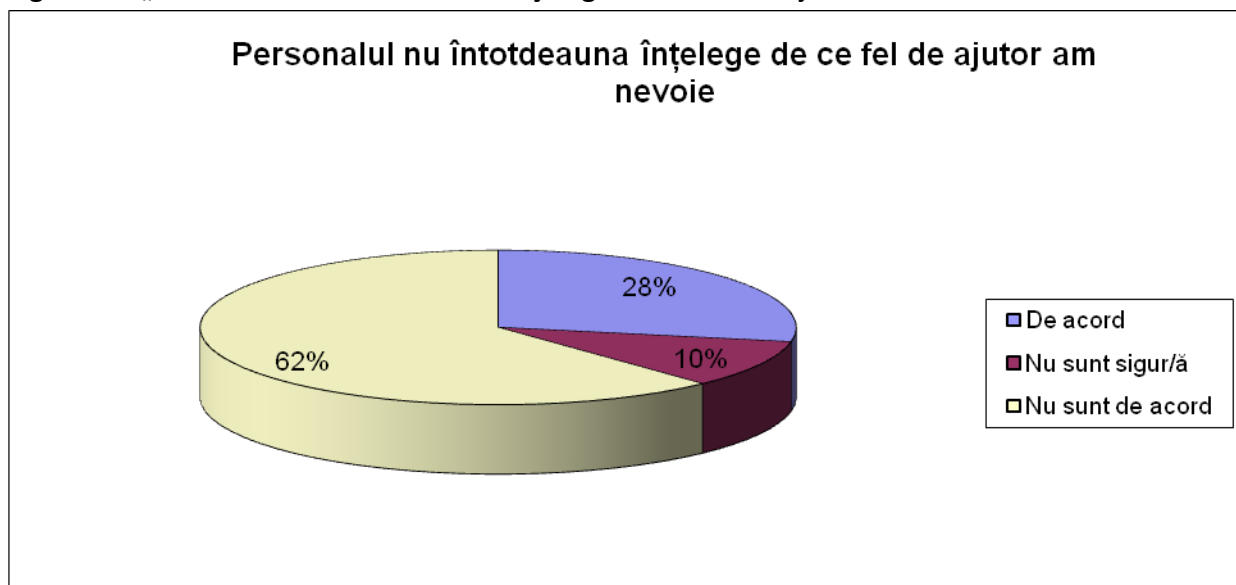
În rezumat, studiul cantitativ a relevat lacune mari în cunoștințele bazate pe dovezi despre TSO printre lucrătorii medicali și angajații ONG-urilor. Ar putea exista riscul ca un pacient să primească mesaje contradictorii de la medic, asistentă medicală, psiholog, angajații ONG-urilor și lucrătorii outreach implicați direct în prestarea acestor servicii. În lipsa unei aderențe comune a personalului la informația bazată pe dovezi despre TSO, metoda multidisciplinară coordonată nu va funcționa. La fel, există un risc major ca diferite mituri și informații false să predomine printre pacienții TSO și consumatorii de droguri injectabile.

Atitudinea pacienților față de TSO

260 de pacienți au răspuns la întrebările din chestionarul CPT cu privire la atitudinea lor față de serviciile TSO: 103 din Chișinău, DRN, 61 de la DRN de pe strada Grenoble, 48 – din Bălți și 48 – din instituțiile penitenciare (IP).

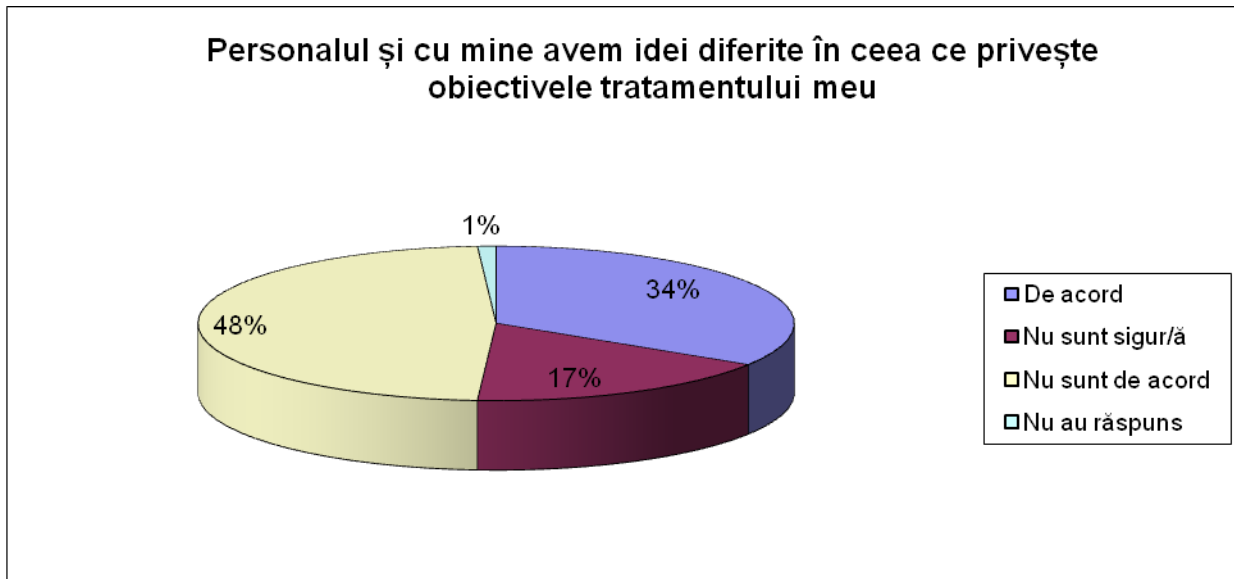
Rezultatele studiului relevă faptul că angajații și pacienții uneori au o înțelegere diferită în ceea ce privește serviciile de care au nevoie pacienții. 28% dintre pacienți susțin ipoteza: „Personalul nu întotdeauna înțelege de ce fel de ajutor am nevoie” (Figura 22). Această situație denotă inexistența continuă a unei „alianțe terapeutice” formată de personalul de sprijin și pacient, care este necesară pentru a atinge scopul și obiectivele tratamentului.

Figura 22. „Personalul nu întotdeauna înțelege de ce fel de ajutor am nevoie”



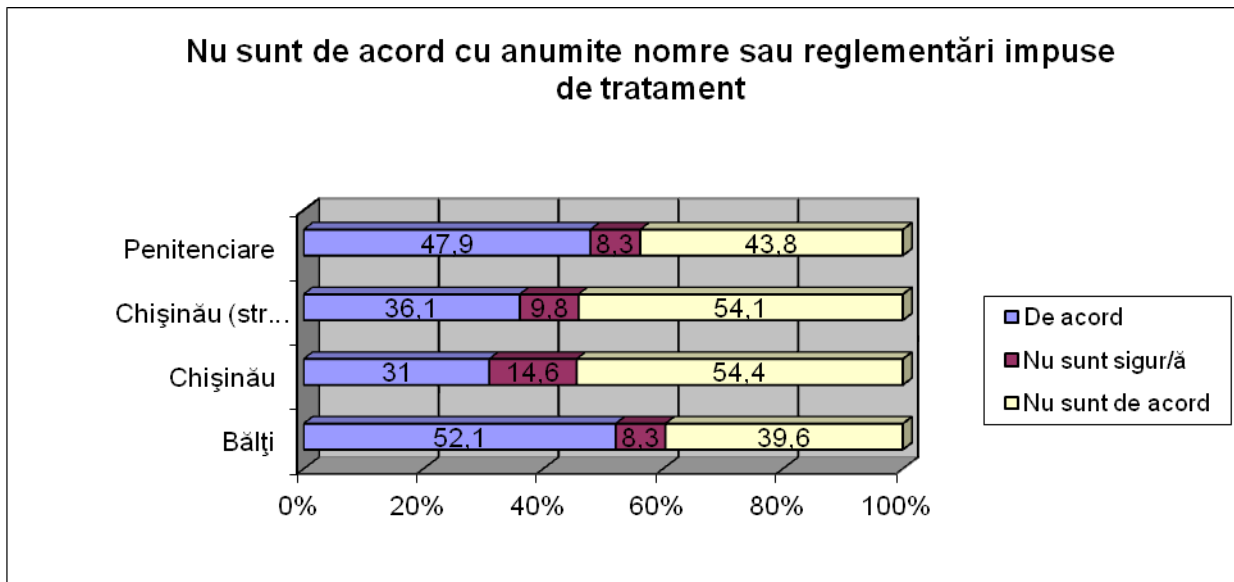
În mod similar, 34% dintre pacienți susțin ipoteza: „Personalul și cu mine avem idei diferite în ceea ce privește obiectivele tratamentului meu” (Figura 23).

Figura 23. „Personalul și cu mine avem idei diferite în ceea ce privește obiectivele tratamentului meu”



31-47.9% dintre pacienți, după cum este indicat în Figura 24, nu agreează reglementările TSO (susținând ipoteza: „Nu sunt de acord cu anumite norme sau reglementări impuse de tratament”).

Figura 24. „Nu sunt de acord cu anumite norme sau reglementări impuse de tratament”



La Bălți, 43,7% dintre pacienți au afirmat că programul de lucru al biroului de distribuire a metadonei nu este convenabil pentru pacienți (aceștia nu susțin ipoteza: „Programul de lucru al unității de distribuție a metadonei îmi convine”), în timp ce situația din Chișinău este mai bună (Figura 25). 47,8% dintre pacienți au mai indicat că la Bălți ei nu sunt satisfăcuți de amplasarea geografică a unității de distribuție a metadonei (Figura 26).

Figura 25. „Programul de lucru al unității de distribuție a metadonei îmi convine”

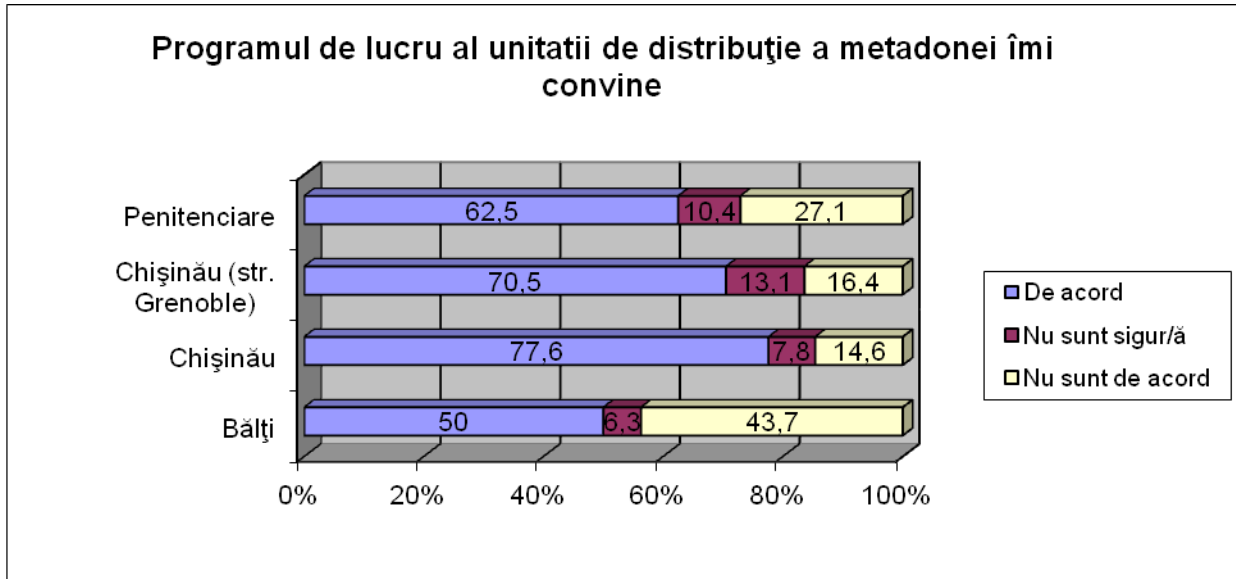
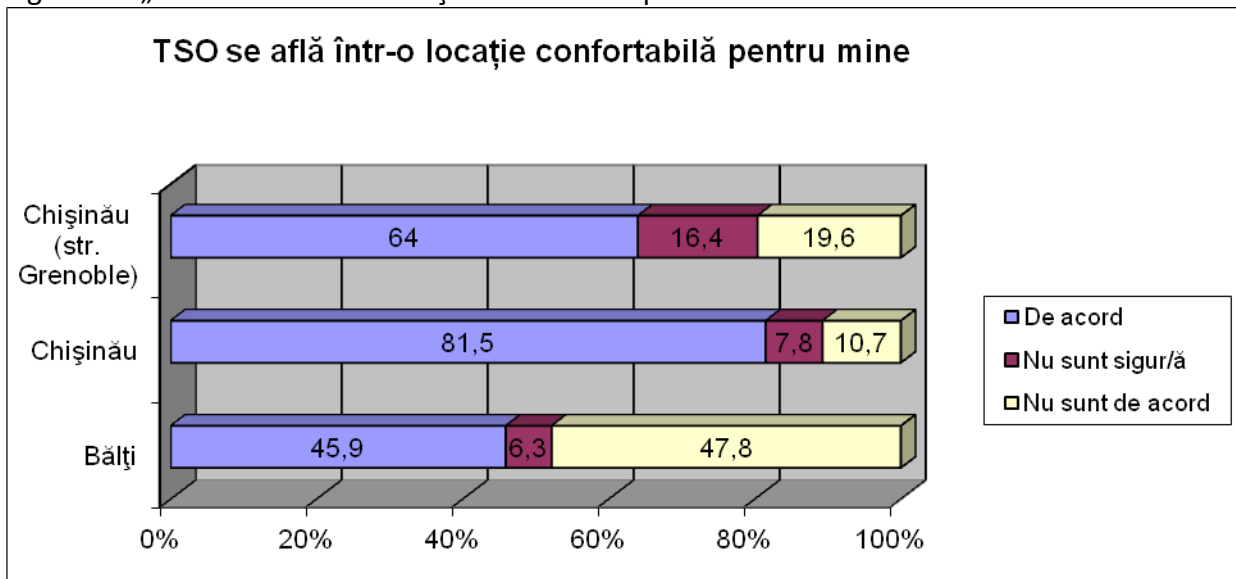
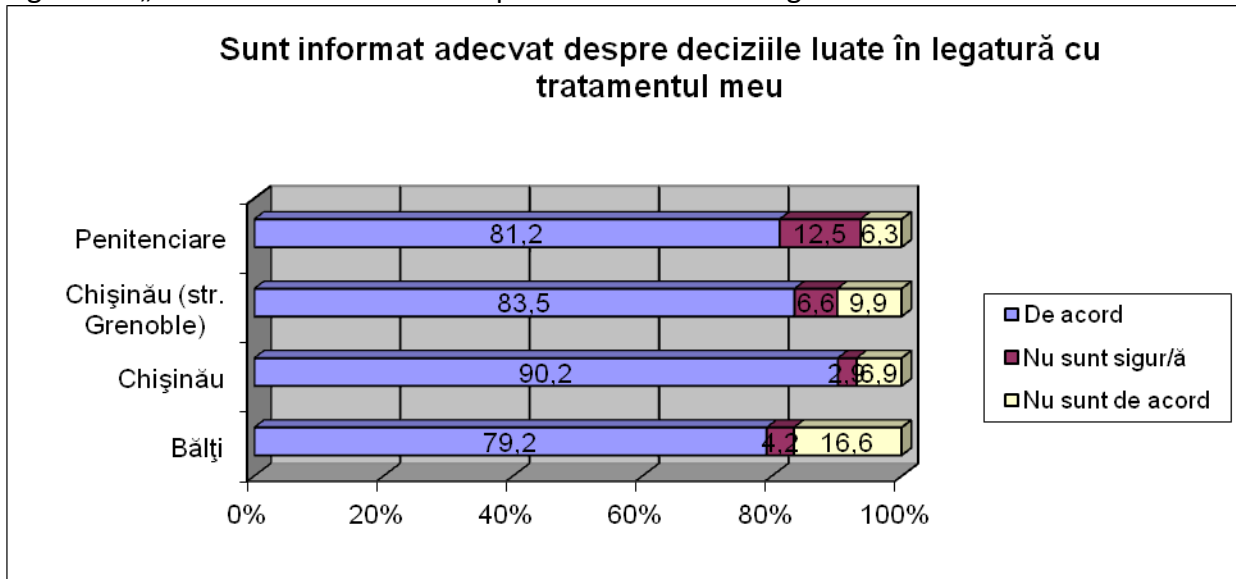


Figura 26. „TSO se află într-o locație confortabilă pentru mine”



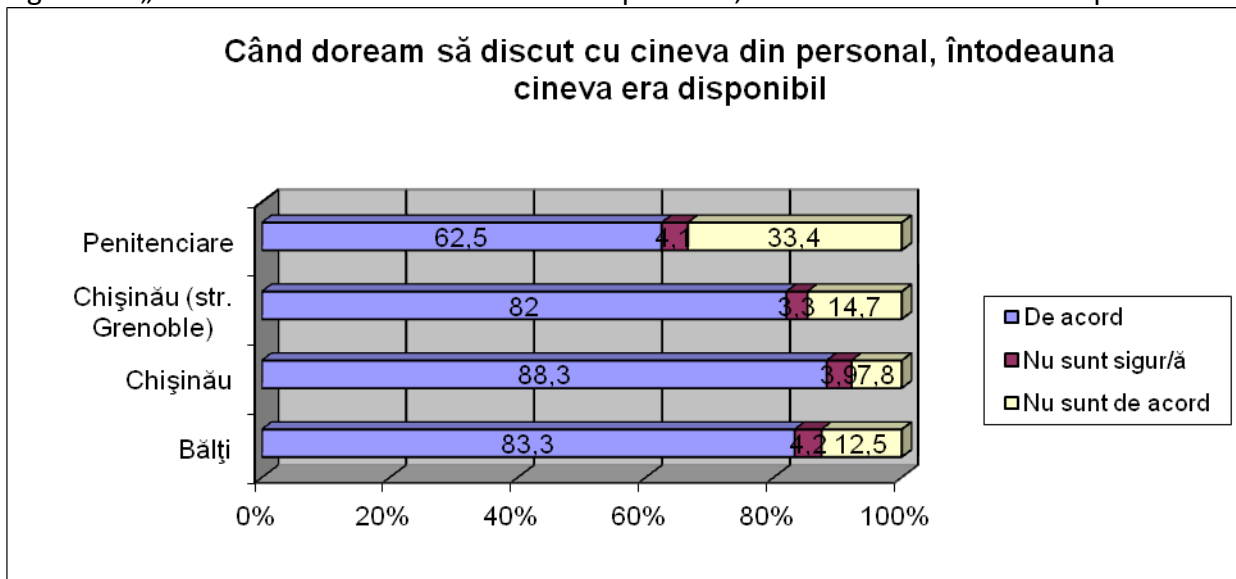
În general, multe răspunsuri referitoare la asigurarea TSO sunt pozitive. Mai mult de 80% dintre pacienți sunt, în general, satisfăcuți de informația primită despre TSO (susțin ipoteza: „Sunt informat adecvat despre deciziile luate în legătură cu tratamentul meu”), după cum ilustrează Figura 27.

