



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Analiza comună a programului național de profilaxie și combatere a tuberculozei din Republica Moldova



Analiza comună a programului național de profilaxie și combatere a tuberculozei 2006-2010 din Republica Moldova

**Raport consolidat de
Dr Maya Kavtaradze și Dr Silviu Ciobanu**

ABSTRACT

Biroul Regional European al OMS a organizat o evaluare exhaustivă a programului național pentru profilaxia și controlul tuberculozei (PNT) în Republica Moldova în perioada 7–11 septembrie și 22–29 noiembrie 2009. evaluarea s-a axat pe realizările și aspectele de tratament ale tuberculozei (TBC) pe baza componentelor Strategiei Stop TB a OMS, inclusiv angajamentul politic, detectarea cazurilor și diagnostic, tratamentul direct observat, aprovizionarea cu medicamente, monitorizare și evaluare. O evaluare separată a vizat conduita co-infecției HIV-TBC în contextul rezistenței la medicamente multiple, fortificarea sistemului de sănătate, împuternicirea pacienților bolnavi de TBC, implicarea sectorului asociativ și cooperarea intersectorială între diverșii prestatori de asistență medicală, inclusiv cu sistemul penitenciar și regiunea Transnistreană. A fost examinată detaliat structura serviciilor TBC din sistemul sănătății, de rând cu o analiză aprofundată a situației epidemiologice. Pentru fiecare componentă în parte au fost identificate avantajele și lacunele restante, la fel ca și domeniile specifice și relevante pentru acțiune sugerate. Constatările și recomandările oferite în cadrul evaluării constituie fundamentul pentru elaborarea noului PNT pentru anii 2011–2015.

CUVINTE CHEIE

MANAGEMENT ȘI PLANIFICARE ÎN SĂNĂTATE
TUBERCULOZĂ, PULMONARĂ – PREVENIRE ȘI CONTROL
EVALUAREA PROGRAMULUI
PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE
IMPLEMENTAREA PLANULUI DE SĂNĂTATE
PLANURI PENTRU SISTEME DE SĂNĂTATE

Solicitările pentru publicare urmează a fi remise în atenția BRE OMS:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Alternativ, în regim online poate fi completată o cerere pentru documentare, informație medicală sau pentru permisiunea de a cita sau traduce, disponibilă pe site-ul BRE OMS (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

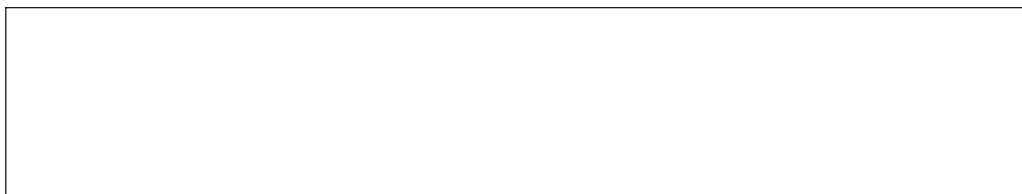
© Organizația Mondială a Sănătății 2012

Toate drepturile rezervate. Solicitățile pentru permisiunea de reproducere sau traducere, parțială sau în întregime, a publicațiilor OMS urmează a fi adresate în atenția Biroului Regional pentru Europa al OMS.

Denumirile utilizate și prezentarea materialului din prezenta publicație nu implică exprimarea oricăror opinii din partea Organizației Mondiale a Sănătății privind statutul juridic al oricărui stat, teritorii, oraș sau regiuni sau ale autorităților acestora, sau vis-a-vis de demarcarea frontierelor sau hotarelor sale. Liniile intermitente de pe hărți reprezintă hotarul aproximativ, pentru care s-ar putea să nu existe încă un acord absolut.

Menționarea anumitor companii sau produse ale producătorilor nu implică faptul că acestea sunt aprobate sau recomandate de către Organizația Mondială a Sănătății în detrimentul altora de o natură similară și care nu sunt menționate. Cu excepția erorilor și omiterilor, denumirile produselor brevetate sunt destinate prin majusculă.

Organizația Mondială a Sănătății a întreprins toate precauțiile rezonabile de a verifica informația conținută în publicația dată. Totuși, materialul publicat este repartizat fără nicio garanție de orice fel, fie aceasta expres sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului rămâne la discreția cititorului. În niciun caz Organizația Mondială a Sănătății nu va purta răspundere pentru careva daune parvenite din folosirea acestuia. Opiniile exprimate de autori, editori sau de grupurile de experți nu reprezintă implicit deciziile sau politicile declarate ale Organizației Mondiale a Sănătății.



CUPRINS

Sumar Executiv	4
Principalele recomandări în funcție de componentele Strategiei Stop TB	6
Organizarea serviciului fiziatric în Republica Moldova	9
Analiza epidemiologică a TBC în Republica Moldova	11
Rezumatul punctelor forte și al lacunelor Programului și recomandările în funcție de componentele Strategiei Stop TB	16
1. Extinderea și fortificarea tratamentului DOTS calitativ	16
2. Abordarea TBC-MDR, co-infecției TBC-HIV și alte provocări	24
3. Contribuția la fortificarea sistemelor de sănătate	34
4. Implicarea tuturor prestatorilor	39
5. Împuternicirea persoanelor cu TBC și a comunităților	45
6. Facilitarea și promovarea studiilor	46
Concluzii	46
Anexa I	47
Anexa II	50

SUMAR EXECUTIV

Controlul TBC în Republica Moldova s-a bucurat de atenție și sprijin politic la nivel național. Agențiile internaționale au asigurat colaborarea și au oferit sprijin tehnic și financiar considerabil. În linii generale, de la demararea tratamentului direct-observat (DOTS) în anul 2001, echipa PNT a gestionat programul într-un mod abil și laudabil, a elaborat strategii și ghiduri pentru conduita TBC, a inaugurat un sistem de achiziționare și distribuire a remediilor medicamentoase de linia I (RML I), iar în prezent – și de linia a doua (RML II), dispune de colaboratori bine formați profesional și a creat un sistem de depistare și conduită a cazurilor, care stă la temelia unei ulterioare extinderi. Într-adevăr, programul se confruntă cu provocări majore – predominant în aspect de control al TBC-MDR – pe motiv de prevalență înaltă a TBC-MDR atât în rândul cazurilor primar depistate, cât și în rândul cazurilor cu tratament repetat. Totuși, în ultimii ani s-a acumulat o experiență robustă și de valoare, demonstrând că echipa PNT este capabilă și bine-pregătită să depășească provocările în viitor.

Republica Moldova se poziționează pe locul 19 în clasamentul celor 27 de state cu cel mai mare nivel de tuberculoză cu rezistență multiplă la medicamente (TBC-MDR) din lume.¹ Un studiu național privind rezistența medicamentoasă, realizat în anul 2006, a constatat că TBC-MDR a constituit 19 la sută din toate cazurile noi și 51 la sută din toate cazurile anterior tratate. Estimativ în Moldova în fiecare an sunt depistate 2.200 de cazuri cu TBC-MDR, din care 1.700 cazuri sunt cu frotiul sputei pozitiv. Suplimentar la cazurile incidente date, în țară mai există probabil și o “totalitate restantă” de mii de pacienți cu formă MDR a TBC din anii precedenți. Până la diagnosticarea și tratarea adecvată a cazurilor cu TBC-MDR, aceste 2.200 de cazuri noi (suplimentar la cele deja existente) cu TBC-MDR continuă să răspândească TBC-MDR și să genereze și mai multe cazuri de TBC-MDR. În anul 2008 în țară au fost depistate 25 de cazuri de TBC cu rezistență extensivă la remediile anti-tuberculoase (TBC-XDR).

PNT a înregistrat un progres major în îmbunătățirea depistării TBC-MDR. Medicii din asistența medicală primară (AMP) au fost instruiți în materie de depistare a pacienților cu suspiciune de TBC și îndreptarea pacienților la unul din cele 57 de centre de microscopie din țară pentru examinarea de laborator a sputei. Politicile actuale recomandă efectuarea examinării culturii și testului de rezistență medicamentoasă (TRM) de rând cu microscopia frotiului sputei. În anul 2008 rețeaua de laboratoare

¹ OMS. Raportul Global privind controlul TBC: epidemiologie, strategii, finanțare: raport OMS 2009 Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/, accesat în 16 noiembrie 2011)

funcțională din Moldova a depistat 1.048 de cazuri cu TBC-MDR, ceea ce reprezintă 48 la sută din numărul estimat de cazuri de TBC-MDR apărute în acel an.

De asemenea, PNT a realizat progrese la capitolul tratamentul TBC-MDR, depunând cu succes dosarul pentru obținerea finanțării în cadrul a trei runde de finanțare a TBC din partea Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG), ceea ce a permis finanțarea proiectului aprobat de Comitetul Unda Verde (GLC) din Moldova. În anul 2008 inițiativa de management programatic al TBC rezistente la remediile medicamentoase din Moldova (PMDT) a înrolat 522 de pacienți, ceea ce reprezintă 50 la sută din cele 1.048 de cazuri cu TBC-MDR depistate în ultimul an (Tabelul 6). Axându-se pe obiectivul asigurării accesului universal la diagnosticul și tratamentul TBC-MDR, PNT planifică să înroleze aproximativ 700 de pacienți pe an (circa o-treime din cazurile noi anuale estimate) grație surselor financiare al rundei 8 a FG. PMDT funcționează ca parte integră a PNT.

În prezent, Republica Moldova se confruntă atât cu grave provocări, cât și cu importante oportunități. Depistând 48 la sută din numărul estimat de cazuri noi și înrolând ulterior 50 la sută din cei diagnosticați înseamnă că componenta PMDT a tratat efectiv doar un-sfert din povara națională de 2.200 de cazuri cu TBC-MDR existentă în anul 2008. provocarea pentru Moldova constă în depistarea și tratarea celor trei-sferturi rămase (1.678 de cazuri cu TBC-MDR ce apar în fiecare an), astfel încât să evite răspândirea acestor tulpini rezistente sau a deceselor de TBC-MDR. În linii generale, depistarea cazurilor de TBC în Moldova reprezintă o provocare – OMS a estimat că în fiecare an o-treime din cazurile cele mai infecțioase nu sunt diagnosticate. Din rândul celor ce inițiază tratamentul, ratele înalte de abandon și eșecuri nu permit Republicii Moldova să înregistreze succese la capitolul tratament.

Disponând de un liderism și viziune robuste, Republica Moldova a pus temelia, ce-i va permite să profite de unele oportunități cruciale în controlul TBC. Una din oportunități constă în implementarea noilor tehnologii de laborator (teste moleculare rapide), fapt ce scurtează durata diagnosticării TBC-MDR de la luni până la câteva zile. O altă oportunitate este sistemul robust de raportare a cazurilor de TBC ce servește îndrumării și evaluării realizărilor programului și monitorizării dinamicii epidemiei TBC-MDR. Recomandările prezentate în continuare sunt menite să sprijine PNT în maximizarea oportunităților în vederea fortificării capacităților sale de protecție a publicului împotriva pericolului cauzat de TBC-MDR.

PRINCIPALELE RECOMANDĂRI ÎN FUNCȚIE DE COMPONENTELE STRATEGIEI STOP TB

1. Extinderea și fortificarea tratamentului DOTS calitativ

- 1a Angajamentul politic, cu asigurarea finanțării sporite și durabile prin:
- Asigurarea unui mecanism de guvernare și coordonare la nivel înalt pentru supravegherea controlului TBC
 - Analiza sarcinilor de finanțare, supraveghere și răspundere ale principalelor actori implicați în controlul TBC din Moldova în vederea reducerii fragmentării și soluționării mai bune a aspectelor multilaterale ale TBC
 - Asigurarea protecției tuturor serviciilor aferente TBC împotriva reducerilor de buget cauzate de criza economică
 - Examinarea opțiunilor de influențare și stabilire a priorităților în domeniul TBC la un nivel mai înalt în cadrul sistemului de sănătate, inclusiv implicarea organizațiilor societății civile
- 1b Depistarea cazurilor prin examinare bacteriologică de calitate prin:
- Îmbunătățirea depistării cazurilor cu frotiul sputei pozitiv în Moldova, plus identificarea și soluționarea obstacolelor de sistem, ce împiedică diagnosticarea și notificarea cazurilor de TBC
 - Implementarea metodelor rapide de laborator pentru determinarea rapidă a rezistenței medicamentoase și confirmarea la nivel de țară a *Mycobacterium tuberculosis* (TBC).
- 1c Tratament standard, cu supraveghere și sprijin pentru pacienți prin:
- Diminuarea abandonului prin elaborarea abordărilor axate pe pacient
 - Asigurarea supravegherii tratamentului pentru toate prizele remediilor anti-tuberculoase
- 1d Necesitatea creării și întreținerii unui sistem eficient de aprovizionare și gestionare a medicamentelor, inclusiv pentru introducerea formelor de remedii anti-TBC prietenoase copiilor
- 1e Perfecționarea sistemului de monitorizare și evaluare, plus cuantificarea impactului, prin:

- Utilizarea în volum deplin a datelor sistemului automatizat informațional de supraveghere a TBC, bazat pe cazuri (SIME-TB)
- Asigurarea unui instrument de supraveghere pentru evaluarea și creșterea randamentului PNT la nivel național și raional

2. Abordarea problemei TBC-MDR, TB-HIV și a altor provocări

2a Necesitatea îmbunătățirii prevenirii și controlului TBC-MDR prin:

- Elaborarea unui plan național pentru TBC-MDR în scopul asigurării extinderii rapide, durabile și încununată cu succes a accesului universal la serviciile de diagnostic, tratament și îngrijiri pentru pacienții cu TBC-MDR.
- Creșterea numărului de cazuri cu TBC-MDR depistate, monitorizarea și creșterea proporției pacienților noi și anterior tratați, cărora li s-a efectuat investigarea prin cultură și TRM la debutul tratamentului.
- Crearea opțiunilor de tratament a TBC-MDR în condiții de ambulatoriu, cu suport axat pe pacient, ceea ce în mare parte ar putea îmbunătăți ratele de înrolare în tratament și succes al tratamentului, de rând cu diminuarea riscului de răspândire intraspitalicească a TBC-MDR.

2b Necesitatea îmbunătățirii activităților axate pe co-infecția HIV-TBC prin:

- Asigurarea corespunderii bazelor de date ale programelor TBC și HIV.
- Analiza situației în aspect de control infecțios și a riscurilor mari de transmitere nosocomială pacienților cu infecția HIV.
- Co-optarea ONG-urilor ce activează în domeniul HIV și TBC în rândul populațiilor vulnerabile pentru realizarea depistării mai intense a cazurilor și monitorizarea tratamentului co-infecției TBC-HIV.

3. Contribuirea la fortificarea sistemului de sănătate (FSS)

- Elaborarea și implementarea politicilor de tranziție de la tratamentul TBC în condiții spitalicești la cele de ambulatoriu, cu re-direcționarea corespunzătoare a resurselor.
- Examinarea oportunității reintroducerii stimulentei financiare pentru depistarea precoce / tratamentul cu succes la nivel de AMP și analiza opțiunilor suplínirii acestora cu stimulente directe adiționale oferite pacienților menite să îmbunătățească aderența la tratament, de rând cu “statutul social” al pacienților cu TBC și al familiilor acestora.
- Utilizarea ghidului publicat recent privind controlul infecțios în TBC pentru evaluarea și fortificarea măsurilor de prevenire a transmiterii TBC în cadrul instituțiilor cu cel mai înalt risc din Moldova.
- Asigurarea coordonării optime între PNT și serviciile de AMP și de asigurare de sănătate astfel, încât să asigure asistență de calitate superioară pe durata îngrijirii, inclusiv tratament observat direct, pacienților cu TBC până la finalizarea tratamentului TBC, prestat de lucrători motivați și corespunzător formați profesional.

4. Implicarea tuturor prestatorilor de asistență

- Oferirea asistenței tehnice continue serviciului penitenciar (în particular, regiunilor din est) în colaborare cu Carlux, Ministerul Justiției și PNT.

5. Împuternicirea persoanelor bolnave de TBC și a comunităților

- Implicarea partenerilor în extinderea DOT în condiții de ambulatoriu și suportului pentru tratament
- Stabilirea unui sistem pentru diagnosticul timpuriu și complianța terapeutică în rândul populației migranților.

6. Favorizarea și promovarea studiilor și activității științifice

- Efectuarea studiilor operaționale specifice pentru ghidarea îmbunătățirilor de program în domeniile în care datele supravegherii de rutină colectate prin intermediul SIME-TB nu sunt suficiente pentru identificarea lacunelor din realizarea programului.

