18. Personalul medical mediu care ar trebui implicat în educarea pacienților cu diabet, are acces limitat la instruirile din centrele de înaltă performanță. În prezent lipsesc materiale educaționale unificate pentru persoanele cu diabet zaharat din Republica Moldova.
19. La nivel de asistență medicală primară nu este disponibil personal medical pentru îngrijiri paliative a pacienților cu diabet și dizabilități (neurologice, vasculare și postamputaționale).
20. În domeniul îngrijirilor paliative nu există cooperare dintre instituțiile medicale, societatea civilă și serviciile de asistență socială pentru soluționarea problemelor complexe ale pacienților cu diabet și cecitate, pacienților cu consecințe ale accidentelor vasculare cerebrale și cardiace, amputații. Îngrijitorii și pacienții cu diabet nu dispun de utilaj gratuit pentru îngrijire (scaune cu rotile, echipamente ortopedice și de fixare, pansament pentru escare).
21. Lipsa cooperării dintre medicii de familie, medicii endocrinologi și alți specialiști (oftalmologi, neurologi, nefrologi, cardiologi, chirurgi) antrenați în acordarea asistenței medicale pacientului cu diabet, creează dificultăți în sistematizarea și raportarea complicațiilor cronice.

## II. OBIECTIVELE PROGRAMULUI

22. Obiectivul general al Programului raional de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021 (în continuare – *Program raional*) constă în reducerea poverii diabetului zaharat în raionul Criuleni prin implementarea unui program eficace, centrat pe pacient, cu implicare socială, în conformitate cu resursele disponibile.

23.Obiective specifice:
**Obiectiv specific 1.** Asigurarea unui management eficient al Programului raional de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021;
**Obiectiv specific 2.** Optimizarea metodelor de prevenire primară a diabetului zaharat;
**Obiectiv specific 3.** Îmbunătățirea măsurilor de prevenire secundară a diabetului zaharat prin diagnosticarea precoce a complicațiilor cronice, stoparea progresiei acestora prin tratament adecvat și oferirea metodelor de reabilitare;
**Obiectiv specific 4.** Ameliorarea asistenței medicale femeilor însărcinate cu diabet (gestațional sau preexistent sarcinii);
**Obiectiv specific 5.** Asigurarea cu resurse suficiente (umane, medicamentoase, tehnice și financiare);

## III. ACȚIUNELE CE URMEAZĂ A FI ÎNTREPRINSE

**24.** Prezentul Program raional stabilește următoarele acțiuni pentru realizarea obiectivelor identificate.

**Obiectiv specific 1. Asigurarea unui management eficient al Programului raional de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021**

| Acțiuni | Motivație | Indicatori |
|---|---|---|
| 1.1. Asigurarea activității structurii de coordonare a Programului raional | Prezența unui conducător va optimiza coordonarea și va determina o mai bună răspundere pentru implementarea programului | Desemnarea conducătorului Programului raional de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021 |
| 1.2. Convocarea ședințelor pentru evaluarea Programului raional (o dată la 6 luni) | Prezentarea și analiza rezultatelor raportate la fiecare 6 luni va permite evaluarea precoce a punctelor slabe și va oferi posibilitatea de a influența unele verigi pînă la finele Programului pentru obținerea rezultatelor preconizate | Desfășurarea întîlnirilor |