Figura 27. „Sunt informat adecvat despre deciziile luate în legătură cu tratamentul meu”



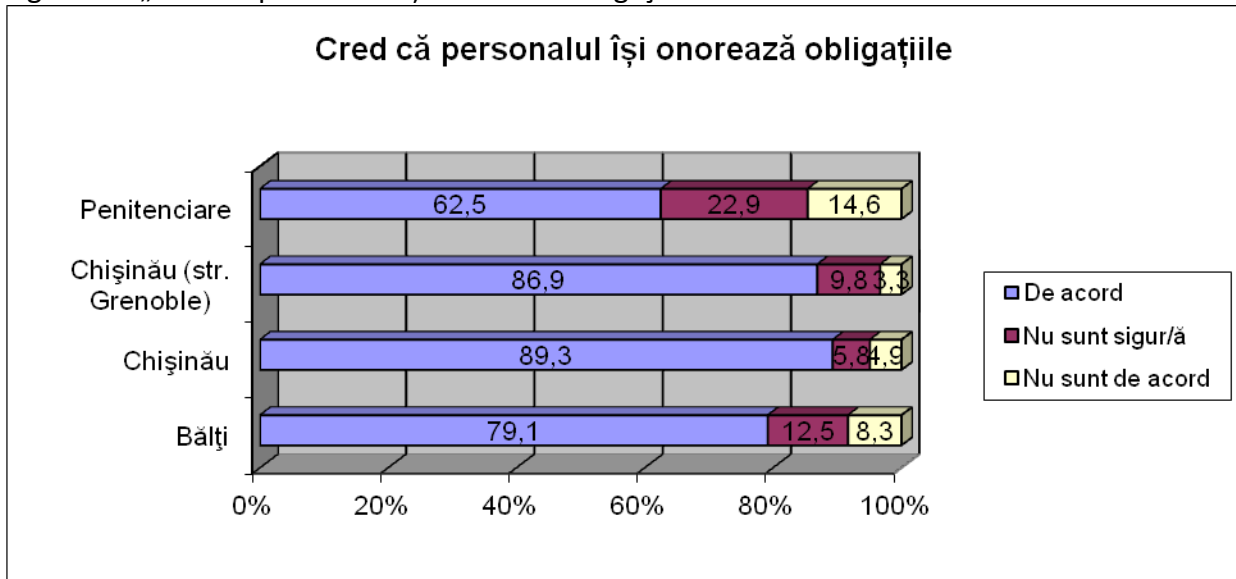
Peste 80% dintre pacienții din sectorul civil susțin ipoteza: „Când vroiam să discut cu cineva din personal, întotdeauna cineva era disponibil”, după cum este indicat în Figura 28.

Figura 28. „Când vroiam să discut cu cineva din personal, întotdeauna cineva era disponibil”



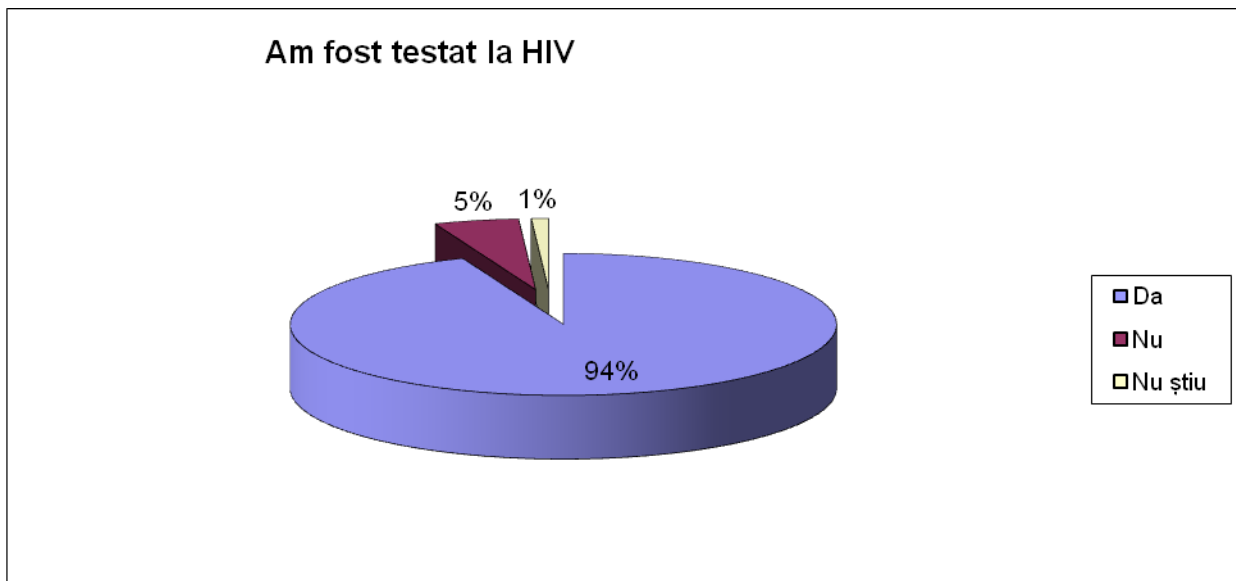
Mai mult de 80% dintre pacienții din sectorul civil susțin ipoteza: „Cred că personalul își onorează obligațiile” (Figura 29).

Figura 29. „Cred că personalul își onorează obligațiile”

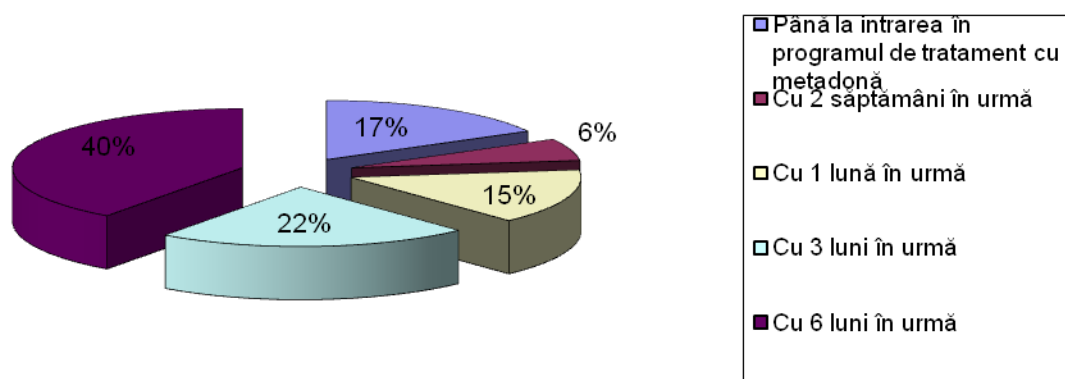


Cercetarea cantitativă s-a axat, de asemenea, pe serviciile prestate pacienților TSO din sectorul civil. 94% dintre pacienți au fost testați la HIV (Figura 30), iar 59% dintre pacienți au fost testați în decursul celor 6 luni anterioare.

Figura 30. „Am fost testat la HIV”



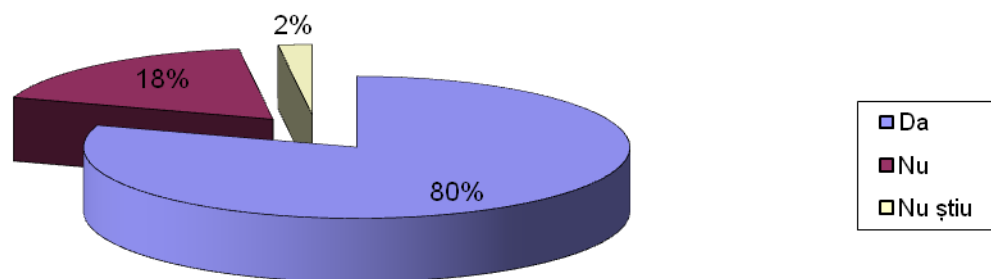
Când ați fost testat ultima dată?



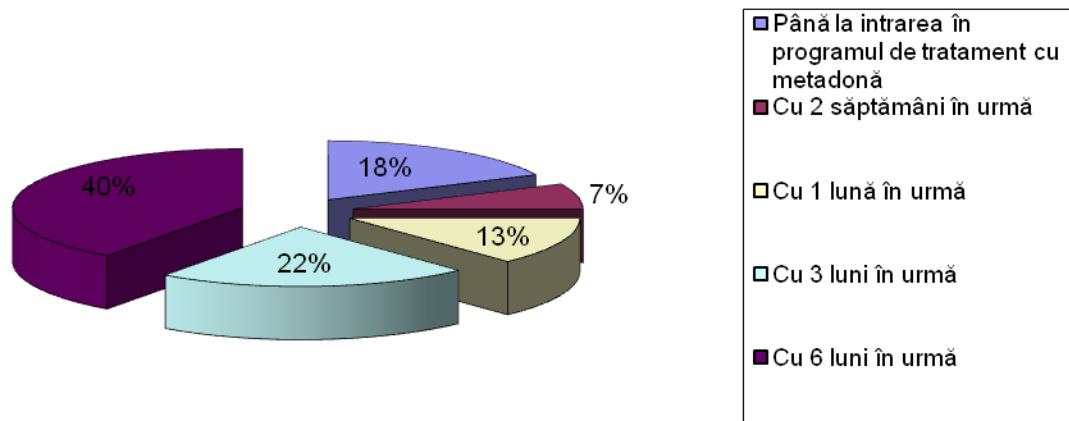
80% dintre pacienți au fost testați la TB (Figura 31), 60% fiind testați în perioada celor 6 luni anterioare.

Figura 32. „Am fost testat la TB”

Am fost testat la TBC



Când ați fost ultima dată testat?



68% dintre pacienți au afirmat că au fost testați la ITS în perioada ultimelor 6 luni, 91% au făcut analiza de sânge obișnuită, iar 84% – analiza de urină obișnuită. 84% dintre pacienți au fost verificați dacă consumă substanțe psihoactive pe baza testului de urină.

75% dintre pacienți au fost consultați de către un medic internist (Figura 32). 49% dintre pacienți consideră că n-au avut nevoie de această consultație (Figura 33). În cele din urmă, 81,2% dintre persoanele care credeau că au nevoie de consultație au fost consultați. Totuși, 70,9% dintre pacienții care considerau că n-au nevoie de consultație au fost consultați. Pacienții au justificat astfel necesitatea consultării unui medic: „starea fizică precară”, „maladie cronică, astmă”, „probleme cardiace” etc.

Figura 32. „Ați fost consultat de medicul internist?”

Ați fost consultat de medicul internist?

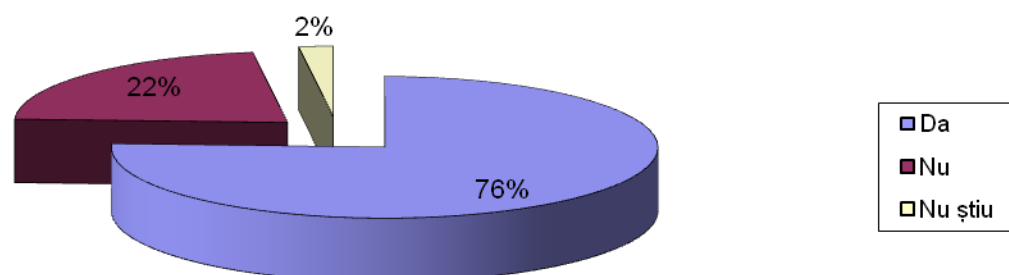
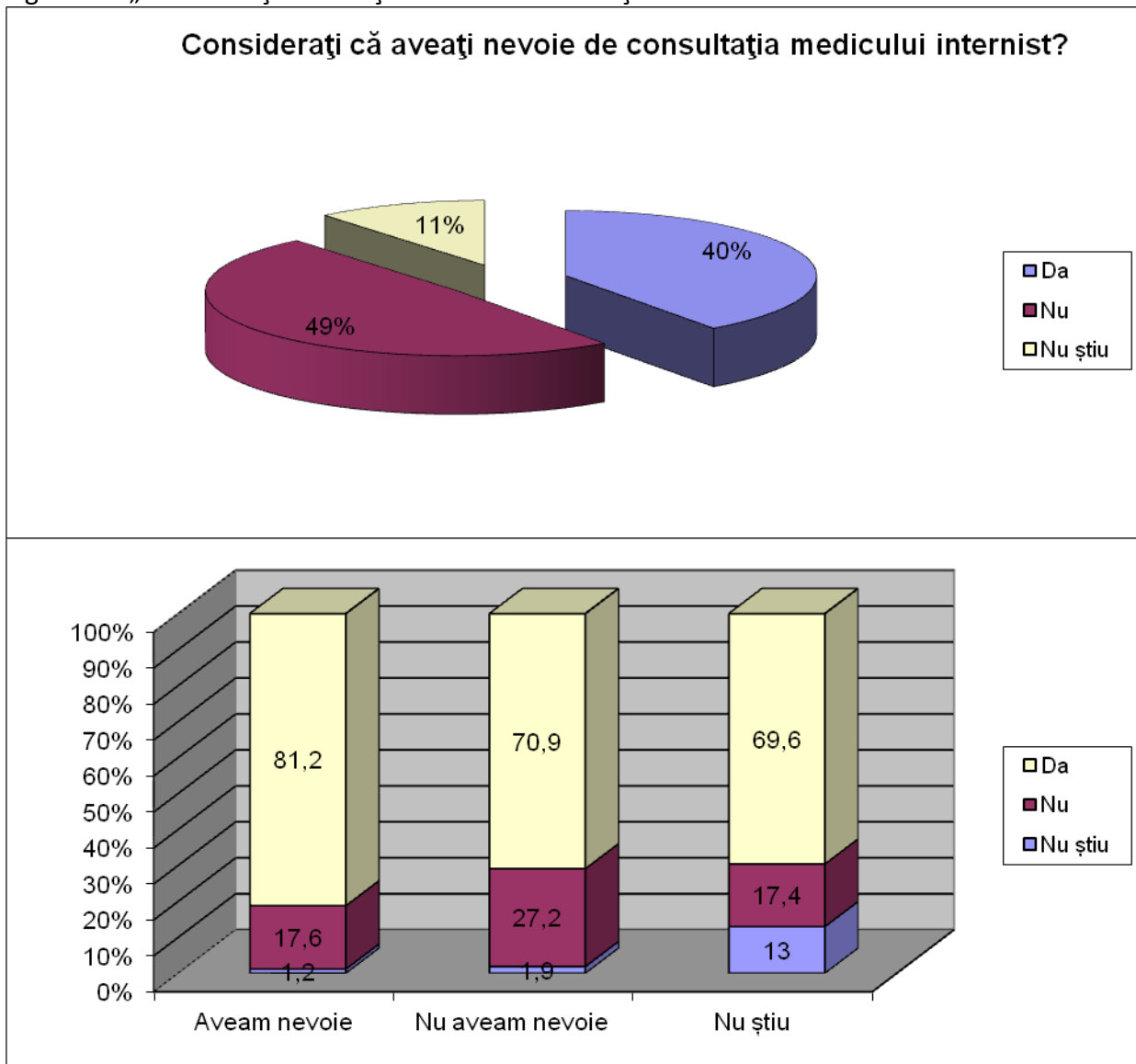
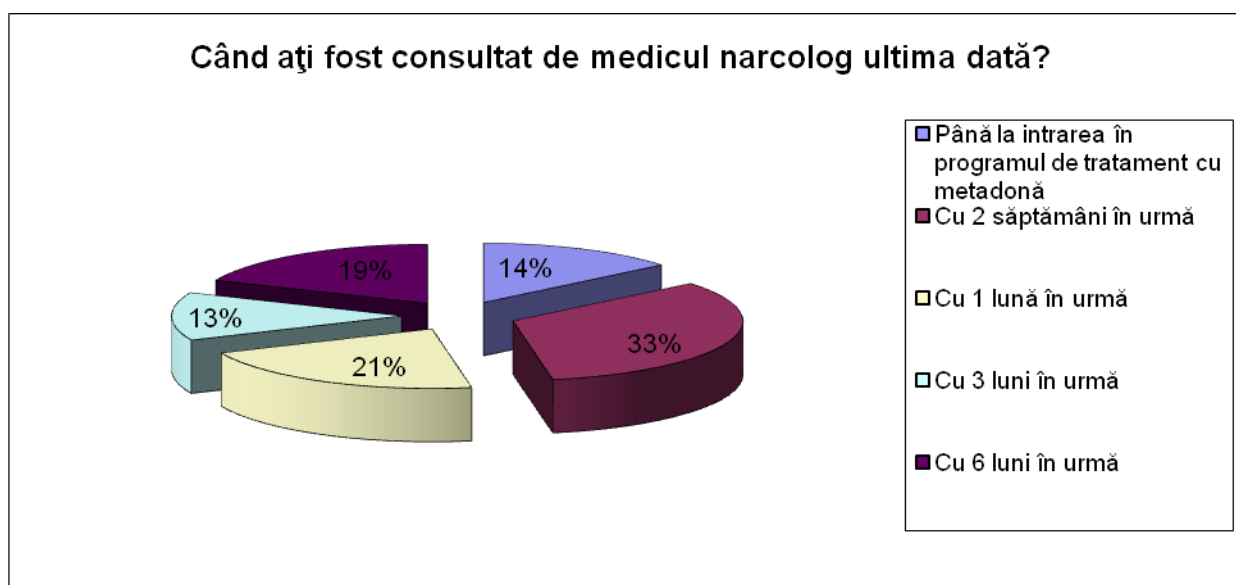
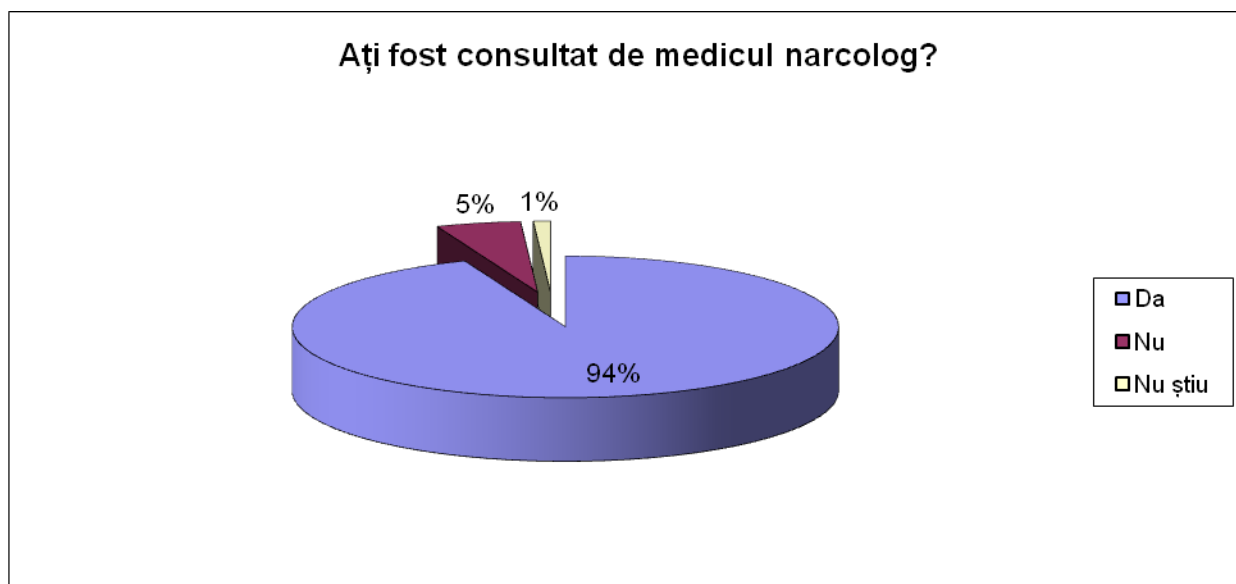


Figura 33. „Considerați că aveți nevoie de consultația medicului internist?”