ORGANIZAREA SERVICIULUI FTIZIATRIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Republica Moldova este un stat în tranziție din Europa de Est, care și-a dobândit independența în anul 1991 după destrămarea Uniunii Sovietice, devenind un stat parlamentar în anul 2001. Populația Republicii Moldova numără 3,8 milioane, inclusiv circa 600 mii în teritoriile din est (Transnistria). Venitul național brut se ridică la 1.500 dolari SUA pe cap de locuitor (metoda Atlas)².

Populația RM este deservită de un PNT bine-organizat. Ministerul Sănătății deține responsabilitatea absolută pentru controlul TBC în țară. Acesta își exercită atribuția în cauză prin intermediul unității centrale a PNT – Institutul de Ftiziopneumologie (IFP) – și implică Ministerul Justiției și alte entități guvernamentale, în colaborare cu organizațiile neguvernamentale și partenerii săi internaționali în aspect de activități de planificare, implementare, monitorizare și evaluare. Intervențiile pentru controlul TBC sunt prestate prin intermediul unei rețele de instituții specializate ale serviciului ftiziatric și de servicii ale asistenței medicale primare. Organizate pe baza modelului medicinei de familie, prestatorii AMP sunt implicați în controlul TBC de la etapa precoce a introducerii DOTS.

Depistarea pasivă a cazurilor reprezintă principala metodă de diagnosticare a TBC. Prestatorii AMP sunt responsabili pentru identificarea suspecților cu TBC și pentru îndreptarea acestora la serviciul ftiziatric. Diagnoza de TBC este stabilită prin microscopia directă a frotiului sputei (de rând cu investigația radiologică, la necesitate) și este confirmată prin cultură. Rețeaua de laboratoare a serviciului ftiziatric este reprezentată prin 57 de centre de microscopie, 3 laboratoare regionale de referință și Laboratorul național de referință.

Pe durata etapei intensive a tratamentului majoritatea pacienților infecțioși cu TBC sunt spitalizați. La etapa tratamentului de ambulatoriu monitorizarea în dinamică a pacienților și eliberarea medicamentelor sunt efectuate de instituțiile AMP sub supravegherea medicilor ftiziatri. Tratamentul direct observat (DOT) este asigurat pentru toți pacienții din staționare și pentru circa 60 la sută din pacienții în condiții de ambulatoriu. Fiind dat randamentul scăzut al DOT în cadrul AMP, grație proiectului finanțat din runda 9 a Fondului Global au fost dezvoltate activități DOT pe principiu comunitar.

Printre locațiile prestatoare de tratament pacienților cu TBC se regăsesc 13 instituții spitalicești, cu capacitatea totală egală cu 1.630 paturi (din care 3 instituții cu 310 paturi se află în Transnistria și 2 instituții cu 220 paturi – în sectorul penitenciar).

² Privire de ansamblu asupra Moldovei. Washington DC, Banca Mondială, 2009 (http://devdata.worldbank.org/AAG/mda_aag.pdf, accesat în 16 noiembrie 2011)

În ultimii ani, 490 paturi din 7 instituții au fost reprofile pentru tratamentul TBC-MDR. În condiții de ambulatoriu există 57 de cabinete pentru TBC amplasate în cadrul instituțiilor medicale de profil general.

Efectivul de cadre al serviciului ftiziatic numără 965 colaboratori în total, inclusiv 371 medici ftiziatri, 275 asistente medicale, 12 medici laboranți (bacteriologi) și 117 tehnicieni de laborator (din numărul total al acestora, circa 140 persoane activează în cadrul instituțiilor ce prestează servicii de tratament spitalicesc pacienților cu TBC-MDR). Unitatea centrală a PNT este responsabilă pentru educarea continuă a lucrătorilor medicali ce activează în domeniul TBC. Programul de formare în materie de DOTS a fost extins pentru a cuprinde în prezent prestatorii AMP, de rând cu anumite subiecte specifice, cum ar fi TBC-HIV și TBC-MDR.

Echipei i-au fost comunicate dificultăți de înrolare a lucrătorilor AMP și vârsta medie relativ avansată a colaboratorilor AMP. În aceeași ordine de idei, volumul de lucru al acestora era mare, iar nivelul de salarizare al colaboratorilor AMP era comparativ scăzut. În cadrul sistemului penitenciar s-a raportat că aproximativ până la o-treime din posturi erau vacante, cu dificultăți de completare cu cadre a posturilor vacante, periclitând calitatea serviciilor prestate.

ANALIZA EPIDEMIOLOGICĂ A TBC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Tuberculoza a reapărut ca problemă majoră de sănătate publică după dobândirea independenței, povara acesteia rămânând în continuare înaltă în Moldova. OMS a estimat că rata de notificare a cazurilor de TBC (toate formele) în Republica Moldova constituia 62 la 100.000 populație în anul 1991. Aceasta s-a majorat rapid până la 140 la 100.000 către anul 2001 și a rămas la acel nivel până în anul 2007. Țara a demarat DOTS la finele anului 2001 și a extins acoperirea acestuia pe toată țara către debutul anului 2004, inclusiv în sectorul penitenciar și în regiunile din estul țării. În anul 2007 au fost raportate 4.857 de cazuri noi și recidive, ceea ce corespunde unei rate de notificare a cazurilor de 128 la 100.000 populație.

Potrivit datelor estimative ale OMS pentru anul 2007, Moldova deținea a doua cea mai înaltă rată de notificare a cazurilor de TBC și a doua cea mai înaltă rată a deceselor de TBC din cele 53 de state membre ale regiunii Europene (o situație mai nefavorabilă fiind raportată doar în Tadjikistan)³. În ultimul an în Moldova s-a înregistrat o diminuare cu 9 la sută a ratei de notificare a TBC (Figura 1).

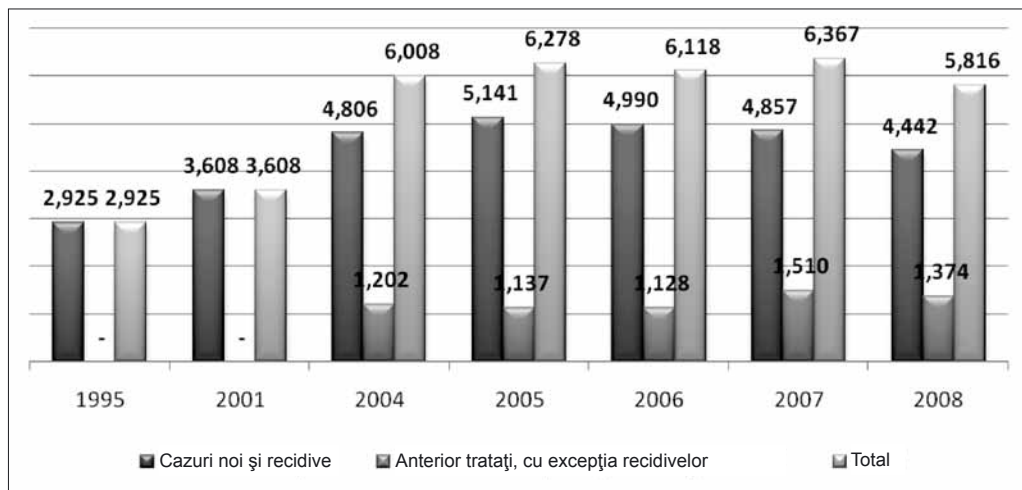


Figura 1. Notificarea cazurilor de TBC, anii 1995-2008, în funcție de categorie, valori absolute
Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2010

Proporția cazurilor cu rezultatul frotiului sputei pozitiv din toate cazurile pulmonare noi depistate s-a majorat de la 38 la sută în anul 2001 până la 46 la sută în

³ OMS. Raportul Global, 2009

anul 2004, însă nu s-a mai înregistrat o dinamică pozitivă de atunci, rămânând stabilă la 44 la sută din 2005 până în 2008 (Figura 2).

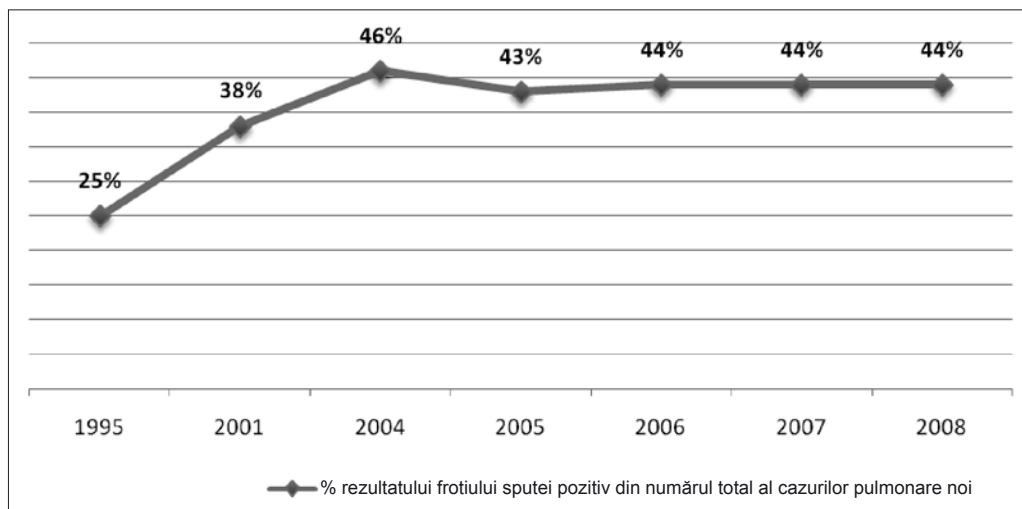


Figura 2. Propoția procentuală a rezultatului frotiului sputei pozitiv din toate cazurile pulmonare noi, anii 1995 – 2008

Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2010

Rata depistării cazurilor de 67 la sută raportată în anul 2007 este sub obiectivul global trasat de 70 la sută.

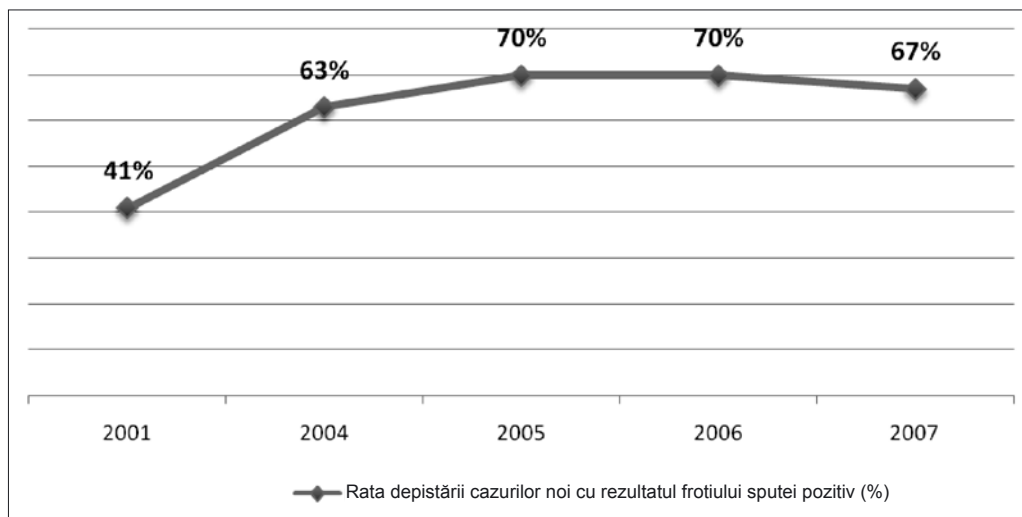


Figura 3. Rata depistării cazurilor noi cu rezultatul frotiului sputei pozitiv, anii 2001 – 2007

Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2009

Din rândul celor tratați cu succes, toți pacienții noi cu rezultatul frotiului sputei pozitiv aveau vindecarea confirmată bacteriologic cu excepția a 2-4 la sută din pacienți. Totuși, proporția cazurilor cu TBC cu rezultatul frotiului sputei pozitiv tratați cu succes nu s-a îmbunătățit considerabil din anul 2004. Rata de succes a tratamentului pentru cohortele anilor 2004-2006 a rămas la nivel de 62 la sută – cu mult sub obiectivul global trasat egal cu 85 la sută⁴. În cohortele în cauză, tratamentul a eșuat în 11-12 la sută din toate cazurile, 10-12 la sută au abandonat și alții 9-11 la sută au decedat (Figura 4).

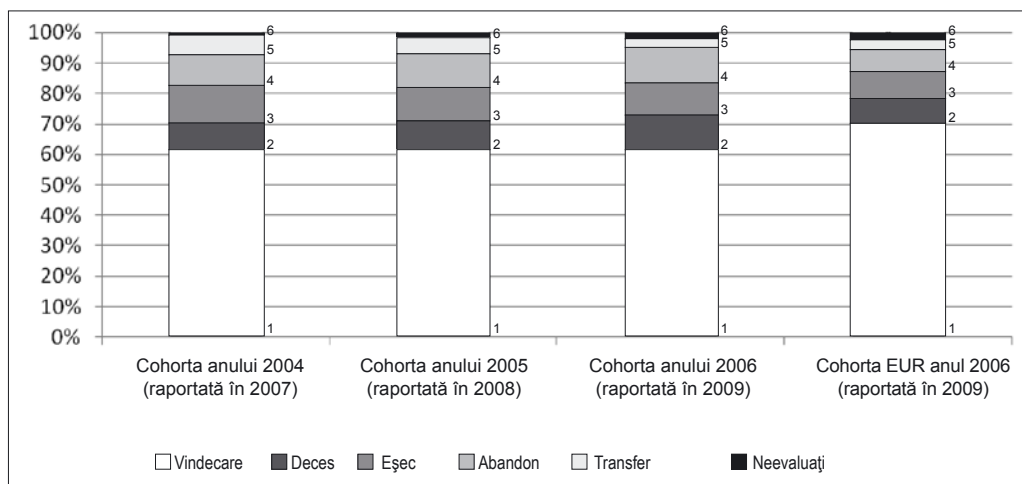


Figura 4. Rezultatele tratamentului în cazurile noi cu rezultatul frotiului sputei pozitiv pentru cohortele din anii 2004-2006, Moldova comparativ cu Regiunea Europeană a OMS, anul 2006
Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2009

Este mare proporția pacienților tratați repetat cu rezultate slabe ale tratamentului: decese circa 16 la sută, eșecul – 20 la sută și abandonul – 17 la sută. Rata de succes este cu mult mai mică, situându-se în jur de 35 la sută (Figura 5).

Din punct de vedere al măsurilor de impact asupra TBC, Parteneriatul Stop TB a stabilit obiectivele de înjumătățire a ratelor prevalenței și deceselor de TBC pe cap de locuitor către anul 2015 comparativ cu nivelurile raportate în anul 1990⁵. În anul 1990 prevalența TBC în Republica Moldova constituia 105 cazuri de TBC la 100.000 populație, care s-a majorat până la 215 cazuri la 100.000 către anul 2000. Începând cu anul 2004 prevalența a rămas neschimbată, constituind 151 cazuri la 100.000 – de trei ori mai mult decât obiectivul trasat pentru anul 2015, adică 52 cazuri la 100.000 populație.

⁴ Controlul global al tuberculozei: supraveghere, planificare, finanțare: Raportul OMS 2007 (Raportul global al OMS privind controlul TBC 2007). Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2007 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf, accesat în 16 noiembrie 2011);
Controlul global al tuberculozei: supraveghere, planificare, finanțare: Raportul OMS 2008 (Raportul global al OMS privind controlul TBC 2008). Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2008 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/fullreport.pdf, accesat în 16 noiembrie 2011)

⁵ Strategia Stop TB. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2006 (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/plan_strategy/The_Stop_TB_Strategy_Final.pdf, accesat în 17 noiembrie 2011).

Mortalitatea de TBC în Moldova era doar 9 cazuri la 100.000 populație în anul 1990, majorându-se până la 20 către anul 2000. În perioada anilor 2004-2007, rata mortalității s-a stabilizat în jur de 18 decese de TBC la 100.000 – cu mult peste obiectivul trasat pentru anul 2015 egal cu 4,5 decese la 100.000 populație.