**Obiectiv specific 2. Optimizarea metodelor de prevenire primară a diabetului zaharat**

| Acțiuni | Motivație | Indicatori |
|---|---|---|
| **Subobiectiv 2.1. Reducerea cu 10% a numărului de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat și diminuarea cu 5% a prevalenței diabetului zaharat către anul 2021** | | |
| 2.1.1. Activități de prevenire a diabetului zaharat prin reducerea factorilor de risc comportamentali în populația generală (conform Programului raional privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020, Programului raional de de prevenire și control al bolilor netransmisibile pentru anii 2017-2020, Programul raional privind controlul tutunului pentru anii 2018-2021 și Programului raional de promovare a sănătății pentru anii 2017-2020) cu informarea anuală la Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale | Studiile clinice realizate în domeniul diabetologiei demonstrează că diabetul zaharat poate fi prevenit prin reducerea sau eliminarea factorilor de risc modificabili (factori determinați de stilul de viață - obezitatea, inactivitatea fizică, dieta nesănătoasă, consumul nociv de alcool și de tutun, precum și de patologiile asociate -dislipidemia, patologiile cardiovasculare) | Număr de rapoarte privind implementarea programelor naționale sinergice cu diabetul zaharat; populație cu risc înalt; populație cu risc |
| 2.1.2. Instituirea Școlii de diabet de pe lîngă Agenția Națională de Sănătate Publică | | Școală creată |
| **Subobiectiv 2.2. Sporirea depistării precoce a diabetului zaharat** | | |
| 2.2.1. Screeningul efectuat prin chestionare a 80% din populație cu vîrsta de peste 40 de ani, pînă în 2021 | Screeningul este o activitate complexă și costisitoare, de aceea se propune la prima etapă de a aplica metoda de chestionare pentru stratificarea riscului de dezvoltare a diabetului zaharat și evidențierea persoanelor care au necesitate stringentă pentru aplicarea metodelor de screening de laborator. Stratificarea grupelor de risc va permite reducerea cheltuielilor pentru investigațiile de laborator | Populație supusă screeningului; populație țintă |
| 2.2.2. Screeningul diabetului zaharat, testul oral de toleranță la glucoză (TOTG) la minimum 80% dintre persoanele cu risc înalt, pînă în 2021 | | Număr de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat cărora li s-a efectuat testul oral de toleranță la glucoză; număr total de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat |
| 2.2.3. Acoperirea cu intervenții scurte a 70% din populația cu risc de dezvoltare a diabetului zaharat, conform Protocolului clinic național, pînă în 2021 | Comunicarea, informarea și educarea populației și a tuturor prestatorilor de servicii de sănătate privind măsurile de prevenire a diabetului zaharat și consecințelor acestuia | Număr de persoane cu risc de dezvoltare a diabetului zaharat supuse intervențiilor scurte; număr total de persoane cu risc de dezvoltare a diabetului zaharat |
| 2.2.4. Organizarea activităților de sensibilizare și comunicare privind prevenirea factorilor de risc în cadrul Zilelor mondiale ale diabetului, obezității, conform calendarului stabilit | | Raport anual elaborat și prezentat; număr de activități organizate; număr de participanți |

**Obiectiv specific 3. Îmbunătățirea măsurilor de prevenire secundară a diabetului zaharat prin diagnosticarea precoce a complicațiilor cronice, stoparea progresiei acestora prin tratament adecvat și oferirea metodelor de reabilitare**

| Acțiuni | Motivație | Indicatori |
|---|---|---|
| **Subobiectiv 3.1. Asigurarea accesului pacienților la metode de control al diabetului și screeningul complicațiilor cronice** | | |
| 3.1.1. Aprecierea anuală a hemoglobinei glicozilate la 70% din populație | Hemoglobina glicozilată este marcherul compensării diabetului zaharat care trebuie să fie testată la toți pacienții cu diabet zaharat pentru aprecierea eficienței tratamentului la fiecare 3 luni pînă la normalizare, indicînd momentul de intensificare a terapiei hipoglicemiante | Număr de persoane cu cel puțin o determinare a hemoglobinei glicozilate; număr de persoane cu diabet zaharat |
| 3.1.2.Testarea hemoglobinei glicozilate la 70% dintre pacienții cu diabet zaharat tratați cu insulină minimum de 2 ori pe an | | Număr de persoane tratate cu insulină cu cel puțin 2 determinări ale hemoglobinei glicozilate; număr total de persoane tratate cu insulină |
| 3.1.3.Determinarea anuală a LDL-colesterolului (lipoproteide cu densitate joasă) la 70% din populația cu diabet zaharat | Lipoproteidele cu densitate joasă reprezintă factorii aterogeni care intensifică riscul cardiovascular la persoanele cu diabet zaharat | Număr de persoane cu LDL-colesterol măsurat; populație totală cu diabet zaharat |
| 3.1.4. Efectuarea anuală a screeningului nefropatiei la 70% din populația cu diabet zaharat | Persoanele cu diabet necesită efectuarea anuală a screeningului complicațiilor renale, pentru diagnosticarea precoce ale acestora și prevenirea evoluției spre stadiile finale ale insuficienței renale cronice care impune tratament prin dializă renală | Număr de persoane cărora li s-a efectuat screeningul nefropatiei; populație totală cu diabet zaharat |
| 3.1.5. Efectuarea anuală a screeningului retinopatiei la 50% din populația cu diabet zaharat | Evaluarea oftalmologică anuală permite diagnosticul timpuriu al afectării vaselor retiniene cu prevenirea cecității | Număr de persoane cu diabet zaharat cărora li s-a efectuat screeningul retinopatiei; populație totală cu diabet zaharat |
| 3.1.6. Efectuarea screeningului pentrudepistarea piciorului diabetic a 80% dintre pacienții cu diabet zaharat | Afectarea piciorului diabetic la pacienții cu diabet zaharat este o problemă importantă, deoarece reprezintă cauza cea mai frecventă a amputațiilor membrelor, de aceea se solicită screeningul piciorului diabetic | Număr de pacienți cu diabet zaharat la care s-a efectuat screeningul piciorului diabetic; populație totală cu diabet |