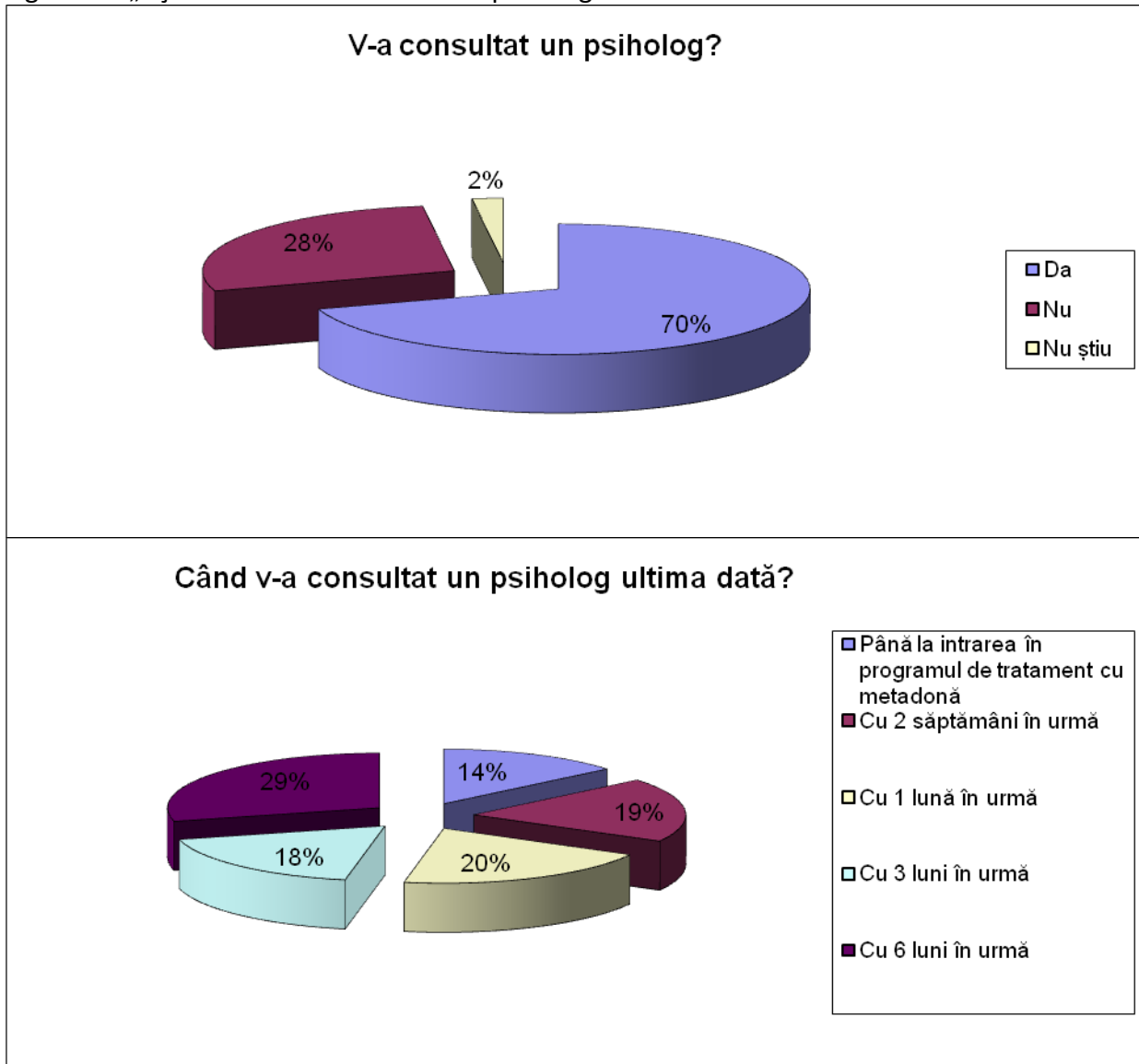
94% dintre pacienții TSO au indicat că au fost consultați de medicul psihiatru-narcolog (Figura 34). 18,59% au menționat că ultima dată au fost consultați de către medicul psihiatru-narcolog cu 6 luni în urmă, iar 13,07% – cu 3 luni în urmă. Pacienții au justificat necesitatea consultării unui medic psihiatru (narcolog) din următoarele considerente: „traume psihologice”, „să înțeleg mai bine ce înseamnă tratamentul cu metadonă”, „am intenționat să finalizez TSO”, „din cauza întrebărilor asociate cu metadonă”, „din motive de profilaxie” etc.

Figura 34. „Ați fost consultat de medicul psihiatru (narcolog)?”



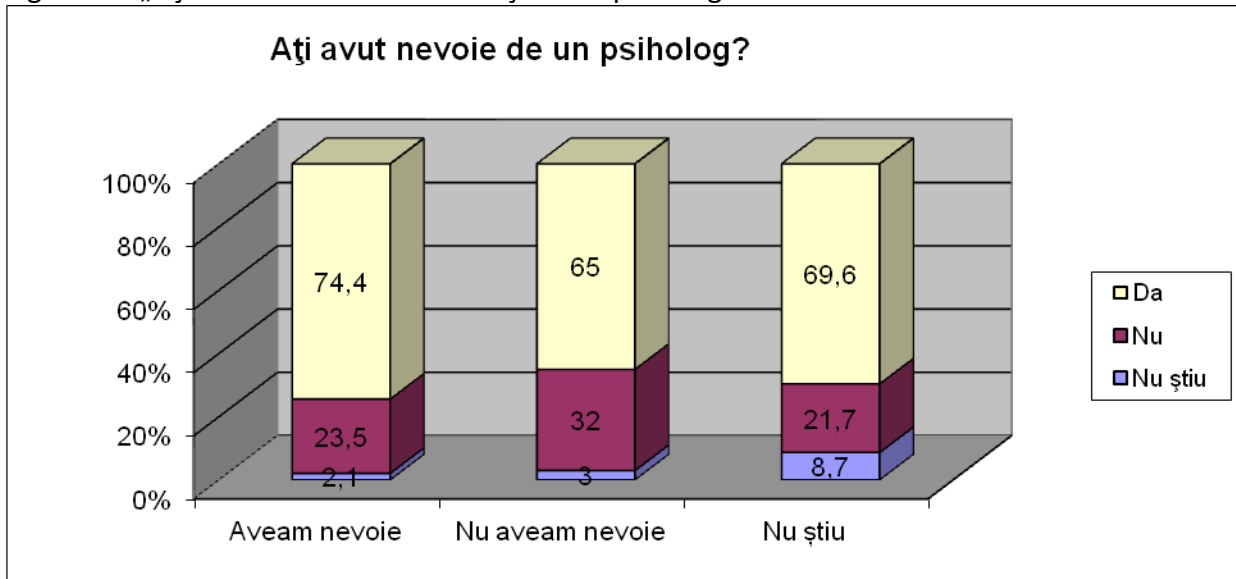
70% dintre pacienții TSO au menționat faptul că au fost consultați de psiholog (Figura 35). 29% dintre pacienții consultați de psiholog au fost consultați cu 6 luni în urmă. Pacienții au justificat necesitatea consultării unui medic psiholog cu următoarele motive: „*mental mă simt rău*”, „*din cauza situației de stres*”, „*mă simt rău după decesul părinților*”, „*din cauza psihozei și paranoiei*”, „*din cauza depresiei*” etc.

Figura 35. „Ați fost consultat de medicul psiholog?”



Doar 35% dintre pacienții TSO au menționat că aveau nevoie de consultația unui psiholog, 50% au indicat că n-au avut nevoie, iar 15% nu erau siguri în privința necesității consultației. Din acei care au avut nevoie, 74,4% au fost consultați de un psiholog; 65% din pacienții care n-au avut nevoie de consultație au fost, totuși, consultați (Figura 36).

Figura 36. „Ați avut nevoie de consultația unui psiholog?”



71% dintre pacienți au fost consultați de un angajat al unui ONG. 58% dintre aceștia au fost consultați în decursul ultimei luni (Figura 37).

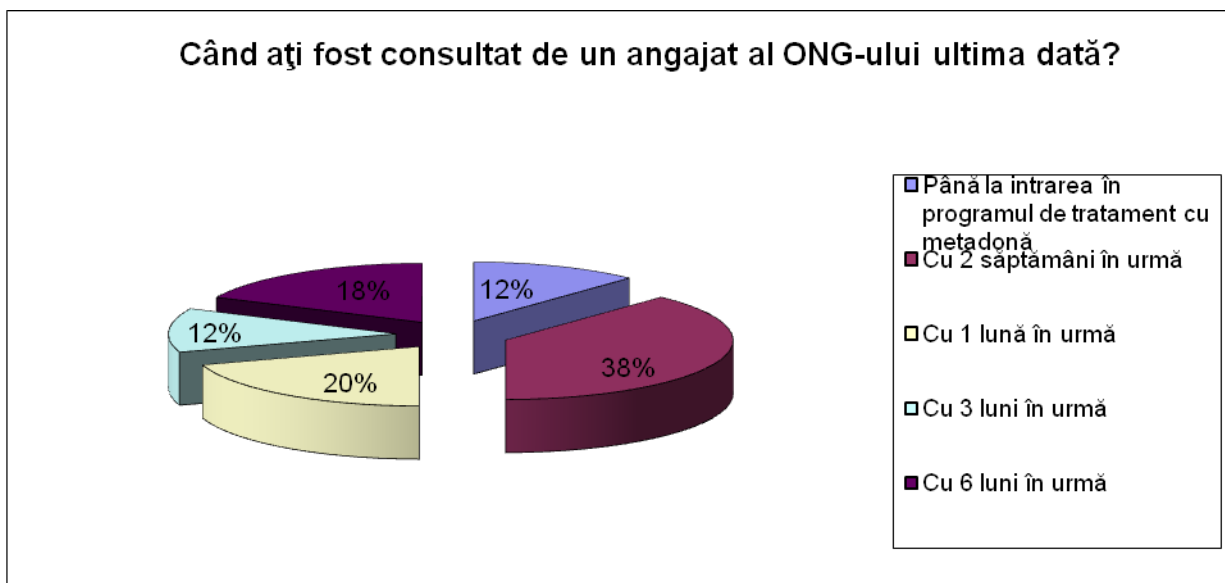
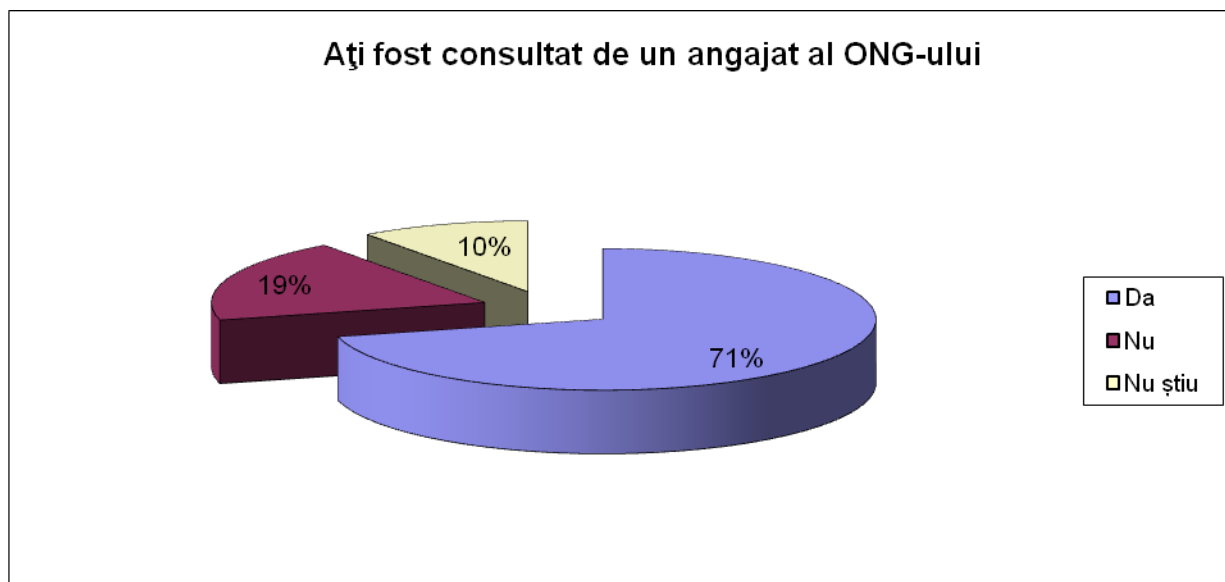
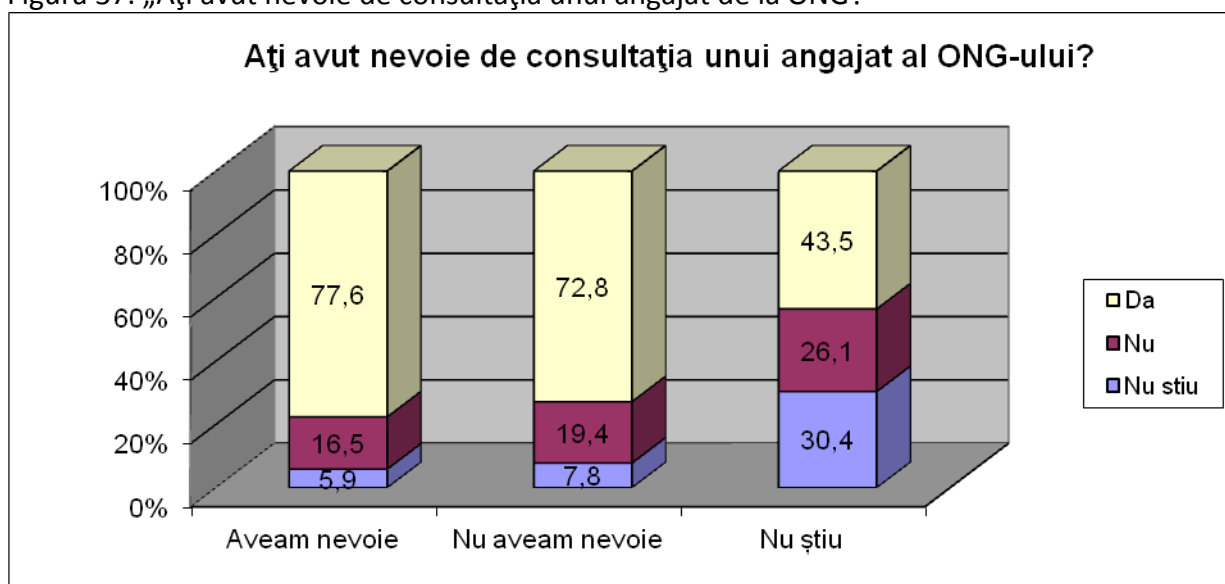


Figura 37. „Ați fost consultat de un angajat al ONG-ului?”



77,6% dintre pacienții care au dorit să fie consultați de un lucrător de la ONG au fost consultați; concomitent, 72,8% dintre acei care n-au dorit să fie consultați, totuși, au fost consultați (Figura 38). Pentru a justifica necesitatea contactării angajaților ONG-ului, respondenții au invocat diverse motive: „comunicare”, „probleme financiare”, „probleme personale”, „ei ar putea să mă înțeleagă”, „interesant”, „probleme legale”, „pentru autoajutorare”, „vroiam să aflu opinia lor”, „mă simt la ei ca acasă”, „vroiam să mă ajute să găsesc un centru de reabilitare” etc.

Figura 37. „Ați avut nevoie de consultația unui angajat de la ONG?”



61,8% dintre pacienții TSO au menționat faptul că zilnic suportă cheltuieli de transport pentru a ajunge la centrul TSO, 13,7% au indicat că au suportat cheltuieli pentru medicamentele suplimentare. 1,4% au afirmat că au plătit sau le-au făcut cadouri personalului din programul TSO.