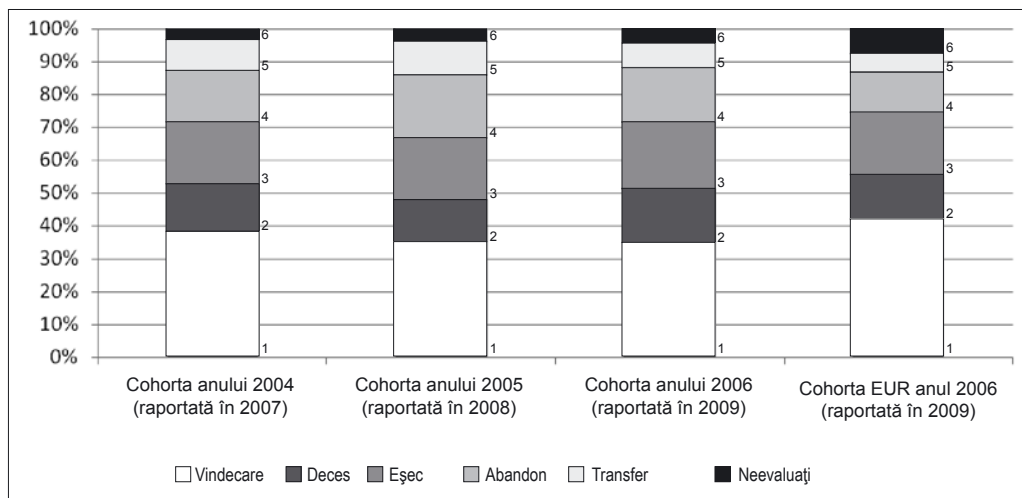


Figura 5. Rezultatele tratamentului la pacienții anterior tratați cu rezultatul frotiului sputei pozitiv pentru cohorțele anilor 2004-2006, Moldova comparativ cu EUR, anul 2006

Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2009

Rezistența medicamentoasă reprezintă un important factor contribuitor la eșecul atingerii de către Republica Moldova a obiectivelor globale trasate pentru TBC, discutate anterior. Republica Moldova se poziționează pe locul 19 în lista celor 27 de state cu cele mai înalte niveluri de TBC cu rezistență multiplă la medicamentele anti-tuberculoase (TBC-MDR) din lume⁶. Un studiu național asupra rezistenței medicamentoase, efectuat în anul 2006, a constatat TBC-MDR în 19 la sută din cazurile noi și în 51 la sută din cazurile anterior tratate. S-a estimat că 2.200 de cazuri de TBC-MDR apar în țară anual, din care 1.700 sunt cu rezultatul frotiului sputei pozitiv. Suplimentar la aceste cazuri noi înregistrate, în țară mai există probabil și un “număr restant” de mii de pacienți cu TBC cu forma MDR din anii precedenți. Până la momentul diagnosticării și tratării corespunzătoare a acestor forme TBC-MDR, acești 2.200 pacienți noi (plus cei acumulați din anii precedenți) continuă să răspândească TBC-MDR și să genereze și mai multe cazuri de TBC-MDR.

Un studiu național al SRM efectuat în 2006 a elucidat că 19 la sută din cazurile noi și 51 la sută din cazurile cu tratament repetat, aceste niveluri fiind în ascensiune. În anul 2008, 25 la sută din cazurile noi și 61 la sută din cazurile anterior tratate erau cu

⁶ Raportul global privind TBC al OMS, 2009

forma MDR. Totuși, pentru circa 20-30 la sută din acești pacienți nu s-a efectuat TRM, însă pacienții testați s-ar putea să nu fie reprezentativi pentru toate cazurile. Creșterea aparentă s-ar putea datora probabilității mai mari de obținere de către clinicieni a culturii și TRM la acei pacienți, pe care aceștia îi suspectă să fie cu forma MDR a TBC. În anul 2008 în țară au fost diagnosticate 25 de cazuri de TBC cu rezistență extinsă la medicamentele anti-tuberculoase (TBC-XDR).

Rezistența medicamentoasă, alta decât MDR, reprezintă și ea o provocare considerabilă. La debutul tratamentului, estimativ 12 la sută din pacienții noi și 11 la sută din pacienții anterior tratați (în total 660 de cazuri pe an) au tipare de rezistență la izoniazidă (H) altele decât cele caracteristice formelor MDR. La debutul tratamentului rezistența la rifampicină (R) se estimează să constituie 12 la sută și 54 la sută în cazurile noi și anterior tratate respectiv (Tabelul 1). Aceste cazuri sunt doar la un singur medicament depărtare pentru a evolua în cazuri TBC-MDR.

Tabelul 1.

Numărul estimat de cazuri du rezistență medicamentoasă (alta decât forma MDR) înregistrate anual în Republica Moldova (valori aproximative)

Coloane	A	B	C	D	E	F	G	H
	% orice rezistență la H	% MDR	% rezistență la H fără MDR	Notificări în anul 2007	Număr estimat de cazuri cu rezistență la H pe an	% orice rezistență	% rezistență fără MDR	Număr anticipat de cazuri cu rezistență la R pe an
Cazuri noi TBC pulmonară	31	19	12	3,653	431	21	1	47
Cazuri anterior tratate	61	51	11	2,201	231	54	3	68
Total					662			116
Calcul			A-B		C/D		F-B	G/D

Sursa: Raportul Global privind controlul TBC al OMS, 2008; datele PNT, 2008

MS s-a angajat să asigure RML II necesare pentru tratarea pacienților cu rezistență medicamentoasă care nu au TBC-MDR. Experții GLC au recomandat respectarea recomandărilor OMS pentru schemele terapeutice. Pe durata vizitelor în teren nu au fost examinate protocoalele sau practicile de tratament pentru grupul dat de pacienți.

REZUMATUL PUNCTELOR FORTE ȘI AL LACUNELOR PROGRAMULUI ȘI RECOMANDĂRILE ÎN FUNCȚIE DE COMPONENTELE STRATEGIEI STOP TB

1. EXTINDEREA ȘI FORTIFICAREA TRATAMENTULUI DOTS CALITATIV

1a. Angajamentul politic, cu asigurarea finanțării durabile

Avantaje și lacunele nesoluționate

DOTS este strategia oficială pentru controlul TBC în Republica Moldova. Introducerea acestuia a demarat la finele anului 2001 și s-a extins ulterior pentru a cuprinde întreaga țară către începutul anului 2004, inclusiv în sectorul penitenciar și în regiunile din est. Nivelul contribuției financiare la bugetul PNT din partea Guvernului s-a majorat în intervalul 2004 – 2008.

Intervențiile de control al TBC sunt direcționate de *Programul național pentru profilaxia și combaterea tuberculozei pentru anii 2006-2010*, aprobat de Guvern în 30 decembrie 2005 și reglementat de o serie de legi și acte normative subordonate. Țara dispune de o strategie națională în domeniul TBC (2006-2010) și de un ordin ministerial din anul 2007, stipulând ghidurile programului. Ministerul Sănătății deține responsabilitatea finală pentru controlul TBC din țară. Acesta își exercită atribuția în cauză prin intermediul unității centrale a PNT, desemnat în persoana Institutului de Ftiziopneumologie (IFP). Unitatea centrală a PNT este responsabilă pentru aspectele practice de planificare, implementare, monitorizare și evaluare a intervențiilor din cadrul programului național.

În cadrul Consiliului Național de Coordonare (CNC), care reprezintă „o singură autoritate națională” ce coordonează răspunsul național la epidemiile HIV/SIDA/ITS și TBC, au fost create grupuri tehnice de lucru (GTL) funcționale pentru TBC. Însă, deși CNC este bine-organizat, cu prezență multisectorială și o serie de GTL operaționale, prin mandatul său, acesta se axează preponderent pe gestionarea resurselor Fondului Global și este mai puțin potrivit pentru implicarea actorilor angrenați în alte domenii importante pentru TBC, cum ar fi AMP, politicile financiare etc. Un protocol revizuit pentru tratamentul TBC este în proces de elaborare ca parte a proiectului USAID Corporației Provocările Mileniului.

Criza economică globală periclitează sprijinul pentru PNT din partea Guvernului și FG. Există puține organizații partenere ale societății civile și nu există nicio comisie Stop TB pentru pledoarie în afara PNT. Programul de control TBC încearcă din greu

să influențeze pe ceilalți actori din afara sistemului, însă deține pârghii limitate de influențare a celorlalți actori din afara sistemului sănătății și nu dispune de mijloace de protecție împotriva reducerilor de buget. Există o colaborare robustă între PNT și regiunile din est (Transnistria); totuși, dialogul politic precar slăbește controlul TBC în regiune, soldându-se cu resurse limitate și rezultate mai precare ale tratamentului.

O provocare majoră este coordonarea efectivă a diverșilor actori, necesară pentru un control robust al TBC: delimitarea precară a rolurilor și relațiilor dintre Institutul de Ftiziopneumologie, Centrul Național de Management în Sănătate, Centrul de Medicină Preventivă, sistemul spitalicesc și prestatorii de asistență medicală primară, pe de o parte, la fel ca și cu organizațiile din afara sferei de acțiune a MS –cei doi recipienți principali ai FG, adică UCIMP și Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (PAS).

Un regulament recent aprobat cu privire la tratamentul coercitiv al TBC nu asigură recurgerea la reținerea pacienților cu TBC împotriva voinței sale doar ca măsură de ultima instanță, atunci când toate celelalte opțiuni corespunzătoare au fost încercate și epuizate (de exemplu, tratamentul ambulatoriu ca alternativă spitalizării, sprijin adecvat cu produse alimentare și stimulente financiare, tratamentul dependenților de alcool și al abuzului de substanțe, etc.) Acest regulament nou prezintă câteva aspecte ce necesită clarificare – nu există vreo explicație expres a ceea ce prezintă în sine acest tratament coercitiv, cum acesta va fi implementat și finanțat, care vor fi drepturile procedurale, tipul de ordonanțe, condițiile de eliberare din detenție, tipul serviciilor ce pot fi oferite pe durata detenției, dreptul pacienților la reprezentare juridică. Nu s-a stipulat nicio planificare a implementării sau finanțării.

Domeniile sugerate de acțiune

- Examinarea opțiunilor pentru un mecanism de coordonare sau guvernare de nivel înalt pentru supravegherea controlului TBC. Un atare mecanism de coordonare necesită a fi construit în jurul unei înțelegeri comune și să conțină planuri pentru toate ministerele relevante și actori implicați, de rând cu o abordare de sistem, necesare pentru a face față epidemiei TBC din Moldova.
- Examinarea opțiunilor pentru obținerea unei influențe și priorități pentru TBC de nivel mai înalt în cadrul sistemului sănătății, inclusiv implicarea organizațiilor societății civile.
- Analiza mandatelor atribuțiilor de finanțare, supraveghere și responsabilitate ale principalilor actori din controlul TBC din Moldova în vederea reducerii fragmentării și îmbunătățirii gestionării aspectelor multilaterale ale TBC.
- Asigurarea protecției tuturor serviciilor aferente TBC împotriva reducerilor de buget cauzate de criza economică.
- Continuarea planurilor de elaborare a abordărilor la nivel de sistem (SWAP) în sănătate, inclusiv a opțiunilor de integrare optimală a mecanismului de coordonare a TBC în SWAP. Examinarea opțiunilor pentru asigurarea sinergiei între fortificarea preconizată a sistemelor pentru politici informate pe bază de dovezi, sprijinite de CE și de OMS, plus studiile operaționale în controlul TBC.

- Examinarea ordinului cu privire la ghidurile naționale în lumina recomandărilor din prezenta analiză a programului.
- Utilizarea asistenței tehnice internaționale pentru revizuirea ghidurilor de conduită a TBC și TBC-MDR, elaborate în cadrul proiectului USAID Corporația Provocările Mileniului.
- De rând cu partenerii săi (OMS, alte agenții ONU, grupurile de suport al pacienților), MS va reveni la regulamentul aprobat în 7 august 2009 privind tratamentul coercitiv al TBC. Utilizarea oportunității în cauză pentru obținerea sprijinului oferit pacienților.

1b. Diagnosticarea cazurilor prin examen bacteriologic calitativ

Avantaje și lacunele nesoluționate

În Republica Moldova depistarea cazurilor de TBC implică o coordonare bună între medicii de familie, epidemiologi, spitale și dispensare. Potrivit recomandărilor internaționale, depistarea cazurilor de TBC începe odată cu adresarea pacienților simptomatici la rețeaua de asistență medicală primară. De la demararea DOTS, medicii de familie identifică persoanele suspectate a fi cu TBC și le referă la dispensare pentru stabilirea diagnozei. În cazul pacienților din zone rurale, care nu pot să se deplaseze până la laborator, există un sistem de transportare a probelor prelevate. Doar medicii fiziatzi (amplasați în dispensare) sunt autorizați să stabilească diagnoza (și să trateze) TBC. Un accent puternic este pus pe depistarea activă a cazurilor (examinarea persoanelor aflate în contact), cu oferirea profilaxiei drept intervenție programatică. Totuși, în continuare se observă o mizare excesivă pe importanța depistării active a cazurilor în populația generală prin intermediul serviciului mobil de fluorografie. Dovezile distanțelor lungi între AMP și “localul diagnosticării”, de rând cu cheltuielile de transport, contribuie la rata joasă a depistării cazurilor.

Rețeaua de laborator este bine-organizată, Laboratorul Național de Referință (LNR) supraveghind cele trei laboratoare regionale de referință, care efectuează examenul prin cultură și TRM. La rândul lor, laboratoarele regionale supraveghează cele 57 de laboratoare de microscopie a frotiului sputei existente în țară. Colaboratorii laboratoarelor, care au fost vizitate pe durata evaluării, sunt foarte competenți și bine-formați profesional, iar laboratoarele vizitate propriu-zise sunt și ele bine-organizate. Analiza externă a calității examenului microscopic al frotiului sputei, însă, nu este „orb”. Sistemul de asigurare a calității pe principiu de lot (Lot Quality Assurance System, LQAS) nu este implementat în volum deplin. Este implementat programul de control al calității de către LSR pentru TRM efectuate în cadrul LNR. Ghidurile pentru laboratoare sunt implementate, însă nu toate laboratoarele dispun de condiții adecvate de biosecuritate.

Rata de depistare a cazurilor este sub obiectivul global trasat și nu s-a îmbunătățit din anul 2005. Din anul 2003 până în anul 2005 a crescut numărul pacienților de la care a fost prelevată spută pentru examinarea frotiului prin microscopie de la 11.000 anual până la 52.000 pe an. Totuși, acest număr nu s-a majorat în intervalul anilor 2005 – 2008.

Examinarea prin cultură și TRM sunt aplicate pe larg în diagnosticul pacienților noi depistați și al celor anterior tratați. TRM este efectuat drept examinare de rutină la practic toți pacienții noi și anterior tratați cu forma pulmonară a TBC, fapt ce permite în prezent depistarea pacienților noi cu TBC-MDR doar în aproximativ două luni. Însă, rezultatele tardive ale examinărilor culturale pe medii tradiționale solide contribuie la ratele scăzute de depistare a cazurilor, abandon și tergiversare în diagnosticarea TBC-MDR (faceți referință la compartimentul 2a). Mai mult ca atât, la depistarea formei MDR, TRM la RML II nu este efectuată de rutină pe același izolat de același laborator care a identificat forma MDR.

Unul din cele trei laboratoare regionale (Bender) nu a reușit să participe la testarea de asigurare a calității TRM din cauză că tulpinile de *Mycobacterium tuberculosis* nu pot fi transportate în regiunile din est.

Domeniile sugerate de acțiune

- Sistarea practicii de depistare activă a cazurilor în populația generală prin intermediul serviciului mobil de fluorografie.
- Utilizarea ONG-urilor existente în domeniul TBC și HIV pentru depistarea mai intensă a cazurilor în rândul grupurilor vulnerabile (instruirea membrilor și dotarea lor cu instrumentele potrivite).
- Elaborarea intervențiilor pentru îmbunătățirea depistării cazurilor cu rezultatul frotiului sputei pozitiv în Moldova.
- În cazul în care pacientul a fost transferat la un alt spital, TRM la RML II urmează a fi efectuat din prima tulpină izolată.
- În scopul creșterii sensibilității culturii, utilizați procedura de decontaminare NALC-NaOH (N-acetil-L-cisteină – hidroxid de sodiu) pentru toate probele biologice.
- Implementarea metodelor rapide de depistare a rezistenței medicamentoase și confirmarea *Mycobacterium tb.*⁷
- Efectuarea TRM la RML I utilizând MGIT și PCR (line probe assays, LPA) culturilor pozitive. În mod ideal, efectuați LPA a probelor cu rezultatul frotiului sputei pozitiv.
- Formarea profesională a lucrătorilor la LSR de la Borstel în materie de implementare a noilor instrumente diagnostice⁸.
- În fiecare laborator trebuie să fie disponibile registre adecvate privind controlul calității și întreținere.
- Toate laboratoarele urmează să utilizeze de rutină un program intern și extern (orb) de control al calității.
- Asigurarea existenței unui număr suficient de tehnicieni formați profesional.