**Obiectiv specific 4. Ameliorarea asistenței medicale femeilor însărcinate cu diabet (gestațional sau preexistent sarcinii)**

| Acțiuni | Motivație | Indicatori |
|---|---|---|
| **Subobiectiv 4.1. Reducerea cu 10% a incidenței diabetului gestațional către anul 2021** | | |
| 4.1.1. Efectuarea screeningului a 100% dintre femeile însărcinate pentru identificarea diabetului gestațional | | Număr de femei însărcinate cărora li s-a efectuat screeningul pentru diabet zaharat; număr total de femei însărcinate |
| **Subobiectiv 4.2. Asigurarea asistenței medicale calitative femeilor cu diabet zaharat preexistent sarcinii** | | |
| 4.2.1. Garantarea | Diabetul zaharat preexistent | Număr de femei însărcinate cu |

| | | |
|---|---|---|
| accesului a 100% dintre femeile însărcinate cu diabet zaharat preexistent la o îngrijire adecvată | sarcinii în cazul compensării insuficiente contribuie la progresarea complicațiilor cronice și prezintă riscuri severe pentru viața pacientelor | diabet zaharat care au acces la 5 teste pe zi; număr total de femei însărcinate cu diabet zaharat |

## IV. ETAPELE ŞI TERMENELE DE IMPLEMENTARE

**25.** Prezentul Program raional va fi implementat pe parcursul anilor 2018-2021 în conformitate cu planul de acțiuni stipulat în anexa nr. 2.

**26.** La mijlocul termenului de realizare a Programului național se va efectua evaluarea intermediară, iar la sfîrşitul implementării Programului raional – evaluarea finală.

## V. RESPONSABILI PENTRU IMPLEMENTARE

**27.** Autoritatea responsabilă de implementarea prezentului Program raional este Centrul de Sănătate Publică Chişinău (raionul Criuleni), IMSP Spitalul raional Criuleni, IMSP Centrele de Sănătate inclusiv OMF şi CS, Administrația Publică Locală.

**28.** În procesul de implementare a prezentului Program raional, autoritățile responsabile vor colabora cu alte autorități ale administrației publice centrale şi locale, Ministerul Sănătății, Muncii şi Protecției Sociale în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemițanu", Biroul Național de Statistică, organizații neguvernamentale, precum şi cu parteneri internaționali de dezvoltare.

## VI. ESTIMAREA GENERALĂ A COSTURILOR

**29.** Finanțarea acțiunilor prevăzute în prezentul Program raional se va efectua din contul şi în limitele alocațiilor prevăzute anual în aceste scopuri în bugetul de stat, fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, bugetele autorităților administrației publice locale, precum şi în fondurile organizațiilor internaționale.

## VII. REZULTATELE SCONTATE ŞI INDICATORI DE PROGRES

**30.** Rezultatele aşteptate în urma implementării prezentului Program raional către anul 2021:

1) reducerea cu 5% a prevalenței diabetului zaharat;
2) reducerea cu 10% a incidenței diabetului zaharat;
3) reducerea cu 10% a incidenței diabetului gestațional;
4) reducerea cu 20% a numărului de complicații cronice ale diabetului zaharat (amputații, nefropatie, retinopatie).

**31. Indicatorii obiectivului specific 1**:

Indicatori de proces:

1) desemnarea conducătorului Programului raional de prevenire şi control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021;
2) desfăşurarea întîlnirilor.