În rezumat, pacienții au o atitudine pozitivă în raport cu TSO în calitate de tratament. Majoritatea pacienților au o atitudine binevoitoare față de personal și față de activitatea pe care aceștia o îndeplinesc. O mare parte dintre pacienți au fost consultați de medicul narcolog, medicul internist; au fost testați la HIV, TB și ITS. Cu toate acestea, în circa 1/3 de cazuri personalul și pacienții au înțeles diferit scopul și obiectivele tratamentului. Comunicarea dintre personal și pacienți și eforturile depuse n-au fost suficiente pentru a crea o „alianță terapeutică”. Această alianță este importantă pentru tratamentul tuturor maladiilor cronice, inclusiv a dependenței. Pacienții au fost consultați chiar și în cazurile în care le considerau inutile, de exemplu, consultația medicului internist sau psiholog. Programul de lucru al centrelor TSO și amplasarea lor geografică nu întotdeauna a fost agreată de pacienții. Datele indică potențialul TSO de a spori calitatea serviciilor prestate prin planificarea individuală a tratamentului și prin ajustarea tratamentului în funcție de necesitățile pacientului. Unul din rezultate ar fi utilizarea mai eficientă a resurselor umane și financiare la centrele TSO.

Prestarea serviciilor la centrele TSO din comunitate (studiu calitativ)

Programul TSO actual este oferit în conformitate cu ordinile nr. 29 și nr. 30 ale Ministerului Sănătății din 18 iulie 2007. Către anul 2012, TSO era acordată de Centrul Republican de Narcologie din Chișinău (două unități) și Spitalul Clinic Municipal din Bălți. În perioada efectuării vizitei, în cadrul DRN din Chișinău, erau luați la evidență 201 pacienți. Numărul cumulativ de pacienți din 2004 până la 20 noiembrie 2012 a constituit 1 047 de persoane (dintre care 128 de femei), 556 – DRN Chișinău, 200 – la Bălți și 291 – în instituțiile penitenciare.¹²

Ghiduri clinice. Administrația DRN, medicii din Chișinău și Bălți au menționat faptul că și-au organizat activitatea în programul TSO în conformitate cu Protocolul clinic național pentru tratamentul dependenței de opiacee, disponibil din anul 2008¹³ și tipărit în anul 2011.

Protocolul clinic național pentru dependența opioidă nu este integral în conformitate cu „*Ghidul pentru tratamentul farmacologic al dependenței de substanțe opioide asistat psihosocial, 2009*”¹⁴ al OMS. Ghidul OMS, elaborat pe baza unor evaluări riguroase ale datelor științifice și opiniei experților, a oferit recomandări bine definite pentru TSO la nivel de sistem național de ocrotire a sănătății, ghid clinic național la nivelul programului de tratament și la nivel de pacient. Protocolul clinic național actual nu corespunde Ghidului OMS în ceea ce privește dozele inițiale recomandate de metadonă și recomandarea de eliberare a metadonei pentru administrare la domiciliu în caz de remisiune stabilă. Recomandările clinice importante cu privire la dozele efective de întreținere, durata tratamentului, recomandări pentru tratamentul unor categorii speciale de pacienți (femei însărcinate și cele care alăptează, adolescenți, pacienți cu factori/tulburări de comorbiditate și consum de mai multe substanțe, integrarea TSO cu serviciile de maladii infecțioase, inclusiv testarea și gestionarea (HIV, VHC, TB) n-au fost dezvoltate suficient pentru utilizarea în practica cotidiană.

Atât la DRN, cât și la Spitalul Clinic Municipal din Bălți consultantul n-a reușit să identifice nici un document intern (în formă scrisă) de politici sau de procedură TSO, care să descrie detaliat procesul de instituire a TSO, fișa de post a medicului, asistentei medicale sau a altui personal, care să clarifice limitele funcțiilor acestora în programul TSO. Consultantul n-a reușit să identifice nici un document (în formă scrisă) de la Ministerul Sănătății sau de la o instituție medico-sanitară care să cuprindă „cerințele minime” pentru TSO, specificând specialiștii-cheie pentru TSO, efectivul de cadre, numărul minim de consultații specializate pe lună, tipul și numărul de examinări obligatorii ale pacienților TSO (de exemplu, la HIV, TB, VHC, ITS, analiza de sânge și de urină etc.).

¹² Prezentarea dnei L. Andreeva la DRN, 20 noiembrie 2012.

¹³ Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee, Ministerul Sănătății, Chișinău, 2008.

¹⁴ Guidelines for psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, WHO, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf

Servicii. La DRN medicii sunt responsabili pentru gestionarea pacienților. Nu există standarde interne referitoare la volumul de lucru al unui medic-narcolog.¹⁵ La DRN un medic deservește 130 de pacienți, iar altul – 71 (numărul total de pacienți fiind de 201). Narcologii nu au asistente care să-i ajute cu gestionarea și monitorizarea pacienților, direcționarea acestora și completarea fișelor medicale. Programul de eliberare a metadonei la DRN, unitatea principală, este de la ora 8:00 până la ora 11:00 dimineața în zilele lucrătoare, deși asistentele medicale care au participat la discuțiile FG au menționat că metadoda se eliberează până la ora 14.00.

În cadrul Spitalului Municipal din Bălți, 2 medici deserveșc împreună circa 70 de pacienți. Orele de lucru la Bălți sunt de la 8:00 până la 11:00. Împreună cu TSO, medicii mai au de îndeplinit și alte activități. Deocamdată, TSO este considerată o „activitate peste program” pe baza proiectului Fondului Global, fiind remunerat adițional alături de funcțiile de „bază” și „sistematice”. Funcția principală a asistentelor medicale este de a elibera metadonă și a duce evidența cantităților de metadonă.

La Bălți perioada de eliberare a metadonei (de la ora 8:00 până la ora 11:00) este considerată de către participanții în discuțiile FG a fi prea scurtă.¹⁶ Această perioadă interferează cu activitatea de muncă a pacienților, fiind prea devreme pentru unii pacienți care sunt nevoiți să parcurgă zilnic 20-30 km din localitățile vecine. La Bălți încăperea unității este foarte mică. În perioada stabilită pentru eliberarea metadonei, agenții de poliție aduceau persoane arestate pentru examinare medicală și verificarea urinei pentru a depista dacă persoana a consumat droguri. În decursul discuțiilor FG, pacienții au menționat că agenții de poliție i-au interogat pe pacienții din program care așteptau să li se elibereze medicamentul, i-au percheziționat pentru a depista dacă aceștia posedă droguri. Pacienții nu se simțeau în siguranță la unitatea TSO din Bălți, confidențialitatea lor fiind amenințată. Pacienții au menționat în discuțiile FG interferența agenților de poliție ca un factor care descurajează unii CDI să adere la programul TSO sau încurajează sistarea TSO.¹⁷

La ambele unități medicii au afirmat că n-au avut sprijin din partea altor angajați în vederea efectuării unei evaluări continue a stării medicale, sociale și psihologice a pacientului, elaborării planurilor de tratament și punerii în aplicare a acestor planuri. ONG-urile prestau servicii în alte locații, coordonarea acestora fiind modestă.

Calitatea serviciilor TSO. Consultantul **n-a reușit** să identifice sistemul instituțional intern de control al calității. Potrivit celor menționate anterior, lipsesc documentele *interne (în formă scrisă) de politici sau de procedură vizând cerințele minime cu privire la TSO*. Pe baza datelor disponibile se poate conchide că înrolarea în program este relativ facilă. Pacientul urmează a fi diagnosticat ca dependent de opioide și inclus în registrul național pentru pacienții dependenți de droguri. La fel, pacientul semnează un acord informat despre înrolarea în programul TSO și i se poate elibera metadonă în aceeași zi. Totuși, unele date din analiza calitativă indică faptul că din cauza volumului mare de lucru, pacienții nu reușesc

¹⁵ Comunicare la reuniunea de la DRN (20 noiembrie 2012).

¹⁶ Discuție FG cu pacienți OST la Bălți (31 octombrie 2012).

¹⁷ Discuție FG cu pacienți OST la Bălți (31 octombrie 2012).

să obțină de la medici informații detaliate despre spectrul de servicii disponibile, inclusiv TSO în calitate de tratament, fiind menționate beneficiile și limitările. În cadrul discuțiilor FG¹⁸ au fost citate cazuri în care în programul TSO au fost incluși pacienți străini (care nu erau dependenți activi de opioide).

În cadrul discuțiilor FG pacienții actuali, în general, au apreciat pozitiv activitatea lucrătorilor medicali, metoda lor de abordare profesionistă și pozitivă în raport cu pacienții. Cu toate acestea, doza medie la DRN din Chișinău era de 49.3 mg în 2010, 52.3 mg în 2011 și 57.8 mg în 2012.¹⁹ Doza medie de metadonă a fost mai mică decât 60 mg – doza medie minimă recomandată de OMS și, de asemenea, măsura calității TSO stabilită de Ghidul OMS/UNODC/UNAIDS (2009)²⁰. 40% dintre pacienții TSO din DRN au primit zilnic o doză de 40 mg de metadonă sau mai puțin.²¹ În diverse discuții FG unul din factorii menționați a fost dorința pacienților de a reduce doza și de a ieși din TSO cât mai curând. Pacienții care doreau să nu fie atât de atașați de instituția de tratament nu aveau la dispoziție altă opțiune decât să reducă doza și să sisteze TSO. Mulți dintre pacienți au reluat tratamentul după o perioadă de întrerupere. Prin urmare, fluctuația pacienților în cadrul TSO este mare.

Discuțiile FG cu participarea pacienților TSO „dificili”²² denotă faptul că metodele de dozare a metadonei în diferite centre este diferită. La DRN, locația de bază, pacienții au susținut că a fost facil de majorat doza de metadonă cu 10 mg după o discuție cu medicul. La centrul TSO de pe strada Grenoble este mai complicat de făcut acest lucru, fiind nevoie de eforturi mai mari din partea pacienților. La Bălți, pacienților li s-a permis să aleagă singuri doza, iar medicii, de regulă, au acceptat. Potrivit celor indicate de participanți, era puțin probabilă să fie acceptată solicitarea de a majora doza cu 10-15 mg pentru o zi în cazul în care pacientul planificase să nu vină a doua zi și să „supraviețuiască” fără metadonă în ziua respectivă.

Pacienții din aceeași discuție FG au criticat faptul că narcologii locali prezenți fizic în diverse locații nu pot să elibereze metadonă. Astfel, pacienții sunt nevoiți să parcurgă zilnic o distanță de 20-30 km până la Bălți.

Același grup a menționat faptul că 40% dintre pacienții TSO consumă alte droguri psihoactive, motivul invocat fiind următorul: „Consum și alte droguri pentru că nu vreau să majorez doza de metadonă” sau „....nu pot dormi” etc.

Potrivit celor relatate de medic, în ultimii doi ani, din motive financiare, la DRN analiza urinei nu se face în permanență.

¹⁸ Transcripția discuțiilor FG cu foști pacienți TSO.

¹⁹ Prezentarea „Evoluția TSO în Moldova: probleme și realizări”, 20 noiembrie 2012, L. Andreeva.

²⁰ WHO/UNODC/UNAIDS. 2009. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Accesat pe 11 decembrie 2009 la: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf

²¹ Comunicare personală realizată de L. Andreeva.

²² Discuție FG cu pacienți OST „dificili”, 31 octombrie 2012.

Atitudinea lucrătorilor medicali față de TSO. Discuțiile FG cu participarea asistentelor medicale au indicat faptul că acestea conștientizează seriozitatea dependenței de opioide, clasificând-o drept maladie, și consideră că TSO, în general, este efectivă. În majoritatea cazurilor, asistentele medicale au remarcat îmbunătățirea considerabilă a stării pacienților peste o lună de tratament²³, menționând că pacienții peste o lună și-au schimbat comportamentul, fiind mai pozitivi, aspectul lor fizic (îmbrăcămintea) fiind, la fel, schimbat spre bine. Asistentele medicale au admis că una dintre probleme este consumul concomitent al altor substanțe psihoactive. Afirmatia în cauză s-a bazat pe aspectul pacienților, dar și pe analiza urinei. Unele asistente medicale au menționat că circa 70% dintre pacienți consumă și alte droguri, însă consumul nu este sistematic. Principalele motive ale consumului concomitent, după părerea lor, sunt următoarele: lipsa unui loc de muncă, mediul (foști prieteni, consumatori de droguri, care nu sunt înrolați în tratament), unii din ei doresc să aibă senzația de „euforie” din când în când, însă metadona nu le oferă această senzație. Cel mai frecvent sunt consumate difenilhidramina (Dimedrol), diazepam și clonazepam (sedative). Consumul concomitent a fost identificat drept principalul factor negativ al TSO. Printre soluțiile posibile, asistentele medicale au menționat consolidarea (pozitivă și negativă) a comportamentului, „factorul uman” și sprijinul social.

Asistentele medicale au menționat că „ puțini”, doar „3-4%” au încetat să consume heroina datorită detoxifierii. Cu toate acestea, ele consideră că TSO previne infecțiile cu HIV și VHC, infecțiile țesuturilor, flebita, gangrenele, ajută la integrarea persoanelor în societate. Asistentele medicale au menționat că au nevoie de liniște: uneori unii pacienți folosesc limbaj obscen și sunt agresivi.

În timpul discuțiilor FG, unele dintre asistentele medicale au menționat că n-au remarcat reacții adverse la metadonă. Altele n-au fost atât de sigure, invocând informația pe care au citit-o despre impactul negativ al metadonei asupra ficatului. Interviuurile similare cu medicii TSO au indicat conștientizarea seriozității maladii, necesitățile de îngrijire medicală extensivă și psihosocială pe care le au pacienții și resursele limitate.²⁴

În timp ce unii membri ai personalului au o atitudine față de dependență ca un tratament de durată a unei maladii cronice, alții sunt orientați mai mult spre abținere. Unii membri ai personalului consideră că, de fapt, calitatea programului poate fi îmbunătățită prin măsuri mai stricte de disciplinare a pacienților, eliminând din program pacienții care nu respectă sfatul medicului și care consumă concomitent substanțe psihoactive.²⁵

Discuțiile FG cu foști și actuali pacienți TSO au indicat faptul că destul de frecvent informația negativă despre TSO este transmisă de la alți medici, chiar și de la narcologi, care nu sunt implicați în TSO.²⁶ În

²³ Discuție FG cu asistente medicale.

²⁴ Interviu exhaustiv cu un medic-terapeut de la DRN.

²⁵ Interviu exhaustiv cu un psiholog (8 noiembrie 2012).

²⁶ Discuții FG cu pacienți OST, 6 noiembrie 2012.

timpul discuțiilor FG a fost citată afirmația unui narcolog: „doza de metadonă până la 25-30 mg este medicament. Într-o doză mai mare metadona este tot medicament, însă cu unele efecte de toxicitate”.²⁷

În discuțiile FG cu pacienții „dificili” înrolați în programul TSO un participant a declarat că un narcolog i-ar fi spus: „Noi avem metadonă. Dacă dumneata dorești – poftim. Însă opinia mea profesională este că nu se merită s-o încerci, deoarece este cel mai oribil lucru”.²⁸ În cadrul aceluiași discuții FG a fost relevat faptul că pacienții nu știu de ce în unele cazuri era necesară o doză mai mare (100-150 mg) de metadonă. Evident, lucrătorii medicali nu le-au oferit informații suficiente despre avantajele unor doze mai mari.

Atitudinea pacienților actuali față de TSO. Discuțiile FG cu pacienții au relevat, în general, atitudinea lor pozitivă în raport cu TSO. Unii dintre pacienți sunt înrolați în programul TSO de 5-7 ani, fiind apti să identifice principalele avantaje ale programului: starea mai bună a sănătății, reducerea activităților criminale, stabilitate generală mai avansată, posibilitatea de a lucra, de a gândi clar, reducerea necesității de injectare obligatorie a medicamentelor.²⁹ Una din problemele majore o reprezintă reglementările care nu permit, chiar și unui pacient stabilizat, să i se elibereze metadonă pentru administrare la domiciliu. Această normă regulatorie interferează considerabil cu activitățile normale de viață ale pacienților, cum ar fi serviciul și odihna. Necesitatea de a se deplasa zilnic a fost menționată drept un factor important, care sporește cheltuielile și consumă timpul. Cu toate acestea, unii participanți și-au evaluat real dependența ca pe o maladie cronică și necesitatea de tratament îndelungat cu metadonă. Unii dintre ei nu mai visau să „termine TSO și să emigreze în Germania sau Canada în viitorul apropiat”, așa cum făceau mulți dintre pacienții TSO. Unii dintre participanți au menționat faptul că sprijinul psihosocial a constituit o componentă esențială împreună cu TSO, iar introducerea „sistemului de privilegii” în schimbul modificărilor pozitive în comportament a fost importantă. Acest sprijin a fost acordat de ONG-uri, însă geografic acestea erau amplasate într-o locație îndepărtată. Mulți dintre pacienții TSO se „rătăceau” în drum spre ONG-uri. Consumul concomitent de substanțe psihoactive este atribuit de către pacienți modelelor anterioare de comportament, care sunt dificil de schimbat pentru mulți pacienți. Majoritatea pacienților TSO care au participat la FG ar recomanda acest tratament prietenilor lor.

Atitudinea față de TSO a CDI care, deși eligibili pentru TSO, nu s-au înrolat în programul de tratament. În cadrul discuțiilor FG³⁰ au fost menționate următoarele motive principale de a nu se înrola în TSO:

- TSO este o metodă de control a CDI. Agenții de poliție pot facil identifica orice CDI înrolat în programe de tratament („ei pot ține sub control orice”);

²⁷ Discuții FG cu pacienți OST, 6 noiembrie 2012.

²⁸ Discuții FG cu pacienți „dificili”, 31 octombrie 2012.

²⁹ Discuție FG cu pacienți OST, 6 noiembrie 2012.

³⁰ Discuție FG cu CDI, care erau eligibili pentru OST însă nu s-au înrolat în programul de tratament.

- TSO este nociv pentru sănătate („peste 3 ani o persoană devine putredă înăuntru – completamente”; „metadonă este un stupefiant gratuit”; „metadonă a fost special proiectată de administrație ca să-i anihileze pe consumatorii de droguri”);
- „Sub presiunea medicilor, metadona a fost eliberată în doze mari (100, 200 mg) în loc dozele să fie reduse treptat”;
- „TSO este o capcană de prins consumatorii de droguri în situație dificilă”;
- „Restul lumii a refuzat să consume metadonă”.