⁷ LNR a început să utilizeze metode rapide în anul 2009

⁸ În anul 2010 LSR a inițiat formarea profesională a colaboratorilor din LNR.

- Soluționarea problemei transportării tulpinilor la Bender, astfel încât acest laborator regional să poată participa la evaluarea externă a calității pentru TRM.

1c. Tratament standard cu supraveghere și sprijin oferit pacienților

Avantaje și lacunele nesoluționate

Se atestă utilizarea consecventă și corectă a tratamentului standardizat pentru pacienții categoriilor I și II și III; rezultatele tratamentului și examinărilor sunt înregistrate în modul corespunzător. Politicile PNT stipulează spitalizarea pacienților cu TBC la etapa intensivă. Actuala finanțare de către CNAM a instituțiilor spitalicești este corelată cu termenul spitalicesc standard prevăzut (6 luni) chiar dacă rezultatele examinării prin cultură devin negative mai devreme, astfel durata spitalizării pare să fie mai mare decât o impune necesitatea. Acest fapt contribuie la majorarea nivelului de contaminare încrucișată între instituții, aglomerare excesivă și costuri mai mari pentru sistem în general. Tratamentul direct observat pacienților din staționarele spitalicești vizitate era prestat corect pacienților. În spitale nu este disponibilă asistența psihiatrică. Medicii din staționarele spitalicești sunt sub presiunea regulamentului CNAM, care va achita doar cazurile “validate”. Situația cu achitarea sau refuzul achitării de către CNAM a cazurilor neasigurate nu este întru totul clară și variază de la caz la caz.

La externarea din staționar, dispensarele asigură DOT clinic. Totuși, în unul din dispensarele vizitate, o-treime din pacienți se aprovizionau cu medicamente pe o săptămână înainte. Pentru pacienții din localitățile amplasate departe de dispensare, DOT clinic este asigurat de centrele de AMP din regiunile rurale.

Proporția mare a eșecurilor în rândul cazurilor noi și anterior tratate se datorează probabil cel puțin două probleme: are loc o depistare incompletă a formelor MDR, iar în anul 2008 doar jumătate din cazurile notificate de TBC-MDR au fost înregistrate pentru tratament.

Există relații bine stabilite între medicii ftiziatri și medicii de familie, care au fost formați profesional în materie de DOTS. Totuși, s-a atestat un grad divers de colaborare și implicare a AMP în depistarea cazurilor și tratamentul la etapa de continuare, ulterior externării din staționar fiind asigurat un grad divers de DOT. Prestatorii de servicii medicale de la toate nivelurile sunt clar cointeresați în obținerea unor rate foarte bune de succes a tratamentului și reducerea ratelor abandonului. În cazul unor instituții a fost observată o abordare multisectorială în conduita cazului (HIV, TBC, asistent psihosocial, narcolog).

Nu există suport social suficient pentru pacienții cu TBC, în particular pentru cei ce nu sunt asigurați. Un număr redus de organizații comunitare și voluntari sunt implicate în prestarea tratamentului. Lipsa suportului pentru pacienți și migrațiunea contribuie la ratele înalte de abandon. Au fost raportate multe cazuri de abandon și tratament repetat pe motiv de sărăcie și etilism. Colaboratorii dispensarelor au descris și situație, în care au folosit banii proprii pentru a-i ajuta pe pacienții cu TBC să-și acopere cheltuielile de călătorie sau pentru achiziționarea produselor alimentare. Tratamentul

alcoolismului nu este accesibil. În linii generale, pacienților li se oferă educație pentru sănătate limitată, puținele materiale educaționale disponibile doar la etapa de spitalizare a tratamentului.

După cum s-a menționat în compartimentul 1a, noul regulament cu privire la tratamentul coercitiv al TBC are câteva aspecte ce urmează a fi elucidate, deoarece nu există o explicație clară ce ar însemna acest tratament coercitiv, cum acesta va fi expres implementat și finanțat, care vor fi drepturile procedurale, tipul de ordonanțe, condițiile de eliberare din detenție, tipul serviciilor ce pot fi oferite pe durata detenției, drepturile pacienților la reprezentare juridică.

În Transnistria comitetul diagnostic le permite pacienților cu TBC să revină la serviciu imediat ce rezultatul frotiului sputei acestora devine negativ, cu excepția cadrelor didactice sau studenților, cărora li se permite revenirea în instituțiile școlare doar după finisarea întregii cure de tratament. Nu este cert dacă prestațiile oferite în cadrul concediilor pe motiv de boală sunt suficiente în acest interval de timp.

Domeniile sugerate de acțiune

- Examinăți oportunitatea tranziție spre o abordare centrată pe pacient în TBC – conduita aspectelor medicale, psihologice și sociale.
- Asigurarea implicării adecvate a medicilor și asistentelor medicale din AMP în conduita cazului de TBC, în particular pe durata DOT după externarea din spital.
- Tranziția treptată a ponderii conduitei pacienților cu TBC de la sistemul de staționar spitalicesc la cel comunitar – formele extrapulmonare de TBC, cazurile bacteriologic negative, externarea mai devreme din staționar a cazurilor cu conversia sputei.
- Dezvoltarea la nivel de țară a unui sistem de educare a pacienților, care să dispună de materiale și sesiuni didactice corespunzătoare.
- Utilizarea ONG-urilor existente din domeniul TBC și HIV pentru etapa de continuare a tratamentului (formarea profesională a membrilor și echiparea acestora cu instrumentele potrivite).
- Organizarea unei revizuii formale a regulamentului privind tratamentul coercitiv al TBC și profitarea de oportunitatea în cauză pentru sporirea suportului oferit pacienților.
- Revizuirea ghidului de conduită a TBC și TBC-MDR, elaborate în cadrul proiectului Corporația Provocările Mileniului al USAID cu asistență tehnică internațională.
- Examinarea oportunității formării profesionale / perfecționării lucrătorilor medicali în domeniul conduitei TBC-MDR la nivel național.
- Utilizarea bazei de date existente pentru efectuarea cartografierii locului de origine și destinației cazurilor cu TBC în rândul foștilor migranți. Realizarea studiilor epidemiologice pentru evaluarea contribuției migranților la transmiterea TBC în Moldova.

- Asigurarea sprijinului social migranților economici cu TBC indiferent de statutul de asigurare medicală al acestora.

1d. Sistem efectiv de aprovizionare și gestionare a medicamentelor

Avantaje și lacunele nesoluționate

Echipa de evaluare a constatat disponibilitatea la nivel național a tuturor remediilor medicamentoase de linia (RML) I, oferite gratuit tuturor pacienților cu TBC și persoanelor intrate în contact cu aceștia. Nu s-au raportat întreruperi de aprovizionare (epuizarea stocurilor) cu medicamente. Există un sistem de gestionare a medicamentelor cu stocuri de rezervă (buffer) și un depozit nou pentru toate remediile medicamentoase antituberculoase (RML I și II), care a fost renovat, recondiționat și este operațional. Ministerul Sănătății și-a reiterat angajamentul de finanțare a RML I.

Una din lacunele identificate este lipsa formelor de prezentare pediatrică. Echipei i s-a comunicat că în anul 2009 la Bender au fost întreruperi de 2-3 săptămâni în aprovizionarea cu seringi pentru remediile injectabile pentru pacienții cu forma MDR a TBC, la fel ca și necesitatea achiziționării de către pacienți a unor medicamente pentru combaterea efectelor adverse.

Domeniile sugerate de acțiune

- Stabilirea ca prioritate achiziționarea formelor medicamentoase prietenoase copiilor.
- Asigurarea evitării epuizării stocurilor (întreruperilor în aprovizionare) de seringi necesare pentru remediile anti-tuberculoase injectabile
- Asigurarea finanțării în volum deplin a remediilor pentru combaterea efectelor adverse ale remediilor anti-tuberculoase.
- Imediat ce PNT va sista actualele practici de întrerupere a tratamentului pentru 2-3 zile înainte de fiecare colectare a sputei, va fi necesar de recalculat necesitățile de medicamente pentru forma MDR a TBC și pentru toți ceilalți pacienți.

1e. Sistem de monitorizare și evaluare, cuantificarea impactului

Avantaje și lacunele nesoluționate

Mecanismul de monitorizare și evaluare a TBC este delegat unității de monitorizare și evaluare a programelor naționale din cadrul Centrului Național de Management în Sănătate (CNMS), unde sistemul de supraveghere a cazurilor individuale de TBC (SIME-TB) este funcțional la nivel național din anul 2007. Acesta se prezintă ca un sistem relațional de gestionare a bazei de date (RDBMS), instrument mixt ce permite gestionarea datelor pacienților fie în regim online, fie în regim *offline*, pentru 35 de unități de raportare:

- Datele epidemiologice pentru notificarea cazurilor, conduita și tratamentul TBC.
- Datele de laborator pentru diagnosticare (frotiul sputei, cultura și testarea rezistenței medicamentoase pentru RML I) și monitorizarea tratamentului.
- Datele farmaceutice pentru gestionarea RML I.

Accesarea și interpretarea datelor agregate este disponibilă pe domenii publice sub formă de rapoarte standardizate, cu opțiuni suplimentare pentru analiză operativă nestandardizată; baza de date individualizată este protejată cu parolă, accesul fiind asigurat pentru vizionarea datelor cu privire la cazuri și sincronizarea datelor din bază. Aplicațiile software sunt accesate de partenerii cointeresați – PNT, CNSP (supravegherea maladiilor transmisibile, Centrul SIDA).

SIME-TB include un modul pentru gestionarea RML I, plus modulul AMP, integrat din e-TB manager. Datele privind activitățile de colaborare TBC-HIV nu sunt disponibile. SIME-HIV este în proces de elaborare, preconizat a fi corelat cu SIME-TB.

Toți indicatorii standard pentru evaluarea impactului și rezultatelor pot fi regăsiți în tabele separate. Nu este valorificat în volum deplin potențialul utilizării funcției de integrare a datelor: TBC nu este integrată în supravegherea maladiilor transmisibile. Definiția de caz pentru rezultatul tratamentului nu se conformează recomandării OMS, făcând dificilă interpretarea (eșec, abandon, continuarea tratamentului). Înregistrarea vitală nu acoperă raioanele de est: datele privind mortalitatea TBC și numitorii pentru indicatorii de impact și proces nu sunt gestionate pe baza SIME-TB. Disponibilitatea limitată a datelor segregate pe sexe și vârste face dificilă axarea eficientă pe intervenții de contracarare.

PNT a stabilit un sistem funcțional de supervizare în teritorii, pentru care există echipe și întreaga arhitectură necesară. Totuși, reprezentanții CNMS nu sunt membri a echipei de supervizare, care ar fi un punct forte în analiza datelor. Rapoartele privind vizitele de supervizare în teritorii sunt disponibile; totuși, informația în cauză nu este utilizată suficient pentru fortificarea serviciilor prestate pacienților cu TBC la nivel raional. Sunt foarte bine definite rolurile și responsabilitățile pentru activitățile de monitorizare și evaluare între unitatea de ME a PNT și unitatea ME a CNMS.

Domeniile sugerate de acțiune

- Integrarea datelor privind evaluarea notificării și tratamentului în fișierele Excel existente, folosind respectiv formatul standard.
- Centrul Național de Medicină Preventivă (inclusiv Centrul Național SIDA) urmează să comunice cu Centrul Național de Management în Sănătate pentru integrarea TBC în supravegherea maladiilor transmisibile.
- Armonizarea definițiilor de caz din ghidul național potrivit celor mai recente recomandări OMS.
- Fortificarea mecanismului de prezentare a datelor în teritorii.
- Extinderea în teritorii și la echipa ME a PNT, CNMP, Centrul SIDA a experienței

și avantajelor accesării datelor pe sit-ul din Internet, analiza și interpretarea acestora.

- Includerea unui reprezentant al CNMS în echipele ME pentru vizitele de supervizare în teritorii.
- Crearea unui instrument de operaționalizare și analiză a datelor pentru a se conforma recomandărilor făcute de echipele ME.
- Comunicarea adecvată cu autoritățile publice locale de sănătate vis-a-vis de constatări și monitorizarea implementării recomandărilor.
- Fortificarea colaborării responsabilului de supervizare și unitatea de ME a PNT privind conduita medicală a cazurilor, urmând recomandările OMS.
- Crearea unui mecanism de colectare a datelor privind decesele TBC din raioanele de est ale țării, la fel ca și a numitorilor pentru indicatorii de impact și proces (populație, resurse umane, laborator etc.)
- Efectuarea unei analize profunde și a studiilor operaționale asupra nereușitei tratamentului în cazul pacienților tratați.
- Examinarea opțiunilor pentru fortificarea sistemului informațional pentru managementul în sănătate (SIMS) în vederea obținerii datelor dezagregate pe sexe pentru o direcționare mai bună a intervențiilor.

2. ABORDAREA TBC-MDR, CO-INFECȚIEI TBC-HIV ȘI ALTE PROVOCĂRI

2a. Abordarea TBC-MDR

Avantaje și lacunele nesoluționate

Strategia DOTS a fost introdusă în Republica Moldova în anul 2001, fiind extinsă la scară națională către anul 2004. A devenit clar că formele rezistente ale TBC au devenit o problemă majoră, la fel ca și în multe din țările fostei Uniuni Sovietice grație anilor de control necorespunzător al TBC. Chiar și după inaugurarea DOTS, ratele de abandon și eșec ce depășeau 10 la sută fiecare serveau drept semnal de alarmă privind problema crescândă a TBC-MDR.

Primul SRM reprezentativ din Moldova din anul 2006 a confirmat această presupuziție. Valorile pentru TBC-MDR indicau că 19,4 la sută din pacienții cu TBC anterior netratați se prezentau cu TBC-MDR. În rândul pacienților cu TBC anterior tratați rata în cauză se ridica la 50,8 la sută. Extrapolând această proporție la numărul de cazuri noi, egal cu 4.132 pacienți cu forma pulmonară și extrapulmonară a TBC cu rezultatul frotiului sputei pozitiv și negativ din anul 2007, numărul de cazuri noi primar depistate de TBC-MDR s-ar fi ridicat până la 800 de cazuri pe an. În cohorta de 1.885 candidați pentru tratament repetat (recidive, tratament după eșec și abandon) s-ar mai anticipa adăugarea a încă 960 de cazuri de TBC-MDR pe an. La numărul total de 1.760 de pacienți cu forma MDR a TBC calculat doar pentru acest an (2007), PNT consideră

că mai există și un număr restant de circa 1.600 alți pacienți MDR, care nu dispun de tratament adecvat, ridicând cifra totală la 3.360. Pentru a privi lucrurile în ansamblu, din anul 2006 până în 2008 la etapa inițială de extindere a MDR, PNT a luat în tratamentul PMDT 522 de pacienți cu TBC-MDR.

PNT a înregistrat progrese considerabile la capitolul abordării epidemiei TBC-MDR prin îmbunătățirea depistării TBC-MDR. În anul precedent rețeaua de laboratoare bine-funcțională din Moldova a depistat 1.048 de cazuri de TBC-MDR, ceea ce reprezintă doar o jumătate din cazurile cu TBC-MDR estimate să fi apărut în acel an particular (Tabelul 2). În scopul elaborării intervențiilor pentru depistarea celeilalte jumătăți, este util de examinat acoperirea cu examenul culturii și TRM în rândul cazurilor cu TBC la debutul tratamentului (TRM “diagnostică”).

PNT afirmă că politicile sale stipulează obținerea sputei pentru examenul prin cultură de la toți pacienții înrolați la debutul tratamentului și obținerea TRM pentru RML I pentru toți pacienții cu rezultatul culturii pozitiv. Ponderea cea mai mare de cazuri depistate cu MDR o deține cohorta pacienților anterior tratați, din moment ce SRM a constatat proporția TBC-MDR să fie 51 la sută – mai mult decât dublu față de nivelul raportat la cazurile noi (19 la sută).

Datele preliminare ale Biroului Regional pentru Europa al OMS indică faptul că din numărul total de 603 de cazuri recidivante cu froțiul sputei pozitiv și/sau rezultatul culturii pozitiv notificate în anul 2008, rezultatele TRM indicau rezistență la cel puțin izoniazidă și rifampicină în cazul al 455 de pacienți. Pornind de la presupuziția că la examinarea tuturor acestora rezultatul culturii ar fi pozitiv, acest fapt sugerează că examenul culturii a fost efectuat la circa 75 la sută (455 din 603) din cazurile recidivante (din cazurile recidivante examinate, 58 la sută s-au dovedit cu forma TBC-MDR).