**32. Indicatorii obiectivului specific 2**:

Indicatori de proces:

1) număr de rapoarte privind implementarea programelor raionale sinergice cu diabetul zaharat;
2) şcoală creată;
3) populație supusă screeningului; populație țintă;
4) număr de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat cărora li s-a efectuat testul oral de toleranță la glucoză; număr total de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat;
5) număr de persoane cu risc de dezvoltare a diabetului zaharat informate; număr total de persoane cu risc de dezvoltare a diabetului zaharat;
6) raport anual elaborat şi prezentat; număr de activități organizate; număr de participanți;

**33. Indicatorii obiectivului specific 3**:

Indicatori de proces:

1) număr de persoane cu diabet zaharat cu cel puțin o determinare a hemoglobinei glicolizate; număr de persoane cu diabet zaharat; număr de persoane tratate cu insulină cu cel puțin 2 determinări ale hemoglobinei glicolizate; număr total de persoane tratate cu insulină;
2) număr de persoane cu diabet zaharat cu LDL-colesterol măsurat; populație totală cu diabet zaharat;

3) număr de persoane cu diabet zaharat cărora li s-au efectuat screeningul nefropatiei; populație totală cu diabet zaharat;
4) număr de persoane cu diabet zaharat cărora li s-au efectuat screningul retinopatiei; populație totală cu diabet;
5) număr de pacienți cu diabet zaharat cărora li s-a efectuat screeningul piciorului diabetic; populație totală cu diabet zaharat.
Indicatori de rezultat:
1) număr de persoane cu diabet zaharat cu LDL-colesterol >3,4 mmol/l (ultima valoare din anul curent); număr de persoane care au efectuat LDL-colesterol în anul curent;
2) număr de persoane cu diabet zaharat cu tensiunea arterială >140/90 mmHg (valoarea medie în ultimele 3 luni); număr total de persoane cu diabet zaharat cu tensiunea arterială majorată în anul curent;

**34. Indicatorii obiectivului 4:**

Indicatori de proces:
1) număr de femei însărcinate cărora li s-au efectuat screeningul pentru diabet zaharat; număr total de femei însărcinate;
2) număr de femei însărcinate cu diabet zaharat care au acces la 5 teste pe zi; număr total de femei însărcinate cu diabet zaharat.

**35. Indicatorii obiectivului 5**:

Indicatori de proces:
1) număr de centre de sănătate care au cel puțin 2 asistenți medicali instruiți; număr total de centre de sănătate;
2) număr de personal medical instruit; număr total de personal medical din grupul țintă;
3) număr de medici de familie, endocrinologi, asistente medicale;
4) număr de pacienți cu diabet zaharat aflați la tratament cu metformină (2 gr pe zi); populație cu diabet zaharat;
5) număr de pacienți cu diabet zaharat de tip 1 asigurați cu analogi de insulină; număr total de pacienți cu diabet zaharat de tip 1;
6) număr de pacienți cu diabet zaharat asigurați cu antiagregante; populație cu diabet zaharat;
7) număr de pacienți cu diabet zaharat asigurați cu hipolipemiante; populație cu diabet zaharat;
8) număr de pacienți cu diabet zaharat asigurați cu preparate hipotensive; populație cu diabet zaharat cu tensiunea arterială majorată;
9) număr de copii cu diabet zaharat asigurați cu 5 teste pe zi; număr total de copii cu diabet zaharat;
10)număr de femei însărcinate (cu diabet preexistent și gestațional) asigurate cu 5 teste pe zi; număr total de femei însărcinate (cu diabet preexistent și gestațional);
11)număr de pacienții tratați cu insulină (regim bazal-bolus) asigurați cu 100 de teste pe lună; număr total de pacienți tratați cu insulină (regim bazal-bolus);
12)număr de persoane cu diabet zaharat tratate cu antidiabetice orale asigurate cu 100 de teste pe an; număr total de persoane cu diabet zaharat tratate cu antidiabetice orale;
13)număr de copii și femei însărcinate asigurate cu glucometre; număr total de copii și femei însărcinate;
14)număr de pacienți aflați la tratament cu insulină (regim bazal-bolus) asigurați cu glucometre; număr total de pacienți aflați la tratament cu insulină (regim bazal-bolus);
15)număr de centre ale medicilor de familie care pot aprecia microalbumineria, creatinina, hemoglobina glicolizată, LDL-colesterolul; număr total de centre de sănătate;
16)număr de centre în care a fost implementată monitorizarea glicemică continuă;
17)număr de centre de diabet create (la nivel terțiar).