Unul dintre miturile dominante nocive care a fost descoperit se referă la încrederea că reducerea treptată a dozei de metadonă odată cu majorarea consumului de alte substanțe psihoactive (majoritatea din ele fiind sedative) ar fi o cale „efectivă” de detoxifiere de opioidele de pe stradă. Întrucât CDI activi nu percep pozitiv TSO, majoritatea acestora au preferat să continue consumul de droguri injectabile sau ciclul de „detoxifiere-recădere” în loc de tratament continuu și reintegrare socială.

Coordonarea cu alte servicii medicale. Nu există nici un document legal sau acorduri reciproce în formă scrisă între instituțiile medico-sanitare din Chișinău și Bălți referitoare la modul de continuare a TSO pentru pacienții care au fost internați în staționar din cauza TB, infecției cu HIV sau a altor maladii somatice și mentale. Deciziile au fost luate „în funcție de caz”. Lucrătorii medicali de la centrele TSO poartă răspundere pentru metadonă consumată de către pacientul internat. Lucrătorii medicali (medicii, asistentele medicale) au transportat metadonă în diverse modalități, luând adesea metadona acasă și livrând-o pacienților la spital a doua zi. Nu există reglementări care ar permite ca doza de metadonă pentru câteva zile să fie lăsată la spital unde să fie eliberată de lucrătorii medicali responsabili. Consultantul n-a reușit să identifice nici un acord în formă scrisă sau protocol despre modul în care HIV, TB și VHC ar trebui luate sub control (testate, diagnosticate și tratate) în coordonare cu TSO.

Coordonarea TSO cu agenții de poliție. În cazul în care un pacient TSO a fost pentru scurt timp reținut de poliție, în urma notificării, pacientul era adus la centrul TSO de către agenții de poliție sau lucrătorii medicali aduceau metadona pacientului pentru consum supravegheat. Nu există reglementări care să descrie procedura nici din partea MAI, nici din partea MS.³¹ Reprezentanții agenților de poliție au declarat că și continuarea TSO în regim de arest preventiv nu este problematică. Cu toate acestea, reprezentanții ONG-urilor și profesioniștii implicați au remarcat faptul că nu întotdeauna continuarea tratamentului în asemenea situații a decurs fără probleme.

Discuțiile FG cu foști pacienți³² la Bălți au indicat faptul că agenții de poliție interveneau în procesul de tratament al dependenței de droguri. Pacienții care așteptau să li se elibereze medicamentul sau fiind chiar în cabinetul medicului erau uneori interogați și percheziționați de agenții de poliție pentru

³¹ Întrevedere la Ministerul Afacerilor Interne, 21 noiembrie 2012.

³² Discuții FG cu foști pacienți TSO, 7 noiembrie 2012.

posesie de droguri cu acordul medicilor. Confidențialitatea pacienților a fost grav compromisă. Există indicii că agenții de poliție, în general, au o atitudine pozitivă față de TSO ca un factor ce poate reduce potențial criminalitatea. Concomitent, aceștia sunt îngrijorați de faptul că unii pacienți TSO continuă să consume alte droguri psihoactive (de exemplu, sedative). Ei consideră că ține de obligația lor să continue reprimarea oricărui consum ilegal de droguri, chiar și atunci când pacienții s-au înrolat în tratament.³³

Coordonarea serviciilor de terapie cu ONG-urile. Toți pacienții din cadrul DRN și Spitalul Clinic Municipal din Bălți au fost informați în formă scrisă de către medicii TSO despre sprijinul psihosocial oferit de ONG-ul „Viața Nouă” din Chișinău și „Tinerii pentru Dreptul la Viață” din Bălți. Lucrătorii outreach de la ONG-uri vin sistematic la DRN și Spitalul Clinic Municipal din Bălți pentru a lua contact cu pacienții TSO și alți CDI și a-i invita să beneficieze de serviciile pe care ei le prestează.

Nu există nici un protocol sau acord în formă scrisă despre modul în care a fost asigurată cooperarea în procesul de coordonare a terapiei pentru pacienții TSO. Nu este clar modul în care datele despre pacienții TSO au fost partajate între instituțiile medico-sanitare și ONG-uri. TSO din instituțiile medico-sanitare și sprijinul psihosocial oferit pacientului de ONG-uri se efectua în paralel fără a fi coordonat. Astfel, n-a fost asigurată integral metoda de abordare multidisciplinară.

Coordonarea terapiei cu instituții penitenciare. Pacienții TSO eliberați din detenție pot să continue TSO la Chișinău și Bălți după un apel telefonic efectuat de personalul IP și trimiterea în adresa centrului TSO a unui document aprobat din partea IP. În cazul în care pacientul TSO din penitenciar urma să fie eliberat într-o localitate unde nu există TSO, pacienții recurg la reducerea dozei și finalizarea tratamentului la penitenciar, fiind eliberat din detenție cu un risc sporit de recidivare și supradoză de opioide. Lucrătorii medicali au raportat cazuri de supradoze de heroină cu efect letal printre pacienții care au încheiat tratamentul în penitenciare. Regretabil, majoritatea narcologilor din localitățile în care nu este disponibil TSO au o atitudine negativă față de acest tratament, pe care o comunică pacienților/deținuților.³⁴

³³ Întrevedere cu agenți de poliție de la Comisariatul de poliție din Bălți, 22 noiembrie 2012.

³⁴ Interviu exhaustiv cu un lucrător medical de la Departamentul Instituției Penitenciare.

Acordarea de servicii psihologice pacienților TSO

În cadrul proiectului Fondului Global, din anul 2010, activează două centre regionale ONG (la Chișinău și Bălți) care acordă asistență psihosocială pacienților TSO. La Chișinău asistența psihosocială este oferită pacienților TSO de către ONG-ul „Viața nouă”. Creat prin anul 2000 ca un grup de auto-finanțare reciprocă al consumatorilor de droguri, a fost înregistrat în calitate de ONG în anul 2004. Majoritatea activităților se bazează în continuare pe experiența proprie de autoajutorare. Împreună cu activitățile desfășurate la biroul din Chișinău, „Viața Nouă” desfășoară un program de tratament psihosocial rezidențial de 9 luni într-un centru de reabilitare pentru 20 consumatori de droguri, amplasat în zona rurală.

ONG-ul „Tinerii pentru Dreptul la Viață” este activ la Bălți din 1997 și prestează servicii categoriilor vulnerabile. Membrii ONG-ului au acumulat o experiență vastă în ceea ce privește intervenția pentru reducerea noxelor, consilierea profesionistă etc.

Grupurile-țintă ale serviciilor. Ambele ONG-uri au fost desemnate de PAS să asigure asistență psihosocială pacienților TSO. De regulă, pacienții TSO sunt contactați de lucrătorii outreach ai ONG-ului în proximitatea centrelor TSO. Întrucât în incinta instituțiilor medico-sanitare nu există spațiu prevăzut pentru angajații ONG-urilor, lucrătorii outreach ai ONG-ului îi contactează pe pacienții TSO în curtea sau pe coridoarele instituțiilor medico-sanitare. Prin intermediul acestei activități de informare, pacienții TSO au fost invitați să viziteze centrele comunitare ale ONG-urilor și să discute cu un specialist sau cu un lucrător outreach. În procesul de consultație, specialiștii (lucrătorii sociali) sau lucrătorii outreach de la ONG au evaluat necesitățile psihosociale și medicale ale beneficiarului. În cadrul ONG-ului „Tinerii pentru Dreptul la Viață”, un lucrător social și-a asumat responsabilitatea pentru *managementul cazului* beneficiarului. De regulă, este elaborat un plan de sprijin social și obiectivele prioritare pentru o perioadă de 3 luni care sunt negociate și agreeate de către lucrătorul social cu beneficiarul. Planul de sprijin social este semnat de beneficiar și de specialist și este implementat cu sprijinul lucrătorilor outreach sub supravegherea și coordonarea lucrătorului social. Implementarea planului de sprijin social este monitorizată la fiecare 3 luni. Planurile de sprijin social pot include și diverse servicii medicale, inclusiv testarea la TB, HIV și VHC. Frecvent, pacienții sunt însoțiți de lucrătorii outreach la diverse instituții în vederea facilitării implementării planului nominalizat. Cu unele instituții medico-sanitare erau agreeate în prealabil „coridoare verzi”, dar fiind faptul că unii consumatori de droguri nu sunt în stare să aștepte la coadă. În plus, pentru pacienții TSO au fost organizate diferite grupuri educative și de autoajutorare (12 pași) în funcție de necesitățile lor.

Și ONG-ul „Viața Nouă” a implementat unele elemente din managementul de caz. Beneficiarilor nu li se atribuie un manager de caz permanent. Planurile de asistență socială nu sunt discutate și agreeate cu beneficiarii. Prioritățile, de regulă, sunt determinate de către angajații ONG-ului. În general, în cazul

ONG-ului „Viața Nouă”, procedurile și serviciile tind a fi mai puțin profesionale și mai puțin documentate. Organizația a angajat câțiva specialiști (un asistent social și un psiholog).

În biroul său, împreună serviciile prestate pacienților TSO, „Viața Nouă” asigură activități educaționale pentru diverse grupuri de beneficiari, de exemplu, femei, membrii familiei beneficiarilor dependenți, CDI activi etc. La fel, sunt disponibile și unele activități pentru orele de timp liber – Internet, mese de tenis etc. Datorită istoriei de formare a ONG-ului, „Viața Nouă” cuprinde o componentă solidă referitoare la filosofia și activitățile de autoajutorare bazate pe 12 pași ale organizației „Narcomanii Anonimi” (*Narcotics Anonymous*). O parte majoră din lucrul cu CDI activi a fost conștientizat pe măsură ce a fost implementat pasul al 12-lea, care include activități de sprijin consumatorilor activi de droguri să obțină abținerea de la droguri. În acest caz, consumul continuu de metadonă ar putea fi perceput ca un obstacol în atingerea scopului de a duce o viață fără droguri.

Atitudinea angajaților și voluntarilor ONG-urilor față de TSO. Un lucrător social³⁵ din Bălți a afirmat că eficacitatea individuală a TSO depinde într-o oarecare măsură de așteptările pe care le are pacientul de la tratament. În general, cel din urmă reduce dependența față de drogurile ilicite. Printre avantajele principale ale TSO un lucrător social a menționat posibilitatea de a evita comportamentul criminal și oportunitatea de a discuta despre problemele acute ale pacientului. Circa 55 de pacienți din 70 au beneficiat de un anumit sprijin social.

Un lucrător outreach³⁶ a indicat faptul că TSO, în general, este o metodă efektivă, deși în Moldova calitatea acesteia nu este cea scontată. Lucrătorul a relevat că medicii și alți specialiști ar trebui să-i explice pacientului care este scopul și principiile TSO, care sunt aspectele pozitive și negative înainte de a începe tratamentul. Fără de acest lucru, noii pacienții TSO sunt expuși influenței negative a „subculturii” din jurul centrului TSO, unde predomină consumul concomitent de droguri. Pacienții din TSO sunt diferiți, prin urmare, ar trebui să existe un sprijin psihosocial cuprinzător pentru a echilibra influența negativă a acestei „subculturi”. Ar trebui aplicate metode individuale de abordare, fiind încurajate schimbările pozitive de comportament, de exemplu, eliberând metadonă pentru administrare la domiciliu și oferind posibilitatea de a călători. Directorul ONG-ului a menționat³⁷ că primele 1-2 luni pentru pacienții TSO erau critice. Dânsul consideră că, dacă în această perioadă pacientul nu și-a început reintegrarea socială, atunci el începe să consume alte droguri psihoactive și devine dificil de reabilitat.

Au fost menționați 22 de pacienții TSO de la Chișinău care au finalizat tratamentul și duc o viață fără droguri.³⁸ Unii dintre ei au încheiat și programul de reabilitare administrat de ONG-ul „Viața Nouă”. Discuțiile FG cu foști pacienți TSO³⁹ indică o atitudine mixtă, uneori opusă și înțelegerea TSO și a

³⁵ Interviu exhaustiv cu un lucrător social, 5 noiembrie 2012.

³⁶ Interviu exhaustiv cu un lucrător outreach de la un ONG, 8 noiembrie 2012.

³⁷ Interviu exhaustiv cu Directorul ONG-ului.

³⁸ Întrevedere cu Lilia Fiodorova la DRN, 20 noiembrie 2012.

³⁹ Discuție FG cu foști pacienți TSO.

metadonei. Unii participanți la discuțiile FG erau convinși de faptul că TSO l-a făcut pe cineva să se simtă normal și a blocat efectele heroinei. Alții au afirmat insistent că metadona creează senzația de euforie. Unii foști pacienți au menționat că acesta a fost un tratament, alții – că a fost „o substituție a heroinei cu un drog sintetic”, care încetinește capacitatea pacientului de a gândi/de activitate, iar pacienții devin niște „legume”. Un participant a spus: „Majoritatea acestor persoane (pacienți care primesc metadonă) devin ca niște legume”, preponderent, din cauză că ei și-au pierdut scopul anterior de a fi în căutare de droguri, însă nu și-au identificat alte activități semnificative. La fel, au fost invocate și cazurile de consum concomitent de substanțe psihoactive. Unii participanți au indicat că este foarte dificil de plecat din program. Alții au afirmat că este ușor. Unii foști pacienți consideră TSO ca o ruptură de la consumul de droguri, care le-a permis să gândească și să adopte decizii importante referitoare la continuarea procesului de reabilitare. În același timp, unii au spus ferm că aderarea la TSO a fost „cea mai rea opțiune” și a constituit „o prăpastie” pentru orice consumator de droguri. Unii foști pacienți au menționat că TSO a fost un „serviciu 100%”, iar alții au spus că TSO este „un dezastru total”.

Unii foști pacienți TSO au criticat programul din cauza lipsei de sprijin psihosocial. „O persoană bea (metadona) și cu aceasta se încheie totul. El/ea este lăsat în pace/izolat”. „Ar trebui să existe un sprijin cuprinzător. Specialiștii trebuie să lucreze cu ei”, a constatat unul dintre participanți, promovând ideea de a include mai mult sprijin psihosocial în serviciile TSO.

Discuțiile din FG și interviurile individuale au sugerat faptul că unii foști consumatori de droguri de la „Viața Nouă” sunt convinși că tratamentul fără droguri, inclusiv metoda celor 12 pași, este mai relevant în raport cu alte tipuri de tratament. Această predilecție și atitudinea negativă, *stigmatizarea* ar putea afecta semnificativ acordarea terapiei sociale unor pacienți dificili înrolați în programul TSO, unde problemele majore sociale și personale sunt însoțite de consumul concomitent de droguri psihoactive.

Cooperarea cu centrele TSO. Nu există un cadru formal de colaborare dintre DRN și ONG-ul „Viața Nouă” din Chișinău. Pe baza transcripturilor discuțiilor FG se poate conchide că există neîncredere și chiar controverse între personalul DRN și angajații de la „Viața Nouă”.⁴⁰ Cooperarea dintre centrul TSO din Bălți și ONG-ul „Tinerii pentru Dreptul la Viață” nu este coordonată oficial, iar activitățile sunt desfășurate în paralel. Datorită unei colaborări de durată, unul din medicii TSO vizitează acest ONG sistematic.

Cooperarea cu alte instituții și agenții. ONG-urile „Viața nouă” și „Tinerii pentru Dreptul la Viață” asigură, prin intermediul lucrătorilor outreach și voluntarilor, serviciul de însoțire a clienților la diverse instituții, de exemplu, adăposturi pe noapte, spitale, direcții sociale etc. ONG-urile au fost organizațiile primare care au direcționat pacienții să fie testați la HIV și verificați la TB, organizând ART. Într-adevăr, sprijinul social și recomandările de a vizita instituțiile medico-sanitare pentru maladii infecțioase au acoperit decalajul necesității de a îndeplini cerințele psihosociale și medicale ale unui număr mare de

⁴⁰ Interviu cu personalul medical în Chișinău.

pacienți TSO, sporind calitatea programului. Concomitent, deocamdată, serviciile medicale și psihosociale nu sunt coordonate.

Acordarea TSO în instituțiile penitenciare

Servicii TSO sunt acordate în 7 IP din Republica Moldova, inclusiv 2 penitenciare de arest preventiv la Chișinău și Bălți. Interviurile exhaustive desfășurate cu Departamentul Instituții Penitenciare al Ministerului Justiției și lucrătorii medicali au fost pozitive în ceea ce privește dezvoltarea TSO în cadrul IP. A fost remarcat faptul că pacienții sunt „calmi, liniștiți, pot participa la programe educaționale, vor să muncească”.⁴¹

TSO individuală a fost inițiată în IP de către medicii Serviciului Medical din IP, care, de regulă, nu sunt narcologi. Pentru a presta consultații au fost contractați narcologi din sectorul civil. TSO, în caz de necesitate, poate fi începută timp de o zi. Ajustarea dozelor se face la decizia medicului Serviciului medical din IP⁴². Numărul mic de deținuți care primesc TSO se explică prin faptul că sistemul ierarhic neformal al deținuților nu le permite deținuților „de rang mai înalt” să primească TSO.⁴³ Acest lucru este considerat de figurile de top ale sistemului ierarhic neformal drept „slăbiciune”. TSO prin reducerea cererii de heroină ar putea fi considerat drept amenințare potențială pentru deținuții implicați în afacerile cu droguri. A fost problematic de transferat deținuți care primeau metadonă și erau infectați cu TB pentru a fi tratați de TB. IP specializată în tratamentul TB nu avea TSO. Prin urmare, astfel de pacienți trebuie să treacă prin detoxifiere de metadonă înaintea transferării pentru tratamentul TB.

Discuțiile FG au indicat faptul că pacienții, de regulă, se înrolau în TSO în penitenciare destul de facil.⁴⁴

IP le-a oferit posibilitate lucrătorilor de la ONG-ul „Viața Nouă” (foști consumatori de droguri și foști deținuți) să se întâlnească cu deținuții în cadrul IP de 3-4 ori pe lună. Lucrătorii medicali erau preocupați de aceste reuniuni, deoarece au apărut semnale că deținuților li se comunicau mesaje și atitudini negative față de TSO. Unii pacienți chiar au decis să stopeze TSO după astfel de reuniuni. De aceea, lucrătorii medicali din departamentul IP au solicitat ca ONG-ul să presteze servicii mai profesionale. Ar trebui să existe o coordonare mai strânsă între serviciile medicale și psihosociale.⁴⁵ În caz contrar, în IP pacienții TSO sunt considerați drept alți deținuți, fiind dispersați în diferite regimuri de detenție. Ei nu pot beneficia de sprijin psihosocial sistematic disponibil la IP. În caz de transfer de la un penitenciar la altul, tratamentul cu metadonă este coordonat.