Proporția cazurilor noi cu TRM efectuat la debutul tratamentului s-a majorat de la 32 la sută până la 79 la sută în anii 2005 și 2007 respectiv (Tabelul 2). Totuși, la cel puțin 20 la sută din cazurile noi cu TBC pulmonară și froțiul sputei pozitiv TRM nu a fost efectuată.

Tabelul 2.

TRM efectuată la debutul tratamentului în cazurile noi, ponderea MDR, Republica Moldova, anii 2005-2008

Coloana	A	B	C	D	E	F
Anul	MDR confirmat prin examen de laborator	Numărul notificat de cazuri noi pulmonare cu froțiul sputei pozitiv	Numărul de cazuri noi, cărora li s-a efectuat TRM	Numărul estimat (%) de cazuri pulmonare cu froțiul sputei pozitiv, cărora li s-a efectuat TRM	Numărul MDR la cazurile noi	% MDR în cazurile noi, cărora li s-a efectuat TRM
2008	1.048	1.533	1.212	79%	300	25%
2007	896	1.610	1.311	81%	311	24%
2006	1.040	1.679	1.051	63%	242	23%
2005	338	1.696	536	32%	68	13%
Formula				C/B		E/C

Sursa: Rapoartele Globale privind controlul TBC ale OMS, 2007-2009

Note: Coloana D se bazează pe numitorul cazurilor noi notificate de TBC pulmonară cu rezultatul froțiului sputei pozitiv (coloana B), însă o parte din TRM efectuate la cazurile noi puteau să fi fost la pacienții cu rezultatul froțiului sputei negativ.

În anul 2006 (anul în care a fost realizat SRM), peste 95 la sută din toate cazurile retratate notificate au fost supuse TRM (Tabelul 3). În următorii doi ani, totuși, doar în cazul al 42 și 66 la sută respectiv din pacienții retratați a fost efectuată TRM. Astfel, pare să existe rezerve mari la creșterea depistării cazurilor MDR în rândul pacienților anterior tratați. Examinarea acestor pacienți la debutul tratamentului repetat este o chestiune urgentă, reieșind din faptul că s-a constatat că 50-60 la sută din aceștia au forma MDR. Dacă TBC-MDR a acestora rămâne nedagnosticată, acestora li se va administra tratament necorespunzător, ceea ce-i pune la risc sporit de deces sau răspândire a TBC-MDR.

Tabelul 3.

TRM efectuată la debutul tratamentului în pacienții anterior tratați (PAT), ponderea MDR, Republica Moldova, anii 2005-2008

Coloana	A	G	H	I	J	K
Anul	MDR confirmat prin examen de laborator	Numărul notificat de PAT	Numărul de PAT, cărora li s-a efectuat TRM	Numărul estimat (%) de PAT, cărora li s-a efectuat TRM	Numărul MDR la PAT	% MDR la PAT, cărora li s-a efectuat TRM
2008	1.048	1.865	1.227	66%	748	61%
2007	896	2.201	934	42%	585	63%
2006	1.040	1.730	1.655	96%	798	48%
2005	338	1.777	652	37%	270	41%
Formula				C/B		E/C

Sursa: Rapoartele Globale privind controlul TBC ale OMS, 2007-2009

Supravegherea continuă de rutină a rezistenței medicamentoase va fi posibilă odată cu implementarea în țară a examenului culturii și TRM la debutul tratamentului pentru toți pacienții.

O altă problemă majoră aferentă depistării cazurilor cu TBC-MDR este termenul. Cultivarea pe medii solide durează, de regulă, două luni din momentul colectării probei biologice până la data obținerii rezultatelor TRM. Acest fapt înseamnă că pacienții beneficiază de scheme terapeutice necorespunzătoare timp de 2 luni până la identificarea formei MDR a TBC. Rambursarea financiară a laboratoarelor (corelată cu spitalizarea pacientului) ar putea contribui, de asemenea, la tergiversarea neargumentată a TRM pentru RML II. Mai mult ca atât, la depistarea TBC-MDR, în prezent TRM pentru RML II nu este efectuată de rutină pe aceeași tulpină izolată de același laborator care a depistat TBC-MDR.

Proiectul din runda 8 al FG va extinde acoperirea cu medii lichide, la fel ca și utilizarea metodelor moleculare rapide. Acest fapt va contribui enorm la diminuarea termenului de depistare a cazurilor MDR. Aceste metode vor depista cu siguranță *M.tuberculosis*, în timp ce metodele curente, bazate pe morfologia și microscopia coloniilor, s-ar putea să includă eronat unele specii de *Mycobacterium* netuberculoase (care deseori sunt cu rezistență la medicamente).

A fost elaborat și distribuit Ghidul pentru conduita TBC-MDR; fiziatrii au

fost formați, care la rândul lor i-au format pe medicii de familie. Republica Moldova urmează strategia schemelor terapeutice standardizate pentru pacienții cu TBC-MDR: aceasta prevede o fază intensivă cu capreomicină (Cm), ofloxacină (Of), etionamidă (Et), cicloserină (Cs) și pirazinamidă (Z) pentru o perioadă de cel puțin 6 luni, la fel ca și o etapă de continuare cu Of, Et, Cs și Z de cel puțin 18 luni, în care acidul para-aminosalicilic (PAS) ar putea fi substituit cu Cs sau Et în caz de intoleranță la unul din aceste ultime remedii medicamentoase. La moment, etapa intensivă implică, de regulă, spitalizare pe o perioadă nu mai scurtă de 6 luni; perfecționare și o schimbare în atitudinea medicilor, ceea ce va permite externarea mai devreme a unui număr mai mare de pacienți, fiind tratați în condiții de ambulatoriu.

Protocolul național prevede întreruperea tratamentului anterior fiecărei programări pentru colectare sputei – 2 zile pentru pacienții cu TBC-MDR și 3 zile pentru toți ceilalți pacienți cu TBC. Sputa continuă a fi colectată lunar. Această întrerupere neargumentată a terapiei reduce eficacitatea tratamentului TBC-MDR cu circa 24–36 zile pe durata tratamentului pacientului, deoarece aceste doze omise nu sunt ulterior adăugate la durata obișnuită a curei terapeutice.

În anii precedenți, atât în perioada Sovietică, cât și în tumultul ce a urmat prăbușirea vechiului sistem, relativ puțin pacienți au avut acces la remediile antituberculoase de linia II. Totuși, practica irațională de prescriere a schemelor terapeutice necorespunzătoare din trecut și chiar în prezent pentru tratamentul “cazurilor cronice” care deja au TBC-MDR cu combinații terapeutice de felul pirazinamidă, etionamidă și ofloxacină vor conduce inevitabil la dezvoltarea în continuare a rezistenței medicamentoase. Au fost deja depistați pacienți cu XDR și într-un eșantion de conveniență de culturi ale sputei, asupra cărora a fost efectuată TRM RML II 16 la sută din probe s-au constatat ca fiind cu bacterii TBC rezistente la fluorochinolone.

În Republica Moldova, pe durata celor două luni obișnuite de întârziere în depistarea cazurilor cu forma MDR, acei pacienți ce sunt cei mai contagioși (cu frotiul sputei pozitiv) sunt de regulă spitalizați împreună cu alți pacienți cu TBC. Acest fapt evocă riscul contaminării încrucișate cu tulpini MDR a celorlalți pacienți. După cum este elucidat în Tabelul prezentat în continuare, aproape o-treime din pacienții spitalizați cu TBC vor fi diagnosticați cu TBC-MDR, dacă toți ar fi supuși examenului culturii și TRM (Tabelul 4).

Tabelul 4.

Valorile estimative ale cazurilor cu TBC-MDR nediagnosticsate într-o secție ftiziatică ipotetică cu o capacitate de 100 de paturi, Republica Moldova

	Numărul de pacienți	Ratele TBC-MDR potrivit studiului TRM (2006)	Numărul estimativ ce va fi depistat ca fiind cu forma MDR odată ce rezultatele examenului de laborator vor deveni disponibile
Pacienți anterior tratați	35	51%	18
Pacienți noi	65	19%	12
Total	100	31%	30

Pacienții cu TBC-MDR sunt tratați în cadrul secțiilor specializate MDR în cadrul a 5 instituții spitalicești (la Chișinău – în cadrul IFP „Chiril Draganuic” și la Spitalul Municipal de Ftiziatrie; în afara capitalei – la Vorniceni, Bender și Bălți), cu o capacitate redusă a paturilor, care de regulă sunt spitalizați timp de cel puțin 6 luni indiferent de conversia negativă a frotiului sputei. În linii generale, saloanele sunt aglomerate, fără intimitate, cu condiții igienice precare, separarea necorespunzătoare a pacienților infecțioși de pacienții cu frotiul sputei recent convertit, măsuri insuficiente de control infecțios. Pacienții partajează saloanele deși aceștia ar putea fi la etape diferite ale tratamentului, s-ar putea să fie cu forme XDR ale TBC, să fie co-infecțați cu HIV, sau să fie pacienți nedepistați cu TBC-MDR din rândul pacienților noi diagnosticați cu tulpini absolut sensibile ale TBC. S-a constatat că pacienții dispun de condiții igienice precare (exemplu, băile, toaletele) cu utilizarea în comun a acestora de către bărbați și femei deopotrivă.

Republica Moldova a obținut cu succes trei granturi pentru TBC din rundele 1, 6 și 8 ale Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG), care au permis finanțarea proiectului aprobat de Comitetul Unda Verde (GLC) în Moldova. Sprijinul oferit de FG a permis renovarea instituțiilor spitalicești pentru pacienții cu TBC-MDR, formarea profesională a cadrelor medicale implicate în activitățile de control al TBC, oferind totodată posibilitatea achiziționării RML II pentru tratamentul TBC. Ultima a devenit posibilă grație aprobării de către Comitetul Unda Verde (GLC), ulterior vizitei de pre-aprobare din anul 2004 de către GCL și a unei propuneri de proiect revizuite în anul 2005, RML II în cele din urmă fiind puse la dispoziție în a doua jumătate a anului 2005. De atunci aproximativ 500 de pacienți cu forma MDR a TBC au fost înrolați în tratament până la finele anului 2008, depășind obiectivele scontate cu 25 la sută. În continuare este prezentat planul de extindere a numărului de pacienți cu TBC-MDR luați în tratament (Tabelul 5).

Tabelul 5.

Numărul de pacienți cu TBC-MDR înrolați în proiectul aprobat de GLC și ulterioarele extinderi posibile ale proiectului (cu surse de finanțare)

	Cohorta I	Cohorta II	Planul de extindere
2006	100 pacienți FG R1		
2007		200 pacienți FG R1	
2008		200 pacienți FG R6	
2009		200 pacienți FG R6	150 pacienți FG R6 faza I + 500 pacienți FG R6 faza II
2010			250 pacienți FG R6 + 500 pacienți FG R8
2011			730 pacienți FG R8
2012			700 pacienți FG R8
2013			670 pacienți FG R8
2014			650 pacienți FG R8
TOTAL	100	600	4.150 (din aceștia, 3.250* din FG R8)

Sursa: PNT, 2008

Inițiativa Management Programatic al TBC cu Rezistență Medicamentoasă (PMDT) din Moldova⁹ a înrolat 522 de pacienți în anul 2008, ceea ce reprezintă 50 la sută din numărul total de 1.048 de cazuri cu TBC-MDR depistați în anul trecut. Tabelul prezentat în continuare trasează progresele realizate în aspect de acces universal la tratamentul TBC-MDR în Moldova în perioada anilor 2005-2008 (Tabelul 6).

Tabelul 6.

Progresele realizate în acces universal la tratamentul TBC-MDR, Republica Moldova, anii 2005-2008

	2005	2006	2007	2008	Cumulativ
Numărul estimat al cazurilor noi de MDR *	2.200	2.200	2.200	2.200	
Numărul de cazuri diagnosticate și notificate	338	1.040	896	1.048	3.322
% din numărul estimat de cazuri MDR	15%	47%	41%	48%	
Numărul pacienților înrolați în tratament	17	88	254	522	881
% din numărul de cazuri MDR notificate	5%	8%	28%	50%	
% din numărul estimat de cazuri noi MDR	1%	4%	12%	24%	

Sursa: PNT, 2008

Din cauza diverselor motive personale sau de familie, un șir de pacienți nu acceptă spitalizarea, astfel fiind excluși din tratamentul PMDT. După etapa intensivă cu injectarea zilnică a capreomicinei, va fi ales un dispensar ftiziatic sau medic de familie amplasat aproape de domiciliul pacientului, unde acesta va beneficia de tratament observat în condiții de ambulatoriu 6 zile pe săptămână pentru perioada rămasă de timp, de regulă egală cu 18 luni.

Echipa de evaluatori a remarcat scheme nestandard de tratament cu RML II oferite în cadrul dispensarelor pacienților cu MDR care nu au nimerit în cohorta de tratament TBC-MDR. O altă abordare observată la dispensarul de la Bender a fost utilizarea în continuare a RML I. Coordonatorii TBC au descris o monitorizare în dinamică a acestor pacienți în cadrul clinicilor TBC fără careva anumite măsuri speciale de precauție pentru controlul infecțios. Lucrătorii medicali nu aveau îndrumări vis-a-vis de prevenirea răspândirii formelor MDR de la pacienții cu MDR netratați sau tratați inefficient.

PMDT funcționează ca parte integră a PNT. Lipsește însă un plan operațional pentru asigurarea surselor financiare și coordonarea extinderii cu succes, inclusiv pentru fortificarea laboratorului, sprijinul pacienților, dezvoltarea resurselor umane, pledoarie. În accesarea tratamentului TBC-MDR rămân în continuare neajunsuri considerabile. Primul ar fi numărul de locuri de tratament disponibile. Grație surselor financiare din runda 8 a FG, PNT speră să înroleze aproximativ 700 de pacienți anual (circa o-treime din numărul estimat de cazuri noi). Acest fapt va lăsa fără tratament două-treimi din cazurile noi estimate anuale de TBC-MDR. Criteriile stricte de excludere în prezent previn accesul multor pacienți la tratament.

Un “consiliu”, sau comitetul de selecție, se întrunește la Chișinău de două ori pe săptămână și în raioane alternative de două ori pe lună. În cadrul acestor ședințe medicul ftiziater responsabil pentru un anumit candidat PMDT prezintă pacientul său

⁹ “DOTS-plus” este termenul oficial utilizat de OMS pentru programul de diagnosticare și tratare a TBC-MDR.

cu TBC și în funcție de anamneza acestuia, confirmarea TBC-MDR, evoluția clinică anterioară și tratament, se ia o decizie de a trata sau nu în conformitate cu ghidul GLC. De asemenea, consiliul reprezintă un for excelent de învățare și predare “mutuală și continuă”, deoarece sunt discutate toate aspectele principale ale conduitei cazurilor individuale ale pacienților cu TBC-MDR, persoanele din echipa PNT și medicii fiziatrți implicați în tratamentul TBC-MDR luând o decizie comună în for.

Nu au fost disponibile date colectate sistematic privind numărul de pacienți ce nu au fost niciodată prezentați Consiliului, sau a celor ce au fost excluși de Consiliu. Totuși, vizitele la dispensare au elucidat că unii pacienții sunt descalificați deoarece aceștia au abandonat tratamentul în trecut, sau nu au fost prezentați Consiliului pe motiv de etilism cronic. Unele din așa-numitele “refuzuri” ale pacienților de a semna formularul de consimțământ informat pentru începerea tratamentului MDR nu sunt refuzuri de a se trata ca atare. Din contra, acestea reflectă imposibilitatea pentru unii pacienți de a se interna în staționar pe o perioadă de 6 luni – de fapt unica opțiune pentru tratamentul MDR disponibilă în prezent în Moldova. Coordonatorul TBC a prezentat echipei de evaluatori un caz cu TBC-MDR, care nu a fost în stare să renunțe la mijloacele sale obișnuite de trai; motivele economice nu i-au permis pacientului să semneze formularul de consimțământ, astfel încât cazul acestuia nu a fost niciodată prezentat Consiliului. Drept rezultat, copiii acestui pacient cu TBC-MDR (la care a fost exclusă forma activă a TBC) au fost mutați din gospodăria în cauză și plasați într-un centru de reabilitare îndepărtat.

Achizițiile de medicamente de la AID prin intermediul GLC au fost realizate cu succes, iar repartizarea medicamentelor pentru TBC-MDR de la nivel central la periferie a fost fără întreruperi în aprovizionare. Remediile medicamentoase sunt ambalate în pachete individuale pentru fiecare pacient în parte și sunt eliberate lunar din depozitul medical. Ședințele “Comisiei de selecție” (“Consiliului”) sunt organizate frecvent, diminuând intervalul de timp între diagnosticarea și tratamentul pacienților cu TBC-MDR, asigurând o conduită rațională a cazului potrivit ghidului. MS și-a schimbat accentul de la un program paralel de tratament al TBC-MDR la tratarea cazurilor cu TBC polirezistentă non-MDR cu scheme terapeutice predefinite în funcție de tipul rezistenței.