## IX. PROCEDURI DE RAPORTARE ȘI EVALUARE

**36.** Evaluarea prezentului Program raional se efectuează de către Consiliul raional de comun cu specialiștii Centrului de Sănătate Publică Chișinău(raionul Criuleni) în conformitate cu Planul raional, în baza indicatorilor și obiectivelor conținute în Program și în Planul de acțiuni.

**37.** Prevederile prezentului Program raional sînt valabile și obligatorii pentru toate instituțiile medico-sanitare, indiferent de statutul juridic, care vor respecta integral cadrul normativ și vor furniza date necesare evaluării activității.

*Anexa nr. 2*
*la decizia Consiliului raional Criuleni*
*nr. 22.03 din 13.12.2018*

# PLAN DE ACŢIUNI

**privind implementarea Programului raional de prevenire şi control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021**

**Obiectiv general. A reduce povara generală a diabetului zaharat în raionul Criuleni prin implementarea unui program eficace, centrat pe pacient, cu implicare socială, în conformitate cu resursele disponibile**

| Nr. crt. | Obiective Acţiuni specifice | Termen de realizare | Responsabili pentru implementare | Parteneri | Costurile implementării | | | | | Indicatori de monitorizare |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **Coordonarea programului** | | | | | | | | | | |
| **Obiectiv specific 1. Asigurarea unui management eficient al Programului raional de prevenire şi control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021** | | | | | | | | | | |
| **1.1.** | Asigurarea activităţii structurii de coordonare a Programului raional | | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Desemnarea conducătorului Programului raional de prevenire şi control al diabetului zaharat pentru anii 2018-2021 |
| **1.2.** | Convocarea şedinţelor pentru evaluarea Programului raional (o dată la fiecare 6 luni) | Anual (la fiecare 6 luni) | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Desfăşurarea întâlnirilor |
| **Obiectivul specific 2. Optimizarea metodelor de prevenire primară a diabetului zaharat.<br>Subobiectiv 2.1. Reducerea cu 10% a numărului de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat şi diminuarea cu 5% a prevalenţei diabetului zaharat către anul 2021** | | | | | | | | | | |
| **2.1.1.** | Activităţi de prevenire a diabetului zaharat prin reducerea factorilor de risc comportamentali în populaţia generală (conform Programului raional privind controlul alcoolului pentru anii 2012-2020, Programului raional de de prevenire şi control al bolilor netransmisibile pentru | Anual | CSP Chişinău (raionul Criuleni) IMSP SR Criuleni, IMSP CS raionale, autorităţile administraţiei publice locale; | Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, Compania Naţională de Asigurări în Medicină, Agenţia Naţională pentru Sănătate Publică | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Număr de rapoarte privind implementarea programelor raionale sinergice cu diabetul zahart |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | anii 2017-2020, Programul raional privind controlul tutunului pentru anii 2018-2021 şi Programului raional de promovare a sănătăţii pentru anii 2017-2020) cu informarea anuală la Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale | | | | | | | | | |
| **Subobiectiv 2.2. Sporirea depistării precoce a diabetului zaharat** | | | | | | | | | | |
| **2.2.1.** | Screeningul efectuat prin chestionare a 80% din populaţie cu vîrsta de peste 40 de ani, pînă în 2021 | Anual | IMSP CS, IMSP SR Criuleni | Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, Compania Naţională de Asigurări în Medicină | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Populaţie supusă screeningului; populaţie ţintă |
| 2.2.2. | Screeningul diabetului zaharat, testul oral de toleranţă la glucoză (TOTG) la minimum 80% dintre persoanele cu risc înalt, pînă în 2021 | Anual | IMSP CS, IMSP SR Criuleni | Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, Compania Naţională de Asigurări în Medicină | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Număr de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat cărora li s-au efectuat testul oral de toleranţă la glucoză; număr total de persoane cu risc înalt de dezvoltare a diabetului zaharat |
| 2.2.3. | Organizarea activităţilor de sensibilizare şi comunicare privind prevenirea factorilor de risc în cadrul Zilelor mondiale ale diabetului, obezităţii, conform calendarului stabilit. | Anual | CSP Chişinău ( raionul Criuleni), IMSP SR Criuleni, IMSP CS raionale, autorităţile administraţiei publice locale; | Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, Compania Naţională de Asigurări în Medicină | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | **Raport anual elaborat şi prezentat; număr de activităţi organizate; număr de participanţi** |
| 2.2.5. | Organizarea | Anual | CSP Chişinău | Ministerul | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | **0,0** | Raport anual |