⁴¹ Interviu exhaustiv cu personalul medical de la Departamentul Instituții Penitenciare.

⁴² Întrevedere cu Serviciul medical de la IP.

⁴³ Interviu exhaustiv cu personalul medical de la IP.

⁴⁴ Discuție FG cu pacienți TSO „dificili”.

⁴⁵ Interviu exhaustiv cu personalul medical de la IP.

Departamentul Instituției Penitenciare a menționat că medicii-narcologi care lucrează în sectorul civil, fiind în subordinea Ministerului Sănătății (specialiști-narcologi de nivel raional), au o atitudine negativă față de TSO, pe care o transmit deținuților.⁴⁶ Astfel, consumatorii de droguri sunt frecvent confuzi din cauza mesajelor diferite și contradictorii pe care le primesc de la lucrătorii medicali în ceea ce privește valoarea TSO, inclusiv descurajarea CDI de a se înrola în TSO din partea specialiștilor-narcologi de nivel raional.

Continuitatea TSO în sectorul civil a fost vizualizată ca un component important. TSO pentru continuare nu era disponibil în 25 de raioane, fiind disponibil doar la Chișinău și Bălți. Lucrătorii medicali din penitenciare, în cazul pacienților cu reședința în alte orașe decât Chișinău și Bălți, erau nevoiți să reducă treptat doza de metadonă cu 1-2 luni înainte de termenul de eliberare a deținutului din IP. Lucrătorii medicali conștientizau că acest fapt sporește riscul de supradoză cu efect letal. Într-adevăr, lucrătorii medicali cunoșteau asemenea situații de supradoză cu efect letal care s-au întâmplat cu pacienții TSO după ce au plecat din IP spre localități unde TSO nu era disponibil.⁴⁷

TSO și Serviciul de poliție

Interviurile cu reprezentanți ai Ministerului Afacerilor Interne⁴⁸ au relevat faptul că diferite sectoare ale serviciului de poliție nu sunt informate suficient despre importanța tratamentului dependenței de droguri, în special, a TSO, în reducerea numărului de infracțiuni. Cooperarea actuală cu instituțiile medico-sanitare a fost limitată doar la activități de profilaxie. Diferite unități de poliție au manifestat interes în cunoașterea mai multor informații despre modalitățile de tratament ale dependenței de droguri în țară, fiind deschiși pentru cooperare. Interesul poliției era exprimat prin acces mai vast al CDI și calitate mai bună a tratamentului. Potențial, acest fapt ar fi putut reduce numărul de infracțiuni și diminua piața de droguri ilegale a traficantilor de droguri, precum și numărul consumatorilor de droguri care se află în penitenciar.

⁴⁶ Interviu exhaustiv cu personalul medical de la Departamentul IP.

⁴⁷ Întrevedere cu reprezentanți ai Serviciului medical de la IP.

⁴⁸ Întrevedere cu reprezentanți ai MAI, 21 noiembrie 2012.

Dovezi ale eficacității economice a TSO în Moldova (Dr. L. Murauskiene)

Obiectivul evaluării eficacității economice a fost de a efectua analiza cost-eficacității TSO în Republica Moldova și a formula argumente pentru intensificarea și sporirea calității, precum și de a aborda implicările pentru bugetul național în materie de cheltuieli viitoare pentru TSO.

Prezentarea generală a metodelor principale de abordare

Evaluarea economică se axează pe compararea *costurilor* (expresia monetară a resurselor valorificate) și *rezultatele* intervenției prin evaluarea a cel puțin două opțiuni de utilizare a resurselor limitate.

Există 2 clase principale de analiză economică în domeniul sănătății:

1. *Analiza cost-utilitate (ACU) și analiza cost-eficacitate (ACE)*, în care rezultatele sunt prezentate în unități naturale/complexe (de exemplu, „cazuri prevenite”, „numărul de vieți salvate”, „numărul de ani pierduți în funcție de dezabilitate (DALY)” sau „numărul de ani ajustați în funcție de calitate (QALY)”.
2. *Analiza cost-beneficiu (ACB)*, unde rezultatele sunt prezentate în termeni monetari.

ACE utilizează o măsură particulară a rezultatului, astfel încât valoarea acestei să se limiteze la un singur rezultat. Analiza cost-beneficiu (ACB), bazată pe expresia monetară a costurilor și rezultatelor (beneficiilor), depășește această limitare. Totuși, ACB se confruntă cu provocări serioase în încercarea de a exprima rezultatele în valoare monetară.

Reducerea costurilor (economia costurilor viitoare din cauza intervenției) sau a costului rezultatului (fiind considerată intervenția separat fără alte opțiuni) sunt evaluări economice parțiale.

Literatura internațională de cercetare

Dovedită științific, TSO cu metadonă și-a demonstrat cost-eficacitatea prin reducerea consumului de heroină și de alte droguri ilicite, precum și minimizarea implicării în activitatea criminală și a ratei de întemnițare, prevenind infecția cu HIV, îmbunătățind calitatea vieții datorită stării mai bune a sănătății. Totuși, gama de studii și grupurile de clienți sunt de o importanță majoră pentru anumite evaluări economice.

Beneficiile economice primare sunt obținute de la criminalitatea redusă și de la costuri mai mici în sistemul de ocrotire a sănătății pentru post-tratament. Tratamentul rezidențial din penitenciare este cost-eficace, dar numai în combinație cu serviciile de monitorizare după eliberarea din detenție.⁴⁹ În comunitatea cu prevalență sporită la HIV, extinderea capacității de tratament cu metadonă rezultă

⁴⁹ Economic Benefits of Drug Treatment: A critical review of the evidences for policy makers. Treatment Research Institute at the University of Pennsylvania. 2005.

într-un an adițional QALY la costul de 8 200 dolari SUA.⁵⁰ Este de menționat faptul că, în general, 500 dolari SUA sau 300 lire sterline este un „preț” acceptabil pentru un an QALY obținut datorită intervenției.

Există câteva studii care au demonstrat că raportul dintre beneficiul și costul terapiei de substituție cu metadonă atinge valori între 2:1 și 5:1; iar uneori chiar 15:1. Beneficiile nete erau, preponderent, economiile din activitatea criminală redusă în comparație cu costurile de tratament. Beneficiile nete sporesc odată cu durata de ședere în MMT.⁵¹ Fiece extra £1 cheltuită pentru tratamentul cu metadonă are un randament de mai mare de £3 în termeni de economii asociate cu costurile victimei crimei și cererea scăzută pentru sistemul judiciar penal.⁵² Beneficiile conexe angajării în câmpul muncii, la fel, sunt tratate ca beneficii majore care, împreună cu cele de preîntâmpinare a infracțiunilor, au constituit circa 55-80% din beneficiile totale.

Metodele și sursele de informație

În vederea efectuării evaluării economice au fost efectuate cercetări de birou și vizite pe teren în noiembrie 2012, urmate de modelarea costurilor și beneficiilor TSO din Moldova.

În absența unor studii concrete despre rezultatele activității TSO în Moldova, evaluarea este aproximativă și se bazează parțial pe alte studii disponibile în acest domeniu.

Costurile în raport cu TSO

Au fost analizate doar costurile TSO suportate de donatori și din mijloace financiare publice, fără a include costurile private (suportate de pacienți și membrii de familie).⁵³

Numărul de beneficiari permanent înrolați în TSO în 2012 a constituit 304 persoane, numărul mediu de beneficiari raportat în perioada 2011-2012 fiind de 320 de persoane. TSO este oferită într-un centru la Bălți, 2 centre la Chișinău și în 7 penitenciare subordonate Departamentului Instituției Penitenciare. TSO a fost finanțat direct de donator (Fondul Global – FGSTM), fiind valorificate și resursele locale ale unor instituții medico-sanitare. Potrivit aranjamentelor actuale, FGSTM a achitat bonusuri la salarii personalului implicat direct în program și a acoperit unele costuri curente în 3 tipuri de instituții. La fel, din mijloacele FGSTM au fost achiziționate unități de echipament (investiții capitale).

⁵⁰ Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis of Substance Abuse Treatment: A Literature Review. National Evaluation Data Services. 2002.

⁵¹ B. Fischer, J. Rehm, K. Kalousek. Illicit Opioid Use and Economic Costs, and Options for Costs Reduction: An Overview and Estimations. Vancouver, 2006.

⁵² Annete Verster, Ernst Buning. Methadone Guidelines.

⁵³ Referitor la costurile suportate de pacienți, au fost identificate, cel puțin, costurile de transport suportate de beneficiarii care locuiesc în orașe (potrivit datelor de sondaj în rândul pacienților, 62% din pacienți achită costurile de transport).

De menționat faptul că un sistem de monitorizare/raportare funcțional proiectat adecvat constituie o premisă esențială pentru orice estimări ale mijloacelor consumate și rezultatelor atinse. În absența unor date de calitate, estimările economice sunt brute și depind de ipoteze.

A. *Costurile „minime” sau prețul negociat.* În acest caz finanțarea actuală din partea donatorului a fost considerată drept preț negociat și agreat cu instituțiile medico-sanitare pentru implementarea TSO. Costurile anuale suportate în 2011 au constituit 87 025 de dolari SUA. În 2012 costurile au atins suma de 93 035 de dolari SUA. Costurile au acoperit salariile pentru personalul implicat direct, costurile consumabilelor și costurile în scopuri administrative, precum și costurile pentru metadonă. **Costurile medii anuale per pacient din sectorul civil au constituit 232 de dolari SUA și 502 de dolari SUA în instituțiile penitenciare.**

B. *Prestatorul medical (PM) & finanțarea FGSTM.* Sprijinul financiar adițional a fost disponibil din bugetul instituției medico-sanitare. Totuși, organizarea actuală a evidenței nu a permis evaluarea adecvată a sumei mijloacelor alocate pentru TSO. Potrivit datelor colectate în timpul interviurilor, instituțiile medico-sanitare au acoperit, preponderent, costurile de întreținere a încăperilor și cheltuielile adiționale de telefon, unele consumabile și teste, precum și cheltuielile pentru lucrătorii medicali (de exemplu, interniști, psihologi etc.).

C. *Calitatea sporită a costurilor TSO.* Calitatea mai bună a TSO (și, în consecință, sporirea înrolării pacienților în program) a fost realizată datorită:

- Schimbării (îmbunătățirii) abilităților/aptitudinilor și sporirii efectivului (Tabelul 1);
- Îmbunătățirii disponibilității⁵⁴ de consumabile (de exemplu, medicamente și teste la HIV, consumabile igienice);
- Asigurării instruirii continue a personalului și reînnoirii echipamentului /utilajelor.

⁵⁴ O lipsă de bunuri au fost observate în timpul consultărilor cu personalul.

Tabelul 1. Componența optimală a efectivului propusă pentru asigurarea serviciilor de calitate pentru 100 de pacienți TSO

Personal / specialiști	Salariul lunar presupus/ENI, lei	ENI ⁵⁵ în sectorul civil	ENI în instituții penitenciare
Medic	3 660	1	1
Asistentă medicală	2 660	1,5	1.5
Gardian	2 000	0,5	0
Lucrător social	2 660	3	0
Internist	3 660	0,5	1
Psiholog	3 660	0,5	2

După cum este prezentat în Tabelul 2, în încercarea de a spori calitatea tratamentului se va ține cont de creșterea costurilor în termeni absoluți din cauza majorării salariilor, a costurilor pentru consumabile, cheltuielilor pentru reînnoirea echipamentelor și utilajelor și pentru instruire.

Totuși, sporirea calității TSO va asigura, eventual, o participare mai bună în program. În acest caz, vor fi obținute anumite economii din extinderea/intensificarea programului.

Intensificarea TSO înseamnă includerea costurilor capitale pentru încăperile și echipamentul din noile centre⁵⁶ și, în consecință, creșterea costurilor de reînnoire.

⁵⁵ ENI – echivalent normă întreagă.

⁵⁶ Extinderea serviciilor în afara unităților TSO existente implică costuri capitale pentru ajustarea încăperii sau pentru arendă și procurarea echipamentului (de exemplu, dozator, safeu, PC etc.) și a mobilierului. Costurile pot varia foarte mult, valoarea minimă estimată fiind de 20 000 de lei.

Tabelul 2. Estimarea costurilor (anuale, în dolari SUA)

	A. Finanțarea FGSTM		B. Finanțarea MP & FGSTM			C. Calitate sporită a costurilor TSO		
	Sectorul civil	Sectorul penitenciar	Sectorul civil	Sectorul penitenciar	Ipoteze	Sectorul civil	Sectorul penitenciar	Ipoteze
<i>Costuri variabile</i>								
Metadonă, total, dolari SUA	2 8225	4 981	28 225	4 981				
Metadonă per client, dolari SUA	104	104	104	104		104	104	
Consumabile, total, dolari SUA	1 485	600	1 634	600	10% contribuție a instituțiilor medico-sanitare			
Consumabile per client, dolari SUA	5	13	6	14		32	32	Teste droguri – 11,5 dolari SUA, alte teste – 10 dolari SUA, mai multe consumabile – 10 dolari SUA
<i>Costuri semi-fixe</i>								
Salarii, total, dolari SUA	30 300	13 380	33 330	14 718	10% contribuție a instituțiilor medico-sanitare	19 478	17 885	Pe baza Tabelului X pentru 100 clienți
Salariu per client, dolari SUA	111	279	123	307		195	179	
<i>Costuri fixe</i>								
Transportare și distribuție	1 895	4 200	1 895	4 200				
						474	600	Valoarea medie pentru un centru
Costuri administrative	1 060	900	1 060	900		Costuri administrative, de întreținere a încăperii, costuri de instruire – 15% din cheltuielile de retribuire a muncii.		
Întreținerea încăperii			5 298	1 508	contribuție a instituțiilor medico-sanitare - 10% din cheltuielile de retribuire a muncii			
Costuri de renovare						213	213	Valoarea medie pentru un centru ⁵⁷ .

⁵⁷ Valoarea echipamentului – 800 dolari SUA, 5 ani de funcționare; valoarea încăperilor – 800 dolari SUA, 15 ani de funcționare.

Costurile incrementale TSO **pentru fiecare pacient nou vor constitui anual 216-283 dolari SUA**. De menționat faptul că o parte din costurile în creștere urmează a fi alocate ONG-urilor (deoarece va fi necesară o implicare mai intensă a lucrătorilor sociali în sectorul civil).

Beneficii de la extinderea TSO

1. Cele mai evidente beneficii sunt economiile datorită reducerii consumului ilicit de droguri.

Evaluarea calitativă a 41 de pacienți din Bălți a demonstrat reducerea consumului ilicit de droguri (65,8%) și reducerea infracțiunilor (78%). În procesul interviului a fost estimat prețul zilnic pentru „șirca” (extras din paie de mac făcut la domiciliu) – 110 lei, heroină – 1 000-2 000 de lei. Cheltuielile pentru combaterea infracțiunilor ar trebui să fie mai mari decât prețul pentru dozele zilnice de droguri ilegale.

Asumând faptul că cheltuielile medii pentru consumul de heroină echivalează cu 1 000 de lei/zi, reducerea cheltuielilor pentru combaterea infracțiunilor cu 10% printre pacienții TSO „permanenți” va însuma 876 000 de dolari SUA anual.

Raportul cost-beneficiu chiar și pentru programul TSO actual este destul de mare (circa 0,17).

2. Reducerea transmiterii infecției HIV și sporul conex QALY.

Din cauza lipsei de studii specializate privind eficacitatea TSO în Republica Moldova, modelarea ACE s-a bazat pe constatările studiului efectuat în Ucraina (2011). Pe baza ipotezelor: 85% reducere în echipamentul de injectare partajat și probabilitate sporită de primire a ART (25 % în loc de 2% acces printre CDI neînrolați în TSO), au fost calculate 3 opțiuni (minimă, modestă și avansată) pentru aria de cuprindere cu TSO în Ucraina pentru o perioadă de 20 de ani:

- Aria de cuprindere minimă cu TSO (opțiunea „nici o schimbare”): includerea a 6 376 CDI sau 1,6% din numărul estimat de CDI din Ucraina (400 000) în TSO ar preveni 320 de cazuri de infecție cu HIV;
- Aria de cuprindere modestă cu TSO sau includerea a 25 397 CDI în TSO (6% din populația totală de CDI) ar preveni 2 120 de cazuri de infecție cu HIV;
- Aria de cuprindere avansată cu TSO sau includerea a 50 488 CDI în TSO (12.5% din populația estimată a CDI) ar preveni 4 700 de cazuri de infecție cu HIV și adăuga 76 000 QALY⁵⁸.

Păstrând ipotezele intacte (compararea situațiilor din Tabelul 4), Republica în Moldova aria de cuprindere actuală cu TSO ar preîntâmpina circa 17 cazuri de infecție cu HIV în 20 de ani; înrolarea a 1 337 de pacienți în TSO ar preîntâmpina circa 112 cazuri de infecție cu HIV, iar înrolarea a 2 658 de pacienți ar preveni circa 247 cazuri de infecție cu HIV în 20 de ani.

⁵⁸ Eficacitatea în termeni generali și eficacitatea costurilor în cazul extinderii programului de reducere a noxelor și a terapiei ARV în epidemia mixtă HIV: o analiză de modelare pentru Ucraina. Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML, PLoS Med. 2011 Mar; 8(3):e1000423. p.8.

Tabelul 3. Compararea situației din Ucraina și Republica Moldova

Parametri	Ucraina	Republica Moldova
Numărul estimat de CDI	În 2007– 390 000	În 2012 21 061 (malul drept al r. Nistru) ⁵⁹
HIV	Prevalența de 43% printre CDI 84% din numărul total de noi cazuri de HIV au fost depistate printre CDI	Cazuri de infecție cu HIV în 2012: 15 437 ⁶⁰ 20% prevalență printre CDI
Proiectarea Status quo	Pe parcursul a 20 de ani + 33 700 de noi cazuri de infecție cu HIV cu 18 000 de cazuri printre CDI și 15 700 – printre non-CDI; 1685 de infecții cu HIV anual	În 2015 - 13 226 cazuri de infecție cu HIV (în perioada 2012-2015 sunt estimate 2 184 de noi cazuri de infecție cu HIV) ⁶¹ .
Aria de cuprindere cu TSO	Minoră	În medie 320 de clienți
TSO rata de reținere de 6 luni	75%	56%

Respectiv, sunt calculate costurile de intensificare a TSO în concordanță cu cele 2 scenarii (A și B) și comparate cu opțiunea „nici o schimbare”.