Înregistrarea MDR și raportarea tratamentului pacienților sunt efectuate manual, iar formularele nu corespund recomandărilor OMS. Administrarea remediilor medicamentoase fiecărui pacient în parte este meticolos înregistrată în formele MS, în timp ce fișele de tratament ale pacienților (OMS) PMDT, care permit o privire de ansamblu rapidă asupra informației relevante privind tratamentul, rezultatele microbiologice și evoluția clinică sunt rareori completate.

În primii (selecți cu atenție) 105 de pacienți PMDT (cohortele anilor 2005 și 2006) PNT a realizat o rată de succes a tratamentului de 65-67 la sută. Există motive de îngrijorare pentru cohorta anului 2007, chiar dacă peste jumătate din pacienți sunt încă în tratament, deja 22 la sută din aceștia au abandonat; numărul pacienților cu abandon va crește în continuare odată cu finalizarea monitorizării cohorței date.

Coordonatorii TBC din câteva spitale și dispensare au relatat lipsa suportului social, psihologic și economic pentru pacienții cu TBC-MDR ca factori ce contribuie la ratele înalte

de abandon: chiar dacă pacienții cu TBC-MDR beneficiază de un suport social modest (30 dolari SUA pe lunar) din partea ONG Carlux, se atestă o lipsă sau suport inadecvat pentru evaluarea și soluționarea nevoilor sociale, economice și psihologice ale fiecărui pacient în parte, mulți pacienți fiind prea epuizați pentru angajarea în câmpul muncii sau deja sunt șomeri. Din cei 151 de pacienți cu TBC-MDR, care au început tratamentul în spitalul de la Vorniceni în anul 2008, 13 la sută au abandonat tratamentul sau au fost excluși din cohortă pe motiv de probleme comportamentale sau etilism. În principiu, medicul de familie este responsabil pentru readucerea în tratament a pacientului cu abandon, însă lipsa unui tratament prietenos pacientului, migrațiunea în căutarea locurilor de muncă peste hotarele Republicii Moldova și nedorința pacienților de a continua tratamentul sunt toate niște factori determinanți importanți de favorizează abandonul.

În anii viitori la elaborarea strategiilor de control al TBC va fi necesar a reveni la o serie de probleme menționate anterior (servicii prietenoase pacienților, extinderea conduitei cazului în afara mediului spitalicesc, sprijin economic și psihologic pentru pacienți, controlul infecțios). Numărul de pacienți cu TBC-MDR va crește considerabil, fiind esențială continuarea formării profesionale a medicilor de familie și a asistentelor medicale din AMP, cu implicarea mai pe larg și în colaborare strânsă cu sectorul AMP. Acestea fiind spuse, trebuie să fie pus accent și pe respectarea DOTS ca atare. Ratele de abandon ce depășesc cota de 10 la sută subliniază necesitatea insistării pe tratamentul direct observat și sisteme robuste pentru readucerea în terapie cât mai mulți posibil pacienți cu tratament abandonat.

Domeniile sugerate de acțiune

- Elaborarea unui plan național pentru TBC MDR și XDR în scopul asigurării trecerii treptate de la acoperire pe bază de proiecte la cea la scară națională, cu acces la servicii corespunzătoare de diagnostic, tratament și îngrijiri.
- Ghidul național privind conduita TBC-MDR trebuie să fie ajustat potrivit celor mai recente recomandări ale OMS și să țină cont de necesitatea introducerii soluțiilor prietenoase pacientului.
- Este necesară a urmări și sprijini creșterea în continuare a disponibilității PMDT prin accesarea surselor financiare de la Fondul Global.
- Până când testele moleculare rapide nu vor fi disponibile pentru diagnosticarea tuturor cazurilor MDR, pacienții cu riscul cel mai înalt de dezvoltare a formei MDR a TBC ar putea fi luați în schema terapeutică empirică standard pentru MDR în timp ce își așteaptă rezultatele TRM convențional (în loc de Categoria 2)¹⁰.
- Urmează a fi elaborate criteriile pentru identificarea acelor pacienți cu TBC-MDR, care cu o probabilitate mare vor fi aderenți și la etapa de ambulatoriu a tratamentului. Acești pacienți pot fi ulterior externați pentru continuarea tratamentului în condiții de ambulatoriu imediat ce contagiozitatea acestora este efectiv redusă (la conversia negativă a frotiului sputei) și imediat ce aceștia vor tolera și înțelege bine tratamentul său.

¹⁰ Începând cu anul 2010, testele moleculare rapide sunt disponibile pentru diagnosticul tuturor cazurilor cu forma MDR.

- Reducerea utilizării spitalelor pentru toți pacienții cu frotiul sputei pozitiv prin extinderea tratamentului în condiții de ambulatoriu, cu oferirea sprijinului pacienților în scopul diminuării riscului răspândirii nedepistate a TBC-MDR.
- Urmează a fi anulate “schemele individualizate” ce conțin RML II în combinații ce nu vor vindeca pacienții cronici cu TBC pentru a preveni răspândirea mai departe a rezistenței la RML II și toți pacienții cărora li se administrează RML II trebuie să fie incluși în cohortele GLC.
- Anularea întreruperilor medicamentoase anterior colectării sputei.
- Simplificarea monitorizării tratamentului pacienților cu TBC-MDR: la etapa de continuare urmează a se obține sputa pentru examenul culturii și microscopie o dată la fiecare 3 luni, cu excepția cazurilor când evoluția stării pacientului nu este satisfăcătoare.
- TRM pentru RML II trebuie efectuată doar o singură dată – înainte de începutul tratamentului TBC-MDR, cu condiția că pacientului nu i s-a administrat RML II anterior de înrolarea în programul PMDT.
- Urmează a fi fortificat și îmbunătățit controlul infecțios în toate instituțiile ce oferă servicii pacienților cu TBC-MDR, iar lucrătorii medicali trebuie să fie formați profesional corespunzător¹¹.
- Revizuirea formularelor TBC-MDR utilizate în conduita pacienților. Implementarea modului TBC-MDR în SIME-TB.
- Analiza anuală a numărului și proporției cazurilor cu TBC-MDR depistate la debutul terapiei; Analiza numărului și proporției celorlalte cazuri decât TBC-MDR, care achiziționează (sau se re-infectează), devenind cazuri MDR, pe durata tratamentului.
- Urmează a efectua studii calitative cu interviuarea colaboratorilor din serviciul fizioterapie și a pacienților cu TBC-MDR care abandonează PMDT pentru a identifica modalitățile de prevenire și reducere a abandonului.
- Selectarea anuală a unui eșantion reprezentativ de pacienții cu TBC-MDR pentru TRM la RML II pentru monitorizarea necesităților pentru modificările ulterioare ale schemelor terapeutice standard și necesitatea eventuală a unor tratamente individualizate.

2b. Implementarea activităților colaborative TBC-HIV

Avantaje și lacunele nesoluționate

OMS estimează că 3,7 la sută din cazurile TBC din Moldova din anul 2007 erau infectate cu HIV. S-a majorat proporția pacienților cu TBC pentru care se cunoșteau rezultatele testului la HIV de la circa 40 la sută în anul 2006 până la 68 la sută în anul 2007. Din 161 de pacienți cu TBC infectați cu HIV depistați, doar 5 (3 la sută) au început sau

¹¹ Faceți referință la Componenta 3, contând pentru Fortificarea Sistemului de Sănătate, Controlul Infecțios.

continuau administrarea co-trimoxazolului, iar 34 (21 la sută) au început sau continuau terapia antiretrovirală.¹²

Echipa de evaluatori a remarcat o colaborare bună între PNT și programul HIV/SIDA, formalizat și printr-un ordin ministerial, cu descrierea expres a fluxului de pacienți între cele două programe. Testarea și consilierea voluntară sunt oferite tuturor pacienților cu TBC în toate instituțiile ftiziatrice, însă s-a observat o discrepanță între datele prezentate de programele de profilaxie și control al TBC și HIV privind numărul de persoane cu TBC testate anual la HIV.

În cadrul Centrului Național SIDA sunt disponibile materiale educaționale privind TBC și TBC/HIV, iar ONG-urile activează în domeniile HIV și TBC în rândul grupurilor vulnerabile pentru o eventuală depistare mai activă a cazurilor și monitorizare în dinamică a tratamentului.

Domeniile sugerate de acțiune

- Organizarea cu regularitate a ședințelor pentru verificarea încrucișată a datelor disponibile în cele două baze de date naționale, în particular privind pacienții cu TBC testați la HIV.
- Ținând cont de situația cu controlul infecțios și riscul înalt de transmitere nosocomială a infecției, examinați oportunitatea consultării pacienților infectați cu HIV din secțiile HIV de către medicii ftiziatri.
- Asigurarea izolării adecvate a tuturor PTHIV cu TBC activă pe durata tratamentului.
- Formarea profesională și aprovizionarea ONG-urilor ce activează în rândul populațiilor vulnerabile cu materiale privind implementarea activităților de colaborare în domeniul TBC-HIV.
- Evidența ONG-urilor ce activează în domeniile HIV și TBC în rândul grupurilor vulnerabile pentru efectuarea depistării active a cazurilor și monitorizării tratamentului TBC-HIV.
- Asigurarea formării profesionale adecvate în domeniul consilierii pre-test și post-test la HIV, TBC, hepatite parenterale și ITS pentru colaboratorii ce oferă VCT în cadrul dispensarelor ftiziatrice.
- Asigurarea disponibilității materialelor de educație pentru sănătate în limbile română și rusă, de rând cu repartizarea prezervativelor.

2c. Abordarea problemei deținuților, migrantilor, refugiaților și a altor categorii de populații cu risc sporit și aflați în situații speciale

(Faceți referință la componentele 4 și 5)

¹² OMS. Profilul de țară pentru Republica Moldova, anul 2009.

3. CONTRIBUȚIA LA FORTIFICAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Din moment ce prezentul raport este structurat în funcție de categoriile strategiei Stop TB, funcțiile sistemului de sănătate au fost repartizate în cadrul diferitor componente, după cum urmează, însă compartimentul în cauză cuprinde principalele constatări privind finanțarea, generarea resurselor și prestarea serviciilor – trei din cele patru funcții de bază ale sistemelor de sănătate. Cea de-a patra funcție – guvernarea – este elucidată în volum deplin anterior în compartimentul 1a.

Avantaje și lacunele nesoluționate

Republica Moldova recunoaște faptul că modalitatea de finanțare a serviciilor aferente controlului TBC are o influență majoră asupra modului în care sunt executate și primite serviciile; pe durata misiunii de evaluare echipa a constatat realizarea unui șir de inițiative pentru reflectarea acestui fapt.

Programul TBC se bazează pe un serviciu fiziatric specializat, organizat vertical, din care fac parte 965 lucrători medicali (371 medici, 275 asistente medicale, 12 medici laboranți și 117 tehnicieni de laborator). Screening-ul lucrătorilor la TBC este efectuat în regim de rutină, la momentul angajării și cu o periodicitate determinată (o dată în an), sau la depistarea simptomelor caracteristice. Screening-ul lucrătorilor se bazează în mare parte pe examenul radiologic, iar valorile cazurilor de TBC în funcție de ocupație sunt disponibile. Închiderea / comasarea unor instituții fiziatrice excesive pe parcursul ultimului deceniu s-au soldat cu economii și creșterea eficienței.

PNT mizează pe sistemul AMP, format din medici de familie, pentru suspectarea TBC la pacienții ce se adresează cu simptome respiratorii cronice, însă o-treime din cazurile de TBC cele mai infecțioase din Republica Moldova nu sunt diagnosticate. Nu au fost explorate în volum deplin potențialele bariere pentru accesarea AMP, eșecului prestatorilor să suspecteze TBC sau problemele legate de obținerea microscopiei frotiului sputei. Coordonatorul PNT și-a exprimat motivele de îngrijorare cu privire la completarea insuficientă cu cadre a serviciului medicilor de familie, iar prioritatea TBC este mică, însă aceștia sunt cruciali în depistarea cazurilor și DOT la etapa de ambulatoriu a tratamentului TBC.¹³

Echipei i-au fost comunicate dificultăți raportate la recrutarea lucrătorilor AMP și o vârstă medie relativ avansată a lucrătorilor AMP. S-a mai raportat un volum mare de lucru, cu o scară de salarizare a lucrătorilor AMP comparativ mică. În sistemul penitenciar până la o-treime din posturi sunt raportate vacante, fiind înregistrate dificultăți în completarea acestor posturi, perechitând calitatea serviciilor prestate.

Pe de altă parte, salariile din cadrul programului TBC s-au majorat până la media lunară de 500 dolari SUA (însă pot ajunge și până la 900 dolari SUA lunar în anumite regiuni) comparativ cu salariul mediu al lucrătorului medical, egal cu 270 dolari SUA lunar – un factor important pentru atragerea și menținerea forței de muncă calificate. Echipa a constatat existența unor măsuri pentru asigurarea retenției și motivării

¹³ În anul 2010 a fost promulgată un act legislativ nou, potrivit căruia accesul la AMP a devenit universal: sporirea accesului persoanelor neasigurate la sistemul sănătății – o proporție mare a pacienților cu TBC sunt neasigurați.

lucrătorilor, inclusiv programe de formare profesională și perfecționare.

Oferirea stimulentele financiare lucrătorilor din asistența medicală primară în vederea motivării unei gestiuni mai robuste a programului TBC a fost pilotată pe parcursul anilor 2007-2009 (40 dolari SUA pentru depistarea timpurie și 70 dolari SUA pentru tratamentul cu succes a cazurilor de TBC). Aceste venituri erau partajate între membrii echipei AMP. Echipa a constatat dovezi fragmentate că stimulentele financiare nu întotdeauna erau acordate.¹⁴

În Republica Moldova serviciul ftiziatic este puternic axat pe tratamentul în condiții de staționar, care este costisitor, implică riscul răspândirii nosocomiale și impune pacienții să plece din locuințele sale, familiile și sursele sale de venit. Țara dispune de 1.630 de paturi spitalicești desemnate pentru TBC; interesele inerente și structura rambursărilor ar putea crea probleme pentru re-orientarea spre serviciile de ambulatoriu. Chiar dacă politicile se vor schimba pentru a pune accentul pe abordările axate pe pacient, PNT s-ar putea să nu fie în stare să re-orienteze investițiile majore ale țării făcute în staționare la un model pe principii de ambulatoriu.

În prezent finanțarea staționarelor este corelată cu durata standard stipulată pentru aflarea în spital (6 luni) chiar dacă rezultatul culturii a devenit negativ mai devreme. Această condiție s-ar putea să contribuie la creșterea ratelor de infectare încrucișată în cadrul instituțiilor medicale, supraaglomerare și costuri ridicate pentru sistem în general. Rambursarea din partea CNAM acoperă doar cazurile asigurate și doar dacă aceste cazuri sunt “validate” (Dacă pacientul abandonează tratamentul, spitalului nu i se rambursează cheltuielile). Deși există un sistem de asigurare medicală obligatorie, o proporție mare a pacienților cu TBC nu este asigurată (au fost menționate valori de până la 65 la sută). Bugetul PNT este transferat Casei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) pentru persoanele neasigurate. Acest fapt este important deoarece aceasta asigură coerența politicilor financiare din sănătate.

O linie separată de buget a fost desemnată pentru prestațiile în numerar și pachetele alimentare pentru etapa de continuare, fortificând complianța și tratamentul. Echipei i-au fost aduse dovezi în favoarea parteneriatelor efective cu societatea civilă (de exemplu, Carlux) în anumite domenii cruciale, cum ar fi lucrul în teren (outreach) și suportul social, dar și în asigurarea continuității asistenței, de exemplu între sistemul penitenciar și sistemul de sănătate din sectorul civil.

Dovezile fragmentate indică o proporție mare a populației migranților, sărăciei și sistemul precar de stimulente (programele de asistență socială) oferite pacienților contribuie la rata joasă a depistării TBC și aderența precară la tratament, de rând cu distanța mare între centrul AMP și dispensarul diagnostic, de rând cu cheltuielile de transport, contribuie la rata scăzută a depistării. Mai mult ca atât, rezultatele tardive în cazul examenului tradițional al culturii contribuie la rata joasă a depistării și abandon. Este necesară o strategie generală pentru conduita cazurilor TBC-MDR și cronice ce revin în comunitate. Echipei i-au fost comunicat despre câteva sute de cazuri de tratament eșuat care au fost eliberați în comunitate.

¹⁴ În anul 2010 aceste stimulente au fost anulate cu totul (parțial pe motiv de reduceri de buget).

Drept urmare a misiunii de evaluare din luna septembrie, o altă misiune a fost efectuată în luna noiembrie 2009, axându-se pe controlul infecțios. Pe parcursul vizitei sale, misiunea a evaluat 5 staționare pentru TBC-MDR, 2 instituții ambulatorii, 3 din laboratoarele de referință pentru TBC și 2 laboratoare raionale pentru microscopie. În multe din instituțiile vizitate, echipa evaluatorilor a remarcat un neajuns serios în măsurile manageriale, administrative, de mediu și de protecție personală. Ghidul național pentru controlul infecțios al TBC tocmai a fost elaborat, care, odată implementat, va ajuta la protecția pacienților și lucrătorilor medicali deopotrivă.

Instituțiile spitalicești sunt un motiv major de îngrijorare, ținând cont de politicile naționale axate pe tratamentul celor mai contagioase cazuri de TBC în condiții de staționar și de faptul că tehnicile examenului de laborator durează în prezent luni de zile pentru identificarea MDR. După cum este elucidat în Tabelul 4, în orice moment în timp, fiecare al treilea pacient spitalizat cu TBC are forma MDR nedignosticată. Fiind date controlul infecțios precar și depistarea tardivă a formelor MDR, spitalele ftiziatrice par să fie cele mai importante localuri pentru transmiterea TBC-MDR.

Există două mecanisme de coordonare pentru controlul infecțios la nivel național: un grup tehnic de lucru pentru controlul infecțios al TBC din cadrul PNT, sub egida Ministerului Sănătății, celălalt grup tehnic de lucru la nivel național pentru infecțiile nosocomiale, coordonat de Centrul de Medicină Preventivă. Ambele grupuri de lucru au elaborat materiale relevante (ghiduri naționale pentru controlul infecțios), care au fost repartizate în structurile sanitare ale Ministerului Sănătății și care sunt la etapa incipientă a implementării.

Aceste ghiduri reprezintă baza pentru elaborarea planului de control infecțios pentru instituțiile ftiziatrice. Majoritatea instituțiilor ftiziatrice vizitate dispun de un plan pentru controlul infecțios, aprobat prin regulamentul intern al instituției și o comisie pentru controlul infecțios. O parte din instituții dispune de o persoană responsabilă pentru activitățile de control infecțios, însă această activitate nu este remunerată, iar în unele cazuri responsabilul nu era implicat efectiv în aspectele practice ale controlului infecțios. Legea prevede angajarea unui epidemiolog pentru instituțiile cu un număr mare de paturi (peste 300), însă în cazul instituțiilor mai mici se determină o persoană din cadrul colaboratorilor instituției, căruia i se atribuie funcții de implementare a activităților de control infecțios. Formarea profesională a lucrătorilor în materie de control infecțios este asigurată de rutină pentru medici, însă a fost ulterior extinsă și pentru asistentele medicale și personalul tehnic. În anul 2008 Ministerul Sănătății a adoptat un ordin prin care se prevedea alocarea a 2 la sută din bugetul instituțiilor sanitare pentru activități de control infecțios.

Implicarea societății civile, activitățile de pledoarie și comunicare în controlul infecțios al TBC sunt implementate, în particular, în contextul activităților desfășurate în cadrul Fondului Global: au fost elaborate materiale informative, sunt în proces de elaborare unele materiale pentru mijloacele de comunicare în masă, iar unele centre comunitare pentru consilierea pacienților cu TBC își vor începe activitatea în 2010. Educarea pacienților este asigurată grație materialelor didactice (majoritatea acestora fiind elaborată de Centrul PAS din sursele financiare ale FG), însă și cu sprijinul educațional din partea medicilor, psihologilor și asistentelor medicale.

În domeniul TBC au fost organizate unele activități aferente studiilor operaționale (unul din acestea, axat pe serviciul de laborator, a examinat transmiterea unor patogeni TBC-MDR în condiții de spital). Potrivit rezultatelor acestor studii, în unele spitale au fost raportate cazuri de re-infecțare a pacienților cu TBC cu tulpini MDR (fenomenul infectării nosocomiale). PNT a sugerat diferite activități științifice și studii axate pe analiza epidemiologică și transmiterea nosocomială a TBC.

Identificarea suspecților cu TBC se face pe scară largă, bazându-se pe activitatea medicilor de familie, care au fost formați profesional în materie de selectare a suspecților. Microscopia se folosește pe larg la identificarea cazurilor cu TBC potrivit unui algoritmul aprobat de identificare. PNT intenționează să-și intensifice activitățile din contul examinării categoriilor de risc și să revizuiască algoritmul de diagnostic grație extinderii utilizării testelor culturii rapide.

Izolarea suspecților în condiții de ambulatoriu ca rezultat al triajului nu este efectuat de rutină, spre deosebire de pacienții cu frotiul sputei pozitiv, care sunt spitalizați. Izolarea de rutină a pacienților cu frotiul sputei pozitiv se efectuează, toate cazurile de TBC cu frotiul sputei pozitiv identificate fiind spitalizate în staționare. Totuși, în majoritatea staționarelor nu are loc separarea suficientă a pacienților pe categorii cu rezultatul pozitiv și negativ. Nu există odăi speciale (odăi de izolare) pentru pacienții cu statut bacteriologic necunoscut până la aflarea rezultatelor bacteriologice. Este asigurată separarea cazurilor cu forma MDR, pacienții cu TBC-MDR ce sunt incluși în proiectul PMDT fiind spitalizați în saloane speciale. Totuși, nu există politici clare pentru pacienții ce nu sunt incluși în proiectul PMDT, din moment ce aceștia pot fi internați și în saloane / secții cu TBC clasică.

În spațiile cu risc sporit, cum ar fi saloanele de bronhologie sau chirurgia pentru pacienții cu TBC-MDR, urmează a fi revizuite indicațiile pentru proceduri, acestea urmând a fi efectuate în anumite cazuri selecte.

În majoritatea ambulatoriilor și în unele staționare pe larg este folosită ventilarea naturală. Ventilarea mecanică este disponibilă în majoritatea staționarelor pentru pacienții cu TBC-MDR (4 staționare din cele 5 existente) și la nivel secundar în 3 laboratoare de referință, însă în majoritatea cazurilor aceasta nu funcționează în mod adecvat, iar întreținerea acesteia nu este efectuată cu regularitate. Există necesitatea stringentă de revizuire a sistemelor de ventilare (în special, la Spitalul Municipal de Ftiziatrie de la Chișinău, secția TBC a spitalului municipal de la Bălți, Institutul de Ftiziopneumologie și în laboratoare), cum ar fi presiunea pozitivă în saloanele pacienților, presiune negativă în zona lucrătorilor și sisteme zgomotoase ce nu pot fi utilizate continuu. Un nou edificiu pentru cazurile cu TBC-MDR va fi ridicat la Bender, care urmează a fi dotat cu un sistem adecvat de ventilare.

În Republica Moldova sunt folosite pe larg lămpile UV, însă doar cu curbură necranată, care nu sunt într-atât de comode ca lămpile UV ecranate; acele din urmă au multe avantaje deoarece pot fi utilizate în cadrul încăperilor în prezența persoanelor, cu o eficacitate deja dovedită.

Respiratoarele sunt disponibile în toate secțiile TBC, utilizate în timpul contactului cu pacienții sau în timpul procedurilor cu risc sporit, însă uneori acestea nu sunt de tipul corespunzător; testarea picioarelor nu se face. Politicile din secțiile cu TBC-MDR nu

permit accesul vizitatorilor la pacienți. În anumite cazuri specifice, când pacienții nu pot fi mobilizați în zona întrevederilor (de regulă organizate afară), vizitatorilor li se permite accesul în secția TBC-MDR, însă doar cu utilizarea respiratoarelor.

Măștile chirurgicale erau la dispoziție și erau utilizate de pacienți la ieșirea din saloane sau la intrarea în salon a lucrătorilor medicali.

Domeniile sugerate de acțiune

- Elaborarea și implementarea politicilor de tranziție de la tratamentul TBC în condiții de staționar la cele de ambulatoriu, cu re-direcționarea corespunzătoare a surselor financiare.
- Ministerul urmează în regim de urgență să examineze opțiunile pentru modificarea mecanismului de achitare a spitalelor în vederea minimizării aflării nejustificat de lungi în spitale și creșterii eficienței. Acest fapt ar putea fi soluționat prin trecerea la finanțarea spitalelor “pe zi”. O opțiune alternativă ar include achitarea ajustată a cazului pe baza categoriilor DOTS.
- Asigurarea protecției tuturor serviciilor aferente TBC (inclusiv, a tuturor componentelor, serviciilor sociale, AMP, penitenciare) împotriva reducerilor de buget cauzate de criza economică.
- Ministerul urmează să examineze oportunitatea reintroducerii stimulentei financiare pentru depistarea precoce / tratamentul cu succes al TBC la nivel de AMP. Similar, ministerele relevante urmează să examineze oportunitatea revizuirii pachetelor de prestații disponibile colaboratorilor din penitenciare.
- Analiza opțiunilor suplirii celor de mai sus cu stimulente directe adiționale oferite pacienților pentru creșterea complianței acestora cu tratamentul TBC, de rând cu “statul social” al pacienților cu TBC și al familiilor acestora.
- Pacienții cu frotiul sputei pozitiv, la necesitatea internării în spital sau în penitenciar, în mod ideal ar trebui considerați ca fiind potențiali pacienți cu TBC-MDR și să fie izolați în saloane separate până la rezultatul negativ fie al TRM, fie al testului molecular rapid.
- Între timp, până la acoperirea universală cu teste moleculare rapide, se cere cel puțin separarea pacienților fără TRM de cei care deja s-a dovedit că au forma clasică sensibilă a TBC și care sunt receptivi la tratament. La elaborarea politicilor de separare a pacienților în cadrul secțiilor spitalicești de TBC urmează a se ține cont, de asemenea, de statutul HIV și tratamentul anterior în anamneză.
- Elaborarea politicilor privind plasamentul pacienților cu TBC-MDR în secțiile MDR (saloane separate pentru cel puțin pacienții cu TBC-MDR și infecția HIV, la fel ca și pentru pacienții cu forme XDR).
- Ministerul urmează să analizeze opțiunile de dezvoltare a serviciului de tip hospice pentru cazurile de tratament eșuat, cu accent pe asistența centrată pe pacient.

- Folosind noul ghid național pentru controlul infecțios, evaluarea și îmbunătățirea situației în aspect de control infecțios în majoritatea instituțiilor TBC cele mai importante, inclusiv în secțiile TBC-MDR.
- Elaborarea unui Plan Național pentru Controlul Infecțios și sprijinul instituțiilor TBC pentru elaborarea planurilor individuale de control infecțios.
- Asigurarea efectuării de rutină a triajului suspecților. În zonele aglomerate ale secțiilor medicale pacienților cu tuse urmează a lise oferi materiale de protecție (șervețele, măști chirurgicale).
- Este recomandabilă utilizarea frecventă și vizibilă (postate pe pereți) a materialelor educaționale în toate instituțiile.
- Luarea măsurilor de reabilitare a infrastructurii asistenței fiziatrice spitalicești în sensul îmbunătățirii controlului infecțios.
- Examinarea opțiunii întreținerii sistemelor de ventilare existente în spitale.
- Asigurarea măsurilor suplimentare pentru controlul infecțios (ventilare, respiratoare) prin suplینirea controalelor administrative în spațiile cu risc sporit (sălile bronhologice și chirurgicale pentru pacienții cu TBC-MDR).
- Sprijinul programelor de protecție respiratorie pentru colaboratorii expuși unui risc sporit, inclusiv formarea profesională, examenul corespunderii și achiziții de respiratoare.
- Examinarea oportunității implementării recomandării de utilizare a lămpilor UV ecranate în spațiile cu risc sporit și mediu de transmitere a TBC.
- Continuarea și extinderea instruirilor lucrătorilor medicali în materie de măsuri de control infecțios.
- Continuarea sprijinului oferit de OMS sub formă de asistență tehnică pentru controlul infecțios, oferit PNT în Republica Moldova.

4. IMPLICAREA TUTUROR PRESTATORILOR

Acest compartiment se axează pe penitenciare – un important prestator de servicii TBC din Republica Moldova de rând cu PNT.

Avantaje și lacunele nesoluționate

Sistemul penitenciar (SP) din Republica Moldova a fost creat prin Hotărârea de Guvern nr.1036-XIII din 17/12/1996 și constă din 5 izolatoare de urmărire penală, 2 spitale penitenciare și 11 colonii penitenciare. Capacitatea penitenciarelor constituie 10.570 deținuți. La 1 ianuarie 2007 în penitenciarele RM se aflau 9.042 deținuți (85,5 la sută). Grație reformei penale și introducerii metodelor alternative de sancționare, numărul deținuților s-a redus până la 6.830 (65 la sută) către ianuarie 2009.

Prestarea asistenței medicale și TBC deținuților este reglementată printr-un șir de legi, acte normative și regulamente, inclusiv acordul încheiat între Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției, la fel ca și între autoritățile medicale ale Ministerului Justiției și Carlux. În afara regiunii transnistrene, DOTS și PMDT sunt implementate în serviciul penitenciar, existând o colaborare strânsă între închisori, izolatoarele de urmărire penală și serviciile din sectorul civil pe tot segmentul de îngrijiri (transferul pacienților).

Serviciul medical (din cadrul Departamentului Instituției Penitenciare) al Ministerului Justiției este responsabil pentru asistența medicală din sistemul penitenciar, inclusiv de asistența medicală pentru colaboratori. Departamentul medical este divizat în două compartimente: compartimentul medical / Comisia Medicală Militară și compartimentul organizațional și de medicină preventivă, în componența căruia intră 9 persoane – reprezentanți ai diverselor domenii medicale: fizioterapie, psihiatrie, chirurgie, epidemiologie, farmacie etc.

Proiectul pilot pentru implementarea DOTS în penitenciare a demarat în anul 2001, cu sprijinul partenerilor internaționali. La început proiectul a fost lansat în spitalul penitenciar, iar mai târziu – începând cu finele anului 2004 – DOTS a fost extins în sistemul penitenciar la nivel național. PNT deține un rol de sprijin al controlului TBC pentru sistemul penitenciar, asigurându-l cu remedii medicamentoase antituberculoase și consumabile din cadrul unui grant GDF, servicii de evaluare externă a calității examenului frotiului sputei, microscopie, cultură și TRM pentru deținuți și oferă îndrumare clinică în cazurile complicate. Tabelul prezentat în continuare elucidează numărul de persoane cu forma activă a TBC înregistrați în instituțiile penitenciare în perioada anilor 2005–2008.

Tabelul 7.

Numărul cazurilor de TBC înregistrate în SP în anii 2005 - 2008

Categoria	2005	2006	2007	2008
Cazuri noi cu frotiul sputei (FS) +	129	108	71	38
Cazuri noi cu FS -	187	195	153	110
Cazuri noi cu tratament în anamneză	17	13	6	3
Alte TBC			3	2
Recidive +	103	82	82	44
Recidive -	88	99	91	48
Foști pacienți re-internați	0		1	0
După abandon FS+	7	14	28	15
După abandon FS-	4	4	10	18
Transferați cu FS+	77	75		8
Transferați cu FS-	52	69		1
După eșec	89	37	61	59
Cronici	110	95	76	17
Total	863	789	582	363

Sursa: datele PNT, 2008.

Numărul pacienților cu TBC a culminat în anii 2003-2004 atunci, când a crescut acoperirea cu DOTS, ulterior înregistrându-se o dinamică de descreștere a numărului acestora, către anul 2009 din contingentul de 6.523 de deținuți 307 s-au prezentat cu forma activă a TBC. Prevalența tuturor cazurilor în anul 2005 a constituit 2.777 la 100.000 populație (în timp prevalența în țară era 149 la 100.000), diminuând către anul 2008 până la 1.754 la 100.000 (prevalența națională fiind stabilă – 148 la 100.000).

Politicile de depistare a cazurilor din SP se bazează preponderent pe examenul radiografic. Toate persoanele intrate în sistem, pe lângă examenul medical general, sunt supuse examenului radiografic al toracelui - “screening la intrare”. Persoanele cu suspiciune de TBC sunt izolate în “carantină” pentru un examen mai aprofundat. Remarcabil, acest mecanism bine-stabilit de screening la intrare în sistem a permis depistarea a 20 la sută din cazurile de TBC din anii 2006 și 2007.