Ipoteza pentru scenariul de „sporire până la 1337 pacienți” constă în faptul că în sistemul penitenciar numărul de pacienți va crește de la 48 până la 335, iar în sectorul civil – de la 272 până la 1 002 datorită calității îmbunătățite a programului (schimbărilor în disponibilitatea și aptitudinile personalului, aprovizionarea mai adecvată și cheltuieli pentru instruire etc.).

Ipoteza pentru scenariul de „sporire până la 2 658 de pacienți” constă în faptul că în sectorul civil numărul de pacienți în tratament va spori până la 2 002, iar în sistemul penitenciar – până la 656 (creștere adițională cu 1 730 de pacienți în sectorul civil și cu 608 pacienți în IP) datorită calității îmbunătățite a programului, dar și creării a 4 centre noi (2 în penitenciare și 2 în sectorul civil). Respectiv, vor fi necesare investiții în valoare de 6 000 de dolari SUA, iar costurile de transport se vor majora.

⁵⁹ Estimarea dimensiunii populațiilor cu risc sporit (consumatori de droguri injectabile, LSC, BSB), Republica Moldova, 2011.

⁶⁰ Estimări și prognoze ale epidemiei HIV în Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2012.

⁶¹ Ibid., p.14.

Tabelul 4. Costurile TSO (3 scenarii, în mii dolari SUA)

	Ani																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Scenariul de bază																				
Investiții noi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investiții de reînnoire a echipamentelor și utilajelor ⁶²	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Consumabile, metadonă & salarii	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Alte costuri	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Total	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
2. Scenariul „Sporirea până la 1337 pacienți”																				
Investiții noi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investiții de reînnoire a echipamentelor și utilajelor	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Consumabile, metadonă și salarii în penitenciare	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
Consumabile, metadonă și salarii în sectorul civil	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186	186
Alte costuri	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Total	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290
3. Scenariul „Sporirea până la 2658 pacienți”																				
Investiții noi	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investiții de reînnoire a echipamentelor și utilajelor	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Consumabile, metadonă și salarii în penitenciare	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Consumabile, metadonă și salarii în sectorul civil	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516	516
Alte costuri	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
Total	760	753	753	753	753	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754	754

⁶² Sunt planificate investiții minime pentru reînnoirea echipamentului – 160 dolari SUA pentru un centru pentru scenariul de bază și pentru scenariul de „sporire până la 1337 pacienți”.

Potrivit datelor prezentate în Tabelul 5, ambele scenarii de intensificare, examinate prin prisma costurilor, sunt mai eficiente decât scenariul de bază. Diferența dintre ultimele 2 scenarii este ne semnificativă.

Tabelul 5. Estimarea cost-eficacității TSO timp de 20 de ani⁶³

	Cazuri de infecție cu HIV preîntâmpinate	QALY
Scenariul de bază	17	505
	90 500 dolari SUA / infecția cu HIV	3 047 dolari SUA/QALY
Scenariul „Sporirea până la 1337 de pacienți”	112	2013
	38 481 dolari SUA /infecția cu HIV	2 141 dolari SUA/QALY
Scenariul „Sporirea până la 2658 de pacienți”	247	4002
	45 441 dolari SUA /infecția cu HIV	2 805 dolari SUA/QALY

Concluzii

În prezent, finanțarea externă constituie sursa majoră de susținere a TSO în Republica Moldova. Îmbunătățirea calității și intensificarea/extinderea programului TSO va solicita finanțare adițională din surse publice. Totuși, TSO ar putea fi foarte benefică în termeni monetari (datorită prevenirii infracțiunilor raportul ACB constituie 1:6). Extinderea TSO ar putea demonstra acumularea mai multor ani QALY pe baza unor costuri relativ scăzute (2 141-2 805 dolari SUA per QALY).

⁶³ Rata de discount constituie 0.03% pentru perioada de 20 de ani.

Constatările principale ale evaluării programului TSO din Republica Moldova

Principalele constatări ale evaluării efectuate pe parcursul misiunii sunt după cum urmează:

1. TSO este disponibil în 2 centre din sectorul civil și în 7 instituții penitenciare. Aria de cuprindere constituie circa 1% din numărul estimat de CDI. Prin urmare, TSO acordată are un impact relativ modest asupra prevenirii infecției HIV în Republica Moldova.
2. Datele cercetărilor cantitative și calitative au demonstrat faptul că serviciile medicale din cadrul programului TSO prestate la Chișinău și Bălți sunt apreciate de pacienți, la fel, este apreciat profesionalismul și atitudinea personală pozitivă a lucrătorilor medicali. Concomitent, medicii au un volum mare de lucru cu pacienții TSO și îndeplinesc și alte funcții sistematice ale specialistului-narcolog. Există un risc sporit de informare insuficientă și neadecvată a pacienților despre TSO la începutul și pe parcursul tratamentului.
3. Programul TSO existent în comunitate nu asigură servicii multidisciplinare coordonate. Dozele de întreținere din sectorul civil sunt mai mici decât valoarea medie minimă recomandată (60 mg). Detoxifierea ambulatorie a fost mai frecvent preferată de pacienți în locul terapiei de lungă durată, perioada tratamentului adesea a fost mai mică de 6 luni. Toate aceste constatări, precum și cele menționate anterior denota calitatea TSO sub nivelul scontat.
4. Datele cercetărilor cantitative și calitative indică faptul că lucrătorii medicali (atât din sectorul civil, cât și din penitenciare) au atitudine conflictuală față de dependență și tratamentul TSO. O pondere mare a lucrătorilor medicali nu sunt siguri în ceea ce privește scopul de bază și principiile TSO. Datele denotă mari lacune în cunoștințele profesionale privind aspectele tratamentului. În consecință, pacienții primesc mesaje neconsecvente și conflictuale de la lucrătorii medicali implicați în program, inclusiv informație incorectă negativă. Studiul cantitativ indică faptul că alți medici-specialiști care nu sunt implicați în TSO (specialiști-narcologi, medici de familie și specialiști-infecționiști) sunt, la fel, surse de informație incorectă și negativă despre TSO.
5. Sistemul de referire al pacienților TSO pentru tratamente ambulatorii sau în staționar (cum ar fi HIV, TB), precum și de la tratamentul HIV și TB la serviciul de narcologie nu este definit la nivel național prin proceduri în formă scrisă. Metadona este disponibilă pentru

tratamentul HIV și TB în staționare unde personalul aduce medicamentul zilnic, inclusiv la sfârșit de săptămână și în zilele de odihnă, fiind asigurat „în funcție de caz”. Separarea funcțiilor de referire a pacienților TSO pentru servicii de diagnosticare și tratament dintre instituțiile medico-sanitare și ONG-uri rămâne confuză. Recomandarea cu privire la tratamentul pacienților TSO cu HIV și TB n-a fost inclusă în protocoalele de tratament.

6. Sprijinul psihosocial asigurat sistematic de ONG-uri a îmbunătățit accesibilitatea terapiei psihosociale și medicale pentru pacienții TSO în funcție de necesitățile lor individuale. Calitatea asistenței psihosociale prestate de ONG-uri este diferită. La Bălți în cadrul ONG-ului „Tinerii pentru Dreptul la Viață” un lucrător social profesionist coordonează asistența psihosocială, organizată pe baza principiilor managementului de caz și activitate coordonată în echipă. În același timp, în cadrul ONG-ului „Viața Nouă” există riscul ca principiile orientate spre „autoajutorare” și abținerea să prevaleze în raport cu organizarea lucrului social profesional.

7. Studiile cantitative și calitative denotă faptul că angajații ONG-urilor au atitudine conflictuală sau lacune de informație despre scopurile și obiectivele principale ale TSO. Studiul calitativ constată semne de stigmatizare a pacienților TSO, cel puțin printre unii angajați activi ai ONG-urilor. Prin urmare, atitudinea față de TSO pare a fi incompatibilă cu poziția OMS/UNODC/UNAIDS în raport cu TSO în calitate de măsură efectivă de acțiune în sectorul de sănătate publică.

8. Coordonarea tratamentului (inclusiv a serviciilor medicale și a asistenței psihosociale) nu este instituționalizată în calitate de sistem nici la Chișinău, nici la Bălți. Schimbul de informații între servicii și pacient este minim. Instituțiile medico-sanitare și ONG-urile, precum și medicii-specialiști și personalul care asigură asistență psihosocială lucrează în paralel. Discrepanța este și mai mare în cazul amplasării serviciilor în locații geografice diferite. Prin urmare, pacienții nu obțin beneficii maxime prin coordonarea metodei complete de abordare multidisciplinară. La diferite centre TSO, pacienții primesc sprijin social de diferită calitate. Există riscul că unii pacienți cu probleme grave de ordin medical, social și psihologic nu au beneficiat de sprijin social din cauza lipsei de coordonare între servicii și, într-o anumită măsură, din cauza stigmatizării.

9. Rezultatele evaluării au demonstrat că imaginea TSO printre CDI este negativă. Obstacolul de bază pentru pacienți de a se înrola în TSO este „atașarea” de centrul de tratament. Metadona nu este eliberată pentru administrare la domiciliu, chiar și în cazul consumatorilor de droguri în remisiune stabilă, fapt ce-i împiedică pe aceștia să ducă un mod de viață normal. Un alt obstacol major s-a referit la concepția eronată despre TSO. Alte impedimente

includ necesitatea de a suporta zilnic cheltuielile de deplasare până la centrul TSO și programul scurt fixat pentru eliberarea metadonei.

10. Autoritățile de poliție de nivel național și local sunt neutre sau moderat pozitive față de TSO în calitate de măsură de acțiune care reduce infracțiunile conexe căutării de droguri și elimină pacienții de pe piața ilegală de heroină. Au fost semnalate anumite cazuri minore de direcționare a metadonei pe „piața neagră”. Agenții de poliție de diferit nivel dispun de cunoștințe limitate cu privire la tratarea dependenței de droguri, inclusiv TSO. Cu toate acestea, este permisă continuarea TSO în unitățile de detenție preventivă cu suportul instituțiilor medico-sanitare. Deocamdată, nu există nici un act normativ de reglementare a continuării TSO în caz de reținere pe termen scurt de către organele de poliție.

11. În sistemul penitenciar, în pofida insuficienței de medici-specialiști, profesionalismul personalului TSO crește. Lucrătorii medicali inițiază TSO fără întârziere, în caz de necesitate, și sunt în stare să fixeze doze flexibile. Din anul 2009, TSO a devenit accesibilă în 2 penitenciare de arest preventiv, unde TSO a fost continuată sau inițiată pentru CDI care nu erau în tratament. Sprijinul psihosocial concomitent este limitat.

12. În prezent, finanțarea externă este sursa principală pentru TSO din Moldova. Îmbunătățirea calității programului va solicita mijloace financiare adiționale (din surse publice o creștere anuală de la 67 de dolari SUA până la 189-286 de dolari SUA pentru un pacient). Totuși, TSO este extrem de benefică în termeni monetari (datorită prevenirii comiterii infracțiunilor raportul dintre cost și beneficii este de 1:6). Extinderea TSO ar putea demonstra acumularea anilor de viață ajustați în funcție de calitate, suportând cheltuieli relativi mici (1 714-2 691 dolari SUA pentru QALY).

Recomandări

În vederea promovării în continuare a TSO, pe baza rezultatelor evaluării au fost formulate următoarele recomandări:

Pentru Ministerul Sănătății:

1. A mandata Dispensarul Republican de Narcologie să elaboreze un plan de acțiuni în vederea îmbunătățirii accesului, ariei de cuprindere și calității TSO.
2. A elabora acorduri/protocoale de colaborare între sectoarele de narcologie, SIDA și TB/maladii infecțioase și penitenciare cu privire la partajarea coordonată a informației și tratamentul pacienților cu dependență de opiacee și alte boli infecțioase asociate. A organiza evenimente educative/de instruire reciprocă vizând tratamentul cuprinzător TSO și al maladiilor infecțioase.
3. În vederea sporirii aderenței la TSO și îmbunătățirii calității acestuia, a iniția modificarea actelor legale/protocoalelor în conformitate cu recomandările OMS; a permite în mod individual administrarea dozelor de medicamente opioide (metadonă) la domiciliu în cazul pacienților în remisiune stabilă. Pacienții ar trebui să fie responsabili pentru administrarea medicamentului în conformitate cu recomandările medicale.
4. A actualiza, în cooperare cu specialiștii infecționiști, TB și lucrătorii sociali, Protocolul clinic național în conformitate cu „*Ghidul pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opioide asistat prin metode psihosociale, 2009*” al OMS.
5. A elabora criterii tehnice ce ar cuprinde cerințe minime de calitate pentru TSO, utilizând informația despre bunele practici din alte țări. Acestea ar trebui să definească efectivul de cadre necesar, procedurile medicale și echipamentul pentru TSO, calificat ca un serviciu medical ordinar.
6. A analiza posibilitatea de extindere a accesului la TSO în alte orașe prin integrarea TSO în infrastructura existentă a serviciului narcologic.
7. A asigura realizarea unor activități/materiale educaționale „de ultimă oră” vizând tratamentul dependenței de opiacee printre medicii-narcologi și medicii de alte specialități.

8. A dezvolta în continuare cooperarea cu MAI în vederea implementării nu doar a măsurilor represive și preventive de control asupra drogurilor, dar și de recomandare și coordonare mai adecvată a tratamentului pacienților dependenți de droguri, inclusiv asigurând acces neîntrerupt la tratament pacienților TSO în instituțiile de arest preventiv; dezvoltarea și monitorizarea sistemului de eliberare a medicamentului la domiciliu pacienților stabili din punct de vedere social, promovarea schimbului de informații, asigurând concomitent confidențialitatea pacienților. A desfășura activități educaționale profesionale, la nivel național și local, pentru personalul organelor de asigurare a ordinii de drept în domeniul tratamentului dependenței de droguri.
9. A spori durabilitatea calității programelor TSO prin includerea treptată a lucrătorilor sociali în efectivul de personal din centrele de tratament narcologic, care să coordoneze serviciile multidisciplinare pentru pacienții cu necesități medicale și psihosociale multiple; a integra TSO în pachetul de servicii existente, a elabora procedurile interne necesare, standardele, fișele de post, normele de lucru pentru medici și alți specialiști.

Pentru Dispensarul Republican de Narcologie și Spitalul Clinic Municipal din Bălți:

10. A revizui volumul de lucru/sarcinile medicilor și ale asistentelor medicale din centrele TSO existente în vederea optimizării timpului pentru prestarea serviciilor TSO și a altor servicii narcologice.
11. A aloca încăperi în proximitatea centrelor TSO unde pacienții TSO să fie consiliați de către managerii special instruiți și desemnați de ONG-uri, fiind stabilit un program fix; a elabora protocoale de terapie multidisciplinară coordonată pentru pacienții TSO, inclusiv pentru ONG-uri și medicii-specialiști.
12. A monitoriza sistematic calitatea TSO și nivelul de corespundere a acestora necesităților pacienților și standardelor internaționale prin intermediul unor sondaje anonime în rândul pacienților, discuții FG despre nivelul de satisfacție al pacienților, programul de lucru al unității de distribuție a metadonei etc.
13. A elabora seturi de „instrucțiuni de lucru” pentru prestatorii de servicii și materiale educaționale pentru pacienții TSO și pentru CDI neînrolați în tratament care să abordeze prejudecățile existente și miturile referitoare la TSO care circulă printre aceștia; a comunica informație științifică actualizată în mod sistematic.

14. A elabora o strategie de asigurare a comunității cu informație științifică, inclusiv a medicilor-specialiști de diferite niveluri, a colaboratorilor organelor de drept etc. A continua și fortifica cooperarea cu entitățile organelor de drept nu doar în activități de profilaxie, dar și în implementarea activităților de tratament al dependenței de droguri.

Pentru Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală:

15. A actualiza programa de studii în domeniul psihiatriei și narcologiei pentru medicii-studenți și rezidenți în domeniul psihiatriei, narcologiei și toxicologiei prin includerea informației despre TSO bazată pe dovezi. A oferi posibilitate tuturor medicilor-rezidenți în domeniul psihiatriei și narcologiei să-și dezvolte aptitudini practice de diagnosticare a dependenței de substanțe opioide, de administrare a dozelor inițiale și de întreținere de metadonă și de a organiza terapii multidisciplinare, inclusiv gestionarea HIV, VHC și TB.
16. A elabora/actualiza un program exhaustiv de formare profesională continuă în domeniul tratamentului dependenței de droguri (inclusiv TSO) pentru medicii-psihiatri, narcologi practicieni și pentru alți medici-specialiști interesați.

Pentru Departamentul Instituțiilor Penitenciare al Ministerului Justiției:

17. A extinde aria de cuprindere a TSO în penitenciare, continuând cooperarea cu ONG-urile în vederea asigurării pacienților TSO cu sprijinul necesar după eliberarea acestora din detenție.

Pentru OMS, UNODC, UNAIDS, Fundația Soros Moldova, Centrul PAS

18. A spori consecvent cerințele profesionale și standardele pentru angajații ONG-urilor în materie de asigurare a terapiei psihosociale pacienților TSO, prin încurajarea ONG-urilor să angajeze un număr mai mare de lucrători sociali profesioniști și calificați, să asigure instruire personalului necalificat existent în domeniul managementului de caz pentru pacienții TSO.
19. A asigura instruire relevantă angajaților ONG-urilor, care lucrează cu pacienții TSO, în materie de TSO bazată pe dovezi și activități efective în conformitate cu poziția OMS/UNODC/UNAIDS și recomandările clinice.

20. A facilita cooperarea dintre instituțiile medico-sanitare și ONG-urile partenere în vederea schimbului de informații despre pacienții lor, organizând evaluări specializate ale pacienților, planificarea și monitorizarea tratamentului multidisciplinar. A facilita sesiuni comune de instruire în domeniul lucrului în echipă și al managementului de caz pentru specialiști.

ANEXA 1. Chestionarul privind percepția tratamentului

CHESTIONAR

OPINIA DVS. DESPRE TRATAMENTUL DE ÎNTREȚINERE CU METADONĂ

Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările incluse în acest chestionar referitoare la tratamentul de substituție cu metadonă, încercuind cifra din dreptul variantei de răspuns selectate (de exemplu, 2. **(Nu)**).