De asemenea, toți deținuții sunt examinați prin fluorografie în masă o dată la 6 luni. În luna mai 2009 contingentul de deținuți în număr de 4.051, sau 99.2 la sută din populația penitenciarelor, a fost supus screening-ului radiologic pe parcursul fluorografiei în masă în Moldova, doar 33 (0,8 la sută) deținuți au refuzat. Drept rezultat, au fost depistate 49 de cazuri noi de TBC, adică 1,2 la sută din populația supusă screening-ului. Screening-ul TBC este un lucru firesc în SP, însă nu există un registru special pentru screening pentru monitorizarea procedurii, care urmează a fi introdus pentru a evita dublarea sau pierderea cazurilor. La moment există doar o singură unitate mobilă de microradiografie (MMR) în SP, produsă în anul 1962, însă o nouă unitate de MMR digital va fi achiziționată din sursele FG către finele anului 2009.

Schemele terapeutice corespund recomandărilor OMS, în SP din Moldova nu au fost raportate careva abateri de la acestea. În anul 2007 rata tratamentului cu succes s-a majorat de la 58 la sută (2006) până la 62 la sută, însă rămâne în continuare sub obiectivul trasat de OMS. Rata succesului tratamentului în SP este similară situației din sectorul civil, în special cu o rată înaltă a eșecului (rata de eșec 14,1 la sută în rândul pacienților noi pulmonari cu frotiul sputei pozitiv) și o proporție considerabilă a pacienților cu abandon – 7 la sută (preponderent pacienți care refuză tratamentul) în cohorta anului 2007 din SP din Moldova. Întreaga cură de tratament este administrată sub supravegherea medicilor ftiziatri și a asistentelor medicale; aceștia realizează de asemenea evaluarea inițială și finală. Nu sunt disponibili psihologi pentru a sprijini pacienții și a îmbunătăți aderența acestora la tratament.

În SP există trei laboratoare pentru microscopia sputei. Examenul culturii și TRM sunt efectuate în cadrul laboratorului spitalului de la Vorniceni, subordonat Ministerului Sănătății. SP nu este implicat în achiziționarea remediilor medicamentoase; deținuților li se oferă medicamente antituberculoase de calitate potrivit planului general de distribuire al PNT, care depind de sursele financiare ale Fondului Global. Pe parcursul evaluării nu s-au constatat întreruperi de aprovizionare sau neajunsuri de remedii medicamentoase.

Sistemul de înregistrare și raportare este adaptat recomandărilor OMS cu mici modificări. Medicul ftiziatru al SP prezintă rapoarte Institutului Ftiziopneumologie “C. Draganiuc” și PNT în corespundere cu cerințele generale. Începând cu anul 2006 a început a fi utilizată baza de date SIME-TB, care a permis verificarea rapidă a cazului declarat și transparența maximă a SP. Ținând cont de caracterul specific al instituțiilor penitenciare, doar serviciul medical este conectat la Internet.

Începând cu anul 2006 a fost implementat sub formă de pilot proiectul PMDT pentru tratamentul TBC-MDR. Drept condiție obligatorie pentru înrolarea în tratamentul cu RML II este semnarea de către pacient a consimțământului informat. În total în tratament au fost înrolați 95 de pacienți. Merită a fi remarcat faptul că “Carlux” oferă lunar pachete alimentare (circa 30 dolari SUA) tuturor pacienților cu forma MDR a TBC.

Informația cu privire la deținuții cu TBC eliberați este transferată în sectorul civil prin diverse canale, inclusiv prin pachetul de programe SIME–TB, prezentarea actelor medicale instituției IFP și verificarea repetată a domiciliului deținuților. În anul 2006 din cei 2.001 deținuți eliberați, 170 erau cu TBC; în anul 2008 din 2.709 deținuți eliberați 95 erau pacienți cu TBC. Regretabil, nu toți deținuții eliberați își finisează curele de tratament: Carlux și Fundația TBC KNCV au conlucrat împreună cu Ministerul Justiției și Ministerul Sănătății în vederea îmbunătățirii continuității asistenței; totuși, 60 la sută din cei eliberați continuă să abandoneze tratamentul sau să nu se arate deloc medicului. Începând cu anul 2009 proiectul “Carlux” finanțat din FG a relansat prestarea sprijinului social și a stimulentele oferite pacienților cu TBC eliberați din penitenciare în vederea sporirii aderenței la tratament. După cum indică rezultatele preliminare, sistemul de stimulente oferite de “Carlux” ajută la sporirea aderenței la tratament.

Începând cu anul 2004, toți pacienții testați la TBC sunt de asemenea testați și la HIV, iar începând cu anul 2007 – o dată la 6 luni de la depistarea formei active a TBC. În anul 2007 cuprinderea cu examinări a fost 98 la sută, iar în anul 2008 – 97.6 la sută; grație examenului cu regularitate în anul 2007 în SP au fost depistate 19 cazuri noi de HIV și 8 cazuri de TBC/HIV, iar în anul 2008 în SP au fost depistate 15 cazuri noi cu HIV. Circa 50 la sută din cazurile primare de HIV+ au fost depistate în legătură cu TBC. În pofida scăderii numărului total de cazuri de TBC, proporția co-infecției TBC/HIV este în creștere – 6,3 la sută în 2007 comparativ cu 10,2 la sută în 2008.

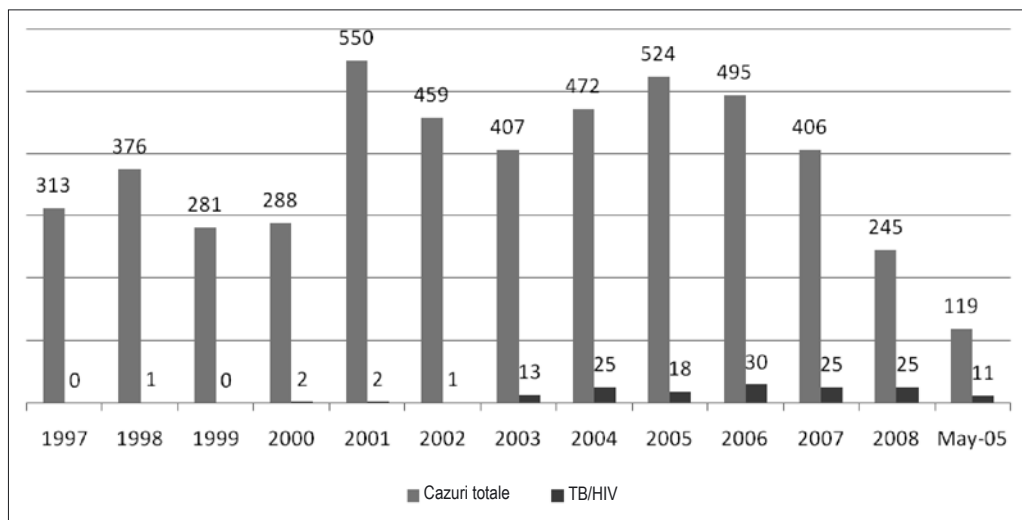


Figura 6. Co-infecția TBC/HIV/SIDA în rândul deținuților

Sursa: Unitatea medicală, Departamentul Instituției Penitenciare, Ministerul Justiției, 2009

După cum deja s-a menționat mai sus, autoritățile de sănătate penitenciare din restul Republicii Moldova nu au acces la serviciile penitenciare din Transnistria; În Transnistria legătura dintre serviciile civil și penitenciar este, de asemenea, precară. Totuși, consultanții din cadrul misiunii au vizitat serviciile penitenciare din Transnistria și au remarcat condițiile extrem de precare din serviciul fizioterapeutic, fapt ce trebuie să fie considerabil remediat.

Populația deținuților din Transnistria este în jur de 3.500, deținuți în 6 instituții penitenciare: 2 izolatoare de urmărire penală și 4 colonii. Personalul medical este prezentat prin 24 medici (19 medici de sex feminin și 5 de sex masculin) și 44 asistente medicale. Personalul medical penitenciar nu este motivat, aceștia sunt excesiv de împovărați, iar salariul este mult prea mic, ceea ce reprezintă principalul motiv de insuficiență de cadre profesionale.

Screening-ul la intrare și screening-ul în masă sunt implementate, însă nu sunt efectuate cu regularitate. Nu este introdus screening-ul intermitent al deținuților. Screening-ul în masă durează 5-6 luni și nu există documentația pentru înregistrarea rezultatelor. Screening-ul se bazează pe radiografie / fluorografie, însă echipamentul radiologic are o vechime de 50 ani și o calitate extrem de precară.

Sistemul penitenciar din Transnistria raportează o rată de succes a tratamentului egală cu 70 la sută, însă valoarea dată nu este veridică. Nu este disponibil tratamentul cu RML II.

Sistemul de înregistrare și raportare nu este bine organizat. Mai sunt folosite formularele vechi pentru înregistrarea și raportarea TBC, deși sectorul civil a introdus deja noile formulare acum câțiva ani în urmă. O persoană este desemnată pentru introducerea datelor în sistemul SIME-TB, însă acest lucru nu este realizat în mod corespunzător. Există multe divergențe între formularele TBC din teritorii și datele introduse, ceea ce ar putea cauza multe probleme și interpretarea eronată a datelor corecte.

Nu sunt implementate măsurile de control infecțios ale TBC. Nici personalul medical, nici pacienții, nu folosesc respiratoare sau măști; sistemele de ventilare mecanică și lămpile UV nu funcționează.

În penitenciarele din Transnistria nu sunt disponibile diagnosticul precoce și tratamentul TBC-MDR. Testarea la HIV nu are loc cu regularitate, doar 64 la sută din pacienții cu TBC au fost testați la HIV.

Gestionarea medicamentelor este precară. La momentul vizitei a fost remarcat un deficit de RML I, fără să fi fost întreprinse careva acțiuni de remediere. După intervenția membrilor misiunii medicul din colonie a reușit să împrumute o anumită cantitate de medicamente de la altă instituție, între timp fiind așteptată livrarea medicamentelor de la Chișinău.

Domeniile sugerate de acțiune

- Oferirea asistenței tehnice continue serviciilor penitenciare (în particular, în Transnistria) în colaborare cu Carlux, KNCV, Ministerul Justiției și PNT.
- Introducerea unui registru special de screening pentru monitorizarea procedurii de depistare a cazurilor în scopul evitării dublărilor sau pierderii cazurilor.

- Îmbunătățirea controlului infecțios în TBC în sistemul penitenciar (evaluare, îmbunătățirea măsurilor administrative, de mediu și de protecție a personalului).
- Autoritățile de sănătate din Transnistria urmează în regim de urgență să soluționeze aprovizionarea intermitentă cu medicamente antituberculoase de la serviciul de sănătate din sectorul civil penitenciarelor.
- Autoritățile de sănătate din penitenciarele din Transnistria urmează să asigure diagnosticarea oportună și tratamentul pacienților cu TBC-MDR în penitenciare.
- Carlux și Fundația TBC KNCV să continue cu îmbunătățirea continuității asistenței între serviciile civil și penitenciar; includerea serviciilor de laborator din penitenciare în sistemul național de evaluare externă a calității.
- Introducerea de către Ministerul Justiției în sectorul penitenciar a diagnosticării moleculare rapide a TBC-MDR.
- Asigurarea de către Ministerul Justiției a rezultatelor tratamentului la transferul pacienților în afara sistemului penitenciar prin înregistrarea acestora la primul centru de sănătate, la care pacientul este arondat și unde a fost depistat.

5. ÎMPUTERNICIREA PERSOANELOR CU TBC ȘI A COMUNITĂȚILOR

Avantaje și lacunele nesoluționate

Moldova este o țară ce se confruntă cu un fenomen de emigrare în masă a cetățenilor: se estimează că 25 la sută din populația adultă a Republicii activează în alte țări; în anul 2008 nu mai puțin de 335.600 de cetățeni moldoveni au plecat peste hotare pentru lucru sau în căutarea unui lucru. Baza de date existentă SIME-TB include datele privind migrațiunea; totuși, în baza de date nu este reflectată informația privind țările de destinație, timpul șederii peste hotare, domeniul în care activează etc. Migrațiunea este considerată o provocare mare cu impact asupra abandonului tratamentului TBC.

Aproximativ o-treime din migranții moldoveni au ședere ilegală în țările-gazdă. Statutul de migrant ilegal pare să fi devenit mai răspândit în rândul migranților moldoveni aflați în statele CSI, în timp ce situația s-a ameliorat în UE și în alte țări-gazdă.

Drept forță motrice a epidemiei se prezintă nivelul înalt al migrațiunii (legale și ilegale) ce contribuie la vulnerabilități, accesul precar al migranților și al populațiilor marginalizate la servicii, la fel ca și coordonarea limitată cu alte state vis-a-vis de serviciile de control al TBC. În rândul populației de romi există o stigmă mare legată de TBC, cu dificultatea asigurării continuității asistenței la migrarea comunității de romi.

Deși există o necesitate stringentă de suport al tratamentului pentru a preveni abandonul, echipa de evaluatori nu a remarcat modele bazate pe asistență comunitară. Runda 9 a FG, la care țara a depus dosarul, prevede implicarea ONG-urilor în asistența TBC, care va contribui pozitiv la împuternicirea persoanelor cu TBC și a comunităților.

Domeniile sugerate de acțiune

- Utilizarea bazei de date existente pentru efectuarea cartografierii locului de origine și destinația cazurilor TBC în rândul foștilor migranți.
- Asigurarea suportului social migranților economici cu TBC fără a ține cont dacă aceștia dispun de poliță de asigurare medicală.
- Efectuarea studiilor calitative și cantitative pentru identificarea cauzelor de abandon al tratamentului TBC în rândul migranților economici.
- Crearea centrelor de resurse pentru imigranți care ar oferi informație de promovare a sănătății în materie de TBC / HIV și despre riscurile migrațiunii sezoniere, în special în anumite țări de destinație. Implicarea comunităților afectate (de exemplu, migranții, romii).
- Evaluarea rolului examenelor medicale ante-plecare și post-plecare ale migranților.
- Efectuarea studiilor epidemiologice pentru evaluarea contribuției migranților la transmiterea TBC în Republica Moldova.
- Ministerul Sănătății urmează să comande un studiu de informare și examinare a opțiunilor de politici pentru majorarea stimulentei oferite pacienților pentru a-i face să rămână în Moldova și să finiseze tratamentul;
- Ministerul Sănătății urmează să examineze opțiunile de a face serviciile de sănătate mai flexibile pentru pacienții cu TBC, în particular pentru populația de migranți;
- Moldova urmează să examineze opțiunile pentru promovarea acordurilor bilaterale cu țările de destinație cu privire la migranți.

6. FACILITAREA ȘI PROMOVAREA STUDIILOR

Domeniile PNT care s-ar putea informa și care ar putea fi îmbunătățite prin studii operaționale sunt descrise anterior.

CONCLUZII

În prezent, Republica Moldova se confruntă cu provocări serioase și oportunități importante. Depistarea a 48 la sută din numărul estimat de cazuri noi și înrolarea în tratament a 50 la sută din pacienții depistați semnifică că componenta PMDT tratează efectiv un-sfert din povara națională de 2.200 cazuri cu TBC-MDR înregistrate anual. Provocarea pentru Moldova constă în depistarea și tratarea celorlalte trei-sferturi (1.678 de cazuri TBC-MDR înregistrate anual), pentru a preveni răspândirea de către aceștia a tulpinilor virulente sau a deceselor de TBC-MDR. Printre celelalte provocări se numără fortificarea DOTS de bază și a controlului infecțios pentru prevenirea dezvoltării și răspândirii TBC-MDR.

Disponând de capacități de lider și viziuni robuste, Republica Moldova a pus temelia, ce-i va permite să profite de unele oportunități cruciale, cum ar fi noile tehnologii de laborator pentru testare moleculară rapidă pentru depistarea formei MDR a TBC. Moldova urmează să profite de această oportunitate pentru elaborarea și implementarea unui plan pentru extinderea rapidă a accesului universal la depistarea și tratarea formelor MDR de TBC. Acest fapt va ajuta la mobilizarea resurselor necesare pentru un răspuns eficient la epidemia MDR/XDR-TBC.

Investițiile de azi vor proteja viitoarele generații și vor fi mai cost-eficiente decât inacțiunea până când epidemia MDR nu va deveni și mai mare, iar tulpinile nu vor deveni și mai rezistente. Abordarea eficientă a epidemiei de TBC-MDR va păstra TBC curabilă în Moldova. Ținând cont de emigrarea de proporții din Moldova în alte state, regiunea Europeană va beneficia și ea de pe urma succesului Republicii Moldova și va fi în stare să învețe din experiența și abordările inovatorii ale țării.