Garantăm confidențialitate deplină, deoarece cu răspunsurile din acest chestionar vor face cunoștință numai cercetătorii.

Vă mulțumim anticipat pentru ajutorul acordat.

1. Genul
masculin
feminin

2. Vârsta (scrieți câți ani aveți) _____.

3. În programul de tratament cu metadonă participați:

Prima oară

A doua oară

A treia oară și mai mult

4. Care este durata de participare în programul de tratament cu metadonă – în cazul în care nu participați pentru prima oară, indicați durata tratamentului, în care sunteți înrolat acum:

Mai puțin de o lună

1-3 luni

3-6 luni

6 luni-1 an

Mai mult de 1 an

1-2 ani

Mai mult de 2 ani

Mai mult de 3 ani

Mai mult de 5 ani

Nu țin minte

OPINIA DVS. DESPRE TRATAMENT

În perioada tratamentului...

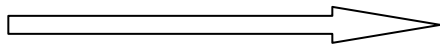
	Sunt absolut de acord	Sunt de acord	Nu sunt sigur(ă)	Nu sunt de acord	Categoric nu sunt de acord
Personalul nu întotdeauna înțelege de ce fel de ajutor am nevoie	1	2	3	4	5
Am fost suficient informat despre deciziile luate	1	2	3	4	5

	Sunt absolut de acord	Sunt de acord	Nu sunt sigur(ă)	Nu sunt de acord	Categoric nu sunt de acord
În legătură cu tratamentul					
Eu și personalul înțelegem diferit scopul tratamentului	1	2	3	4	5
Întotdeauna am avut posibilitate să discut cu cineva din personal în cazul în care aveam nevoie	1	2	3	4	5
Lucrătorii m-au ajutat să conștientizez necesitatea de a-mi clarifica problemele	1	2	3	4	5
Nu mi-au plăcut vizitele conexe tratamentului	1	2	3	4	5
N-am avut timp suficient pentru a clarifica problemele	1	2	3	4	5
Cred că personalul își onorează obligațiile bine	1	2	3	4	5
Am primit ajutorul necesar	1	2	3	4	5
Nu mi-au plăcut anumite norme sau recomandări în legătură cu tratamentul	1	2	3	4	5
Programul de lucru al cabinetului de tratament cu metadonă îmi convine	1	2	3	4	5
Tratamentul cu metadonă se desfășoară într-o locație convenabilă pentru mine, deplasarea nu este complicată	1	2	3	4	5
Locuitorii din casele vecine sunt binevoitori cu pacienții	1	2	3	4	5

ÎN PERIOADA DE TRATAMENT CU METADONĂ:

18. Am fost testat/ă la consumul de substanțe psihotropice

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când ați fost testat/ă ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

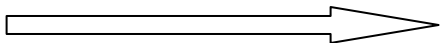
4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

6. un an în urmă

19. Am fost testat/ă la HIV:

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când ați fost testat/ă ultima oară:

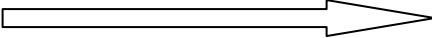
1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă
5. 6 luni în urmă

20. Am fost testat/ă la TB:

1. Da 

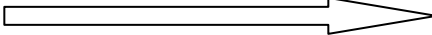
2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când ați fost testat/ă ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă
2. 2 săptămâni în urmă
3. 1 lună în urmă
4. 3 luni în urmă
5. 6 luni în urmă

21. Am fost testat/ă la ITS:

1. Da 

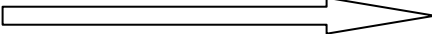
2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când ați fost testat/ă ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă
2. 2 săptămâni în urmă
3. 1 lună în urmă
4. 3 luni în urmă
5. 6 luni în urmă

22. Mi s-a prelevat sânge pentru analiză generală:

1. Da 

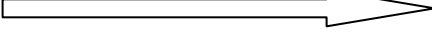
2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când vi s-a prelevat sânge ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă
2. 2 săptămâni în urmă
3. 1 lună în urmă
4. 3 luni în urmă
5. 6 luni în urmă

23. A dat urină pentru analiză generală:

1. Da 

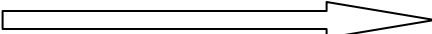
2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când ați dat urină pentru analiză ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă
2. 2 săptămâni în urmă
3. 1 lună în urmă
4. 3 luni în urmă
5. 6 luni în urmă

24. V-a consultat medicul terapeut:

1. Da 

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat medicul terapeut ultima oară:

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

25. Aveați nevoie de consultația medicului-terapeut:

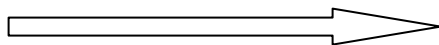
1. Da. Indicați din ce cauză

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu.

26. V-a consultat medicul-narcolog:

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

27. Aveați nevoie de consultația medicului-narcolog:

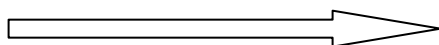
Da. Indicați din ce cauză

Nu. Indicați din ce cauză

Nu știu.

28. V-au consultat alți medici-specialiști (care nu sunt narcologi):

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

29. Aveați nevoie de consultația medicilor-specialiști (care nu sunt narcologi):

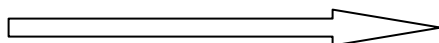
1. Da. Indicați din ce cauză

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu.

30. V-a consultat medicul-psiholog:

1. Da



1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat medicul-narcolog ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat alt medic-specialist ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat medicul-psiholog ultima oară:

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

31. Aveați nevoie de consultația medicului-psiholog:

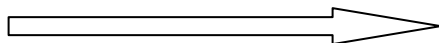
1. Da. Indicați din ce cauză

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu.

32. V-a consultat lucrătorul social:

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat lucrătorul social ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

33. Aveați nevoie de consultația lucrătorului social:

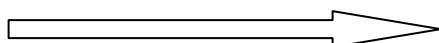
1. Da. Indicați din ce cauză

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu.

34. V-a consultat angajatul unui ONG:

1. Da



2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu

În cazul în care ați răspuns DA, când v-a consultat angajatul unui ONG ultima oară:

1. anterior înrolării în programul de tratament cu metadonă

2. 2 săptămâni în urmă

3. 1 lună în urmă

4. 3 luni în urmă

5. 6 luni în urmă

35. Aveați nevoie de consultația angajatului ONG-ului:

1. Da. Indicați din ce cauză

2. Nu. Indicați din ce cauză

3. Nu știu.

36. Suportați cheltuieli adiționale în legătură cu tratamentul cu metadonă:

Nu

Da, achit cheltuielile de transport

Da, achit medicamentele

Da, fac plăți neoficiale/cadouri lucrătorilor centrului

Alt răspuns (indicați) _____

Indicați organizația unde faceți tratamentul _____

Ce număr aveți în registrul de eliberare a metadonei _____

VĂ MULȚUMIM PENTRU AJUTOR!

ANEXA 2. Chestionarul de evaluare a atitudinii și satisfacției angajaților

Chestionar de evaluare a atitudinii și satisfacției angajaților (CAS)

Acest chestionar urmărește scopul de a confirma documentat atitudinea (acțiunile), volumul de cunoștințe medicale al personalului în domeniul terapiei de întreținere cu metadonă și nivelul de satisfacție al acestuia de activitatea sa profesională.

Sunteți sau nu sunteți de acord cu afirmațiile din continuare? Vă rugăm să răspundeți la fiecare întrebare, încercuind o cifră din rubrica care corespunde răspunsului dvs. În fiecare rând va fi încercuit un singur răspuns.

	Nu sunt de acord	Nu sunt sigur(ă)	Sunt de acord
Atitudinea față de dependența de droguri			
Societatea contemporană este prea tolerantă în raport cu dependența de droguri	1	2	3
Adulții condamnați pentru comercializarea heroinei minorilor trebuie să stea după gratii toată viața	1	2	3
Persoanele condamnate pentru comercializarea drogurilor interzise nu cad sub incidența eliberării condiționate sau a dreptului de recurs	1	2	3
Marijuana trebuie legalizată	1	2	3
Persoanele cu dependență de heroină trebuie să se condamne pe ele însele	1	2	3
Terapia cu metadonă este doar o substituie a unui drog cu altul	1	2	3
Schimbul de seringi trebuie pus în aplicare în toate orașele în care locuiesc mulți CDI	1	2	3
Medicii trebuie să fie în drept să prescrie heroină persoanelor dependente de heroină	1	2	3
Terapia de substituție cu metadonă reduce semnificativ consecințele pentru sănătate, consecințele sociale și de drept în legătură cu dependența de droguri	1	2	3
Dependența de droguri este un viciu	1	2	3
Persoanele dependente sunt slabe de voință, deoarece nu rezistă tentației de a consuma droguri	1	2	3
Abstinența și orientarea spre tratamentul de substituție			
Scopul principal al tratamentului cu metadonă trebuie să fie abstinența de la consumul de droguri (inclusiv metadonă)	1	2	3
Pacienților care primesc metadonă și continuă să consume heroină trebuie să li se reducă doza de metadonă	1	2	3
Nu trebuie stabilite limite pentru durata tratamentului de substituție cu metadonă	1	2	3
Pacientul trebuie să reducă treptat consumul de metadonă imediat după ce a încetat să consume heroină	1	2	3
Pacienților din programul de tratament cu metadonă li se va	1	2	3

	Nu sunt de acord	Nu sunt sigur(ă)	Sunt de acord
elibera metadonă în cantitatea suficientă pentru a depăși simptomele de sevraj			
Nu este etic să li se acorde dependenților de droguri terapia cu metadonă la infinit	1	2	3
Pacienților programului de terapie cu metadonă care încalcă sistematic regimul stabilit de consultație psihologică să li se anuleze treptat metadona	1	2	3
După o perioadă de terapie stabilă de întreținere pacienții trebuie încurajați să reducă treptat consumul de metadonă	1	2	3
Pacientului i se va permite să se afle în programul de terapie de substituție cu metadonă atâta timp, cât acesta dorește	1	2	3
Pacientul trebuie să primească numai metadonă o perioadă îndelungată pentru a elimina efectul toxic al opiaceelor interzise	1	2	3
Terapia cu metadonă trebuie să aibă un anumit termen (de exemplu, mai puțin de 6 luni sau mai puțin de un an)	1	2	3
Pacienții programului de terapie de întreținere cu metadonă care au ignorat repetat avertizarea de a înceta consumul de heroină trebuie excluși din program	1	2	3
Trebuie de extins programului de terapie de întreținere cu metadonă astfel încât toți doritorii cu dependență de heroină să poată beneficia de tratamentul de substituție	1	2	3
Persoanele cu dependență de heroină vor beneficia de terapie de întreținere cu metadonă pe termen lung numai în cazul în care terapia pe termen scurt n-a fost efectivă	1	2	3
Pacienții din programului de terapie de întreținere cu metadonă care continuă să consume droguri interzise trebuie excluși din program pentru a le da posibilitate de tratament acelor persoane a căror probabilitate de a beneficia de pe urma acestui tratament este mai mare	1	2	3
Pacienților care primesc metadonă și continuă să consume alcool trebuie să li se reducă doza de metadonă	1	2	3
Persoanelor cu dependență obsesivă de heroină li se va prescrie tratament de substituție pe termen lung numai în cazul în care alte metode de tratament n-au atins efectul scontat	1	2	3
Pacienții prinși comercializând metadona lor vor fi excluși din program imediat	1	2	3
Pacienții din programului de terapie de întreținere cu metadonă care continuă să consume droguri injectabile vor fi excluși din program pentru a elibera locul pentru persoanele cu o probabilitate mai mare de reducere a cazurilor de comportament cu riscul de infectare cu HIV	1	2	3
Pacienții din programului de terapie de întreținere cu metadonă care ignoră repetat avertizarea de a stopa consumul de alcool sau de amfetamină trebuie excluși din program	1	2	3
Pacienții cu doze mari de metadonă vor primi o cantitate mai	1	2	3

	Nu sunt de acord	Nu sunt sigur(ă)	Sunt de acord
mică de metadonă pentru administrare la domiciliu decât cei cu doze reduse			
Pacienții din programului de terapie de întreținere cu metadonă care se plâng că nu le place acest program, trebuie încurajați să plece din program	1	2	3
Opinia despre pacienți			
Mulți pacienți doresc să ia o pauză în procesul de căutare a drogurilor (în realitate, ei nu doresc să renunțe dependența de heroină)	1	2	3
Mulți pacienți sincer doresc să se însănătoșească	1	2	3
Mulți pacienți nu doresc să coopereze	1	2	3
Multe din persoanele cu dependență de heroină consumă acest drog pentru că trebuie să-l consume (dar nu pentru că doresc să-l consume)	1	2	3
Informație medicală			
Terapia de întreținere cu metadonă poate crea leziuni hepatice	1	2	3
Metadona este mai periculoasă pentru făt decât heroina	1	2	3
Dozele stabile de metadonă afectează capacitatea de a conduce un vehicul și de a gestiona mecanisme mobile	1	2	3
Terapia de substituție cu metadonă agravează starea depresivă precară	1	2	3
Terapia de substituție cu metadonă poate cauza leziuni renale	1	2	3

ANEXA 3. Agenda misiunii dlui Emilis Subata în Moldova
în perioada 18-28 noiembrie 2012

	ORGANIZAȚIA	PERSOANA/SPECIALISTUL ÎNTÂLNIT	PERSOANA RESPONSABILĂ
	18 noiembrie		
8.55	Sosirea la aeroportul internațional Chișinău. Cazarea la hotel		
	19 NOIEMBRIE		
9.30 – 12.30	UNODC Centrul PAS UNAIDS Moldova	Ina Tcaci, Coordonator, UNODC Emilia Rusu, asistent de proiect Viorel Soltan, Director Stela Bivol, Director politici și cercetări Liliana Caraulan, Coordonator de Programe Gabriela Ionașcu, Coordonator Alexandrina Iovița, specialist M&E	Ala Iațco
13.00 – 14.00	Prânz		
14.30 – 16.30	Fundația Soros Moldova	Vitalie Slobozian, Subprogramul de reducere a riscurilor, Coordonator Veronica Zorila, Subprogramul de reducere a Riscurilor, specialist M&E	
	20 NOIEMBRIE		
9.00 – 11.00	Dispensarul Republican de Narcologie	Mihai Oprea, Director general Lucrători medicali: Lilia Fiodorova, Liubovi Andreeva, Svetlana Timuș, Tudor Vasiliev	Ala Iațco
11.30 – 13.00	Vizită la centrul TSO	Lilia Fiodorova, lucrător medical	Ala Iațco
13.30 – 14.30	Prânz		
15.00 – 18.00	ONG „Viața nouă” Vizită la Centrul de zi care acordă sprijin psihosocial CDI	Ruslan Poverga, Director Alexandru Curasov, Coordonator Victoria Manceva, specialist M&E	Ala Iațco
	21 NOIEMBRIE		
9.00 – 13.00	Departamentul Instituției Penitenciare. Vizită la centrul TSO	Veaceslav Ceban, șef de direcție Svetlana Doltu, șef, serviciul medical Ludmila Ciutac – secția relații internaționale	Ala Iațco

		Constantin Bîrca – șef, serviciul medical, penitenciarul nr.15, Cricova, consultant TSO	
13.00 – 14.00	Prânz		
15.00 – 16.30	Ministerul Afacerilor Interne	Vlad Scaian, specialist, direcția antidrog; Vitalie Moraru, direcția medicală; Valentin Beleavschi, direcția medicală; Vladimir Cazacov, direcția ordine publică; Dorel Nistor, direcția ordine publică;	Ala Iațco
22 NOIEMBRIE			
8.00 – 10.00	Deplasare la Bălți		
10.30 – 12.00	Spitalul Clinic Municipal, Serviciul narcologic Vizita centrului TSO	Victor Crovoi, medic, Serviciul narcologic, Spitalul Clinic Municipal din Bălți Zinaida Caraus, asistentă medicală, Serviciul narcologic, Spitalul Clinic Municipal din Bălți	Ala Iațco
12.30 – 13.30	Prânz		
14.00 – 15.00	Comisariatul de Poliție din Bălți	Valeriu Starii, Comisar Cornel Guzun, Ihtiandr Cheptea, Stanislav Hortiuc, Alexandr Bodnarov – inspectori antidrog	Ala Iațco
15.30 – 17.30	ONG-ul „Tinerii pentru Dreptul la Viață” Vizită la centrul de zi care acordă sprijin psihosocial UDI	Ala Iațco, Director Anastasia Bahilova, asistent social Iurii Iscinin, Denis Hibovski, lucrători/consultanți de la egal la egal	Ala Iațco
	Plecarea spre Chișinău		
23 NOIEMBRIE			
9.00 – 10.30	Ministerul Sănătății	Gheorghe Țurcanu, Viceministru Cristina Gaberi, șef, direcția programe naționale Lilia Gantea, direcția buget și finanțe Mihai Oprea, Director general, Dispensarul Republican de Narcologie	Ala Iațco
11.30 – 12.30	Spitalul dermatologic și maladii comunicabile (DDVR)	Lucia Pîrțina, Coordonator național, Programul HIV	
13.00 – 14.00	Prânz		
14.30 -15.30	Institutul de ftizio-pneumologie	Liliana Domete, Director	

16.00 – 18.00	UNODC, Centrul PAS, SFM, OMS	Concluzii generale	
	24 NOIEMBRIE	SÂMBĂȚĂ	
	25 NOIEMBRIE	DUMINICĂ	
	26 NOIEMBRIE		
9.00 – 17.00	Prezentarea constatărilor preliminare ale evaluării TSO. Recomandări pentru sporirea calității TSO în Moldova. Discuții la masa rotundă	Hotelul „Codru”, sala de conferințe, reprezentanții UNODC, OMS, UNAIDS, Centrul PAS, Fundația Soros, Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției Departamentul instituții penitenciare, DRN, instituții medico-sanitare, ONG-uri	Ala Iațco
	27 NOIEMBRIE		
9.00 – 12.00 12.00 – 13.00	Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemitanu” catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală. Sesiuni informative Întrevedere cu echipa de la catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală	Anatol Nacu, șef de catedră Mircea Revenco, Inga Deliv, Igor Cobileanschi, Igor Nastas, profesori și lucrători medicali de la spitalul de psihiatrie. Vitalie Slobozian, Fundația Soros Moldova	Ala Iațco
	28 NOIEMBRIE		
8.00	Zborul spre Vilnius		